



HAL
open science

L'entrée dans la psychose : apparition ou déclenchement ? La clinique de l'entrée dans la psychose, ses mécanismes, ses thérapeutiques et ses auto-traitements dans le champ de la psychopathologie

Yohan Trichet

► **To cite this version:**

Yohan Trichet. L'entrée dans la psychose : apparition ou déclenchement ? La clinique de l'entrée dans la psychose, ses mécanismes, ses thérapeutiques et ses auto-traitements dans le champ de la psychopathologie. Psychologie. Université Rennes 2; Université européenne de Bretagne, 2010. Français. NNT: . tel-00458219

HAL Id: tel-00458219

<https://theses.hal.science/tel-00458219v1>

Submitted on 19 Feb 2010

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

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

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITÉ EUROPÉENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITÉ RENNES 2

Ecole Doctorale Sciences humaines et sociales

Equipe d'Accueil 4050

L'entrée dans la psychose : apparition ou déclenchement ?

La clinique de l'entrée dans la psychose, ses mécanismes, ses thérapeutiques et ses auto-traitements dans le champ de la psychopathologie

THÈSE de DOCTORAT

Discipline : PSYCHOLOGIE

Présentée par Yohan TRICHET

Directeur de Thèse : Jean-Claude MALEVAL

Soutenue le 6 février 2010

Jury

M. Jean-Claude MALEVAL, Professeur, Université Rennes 2

M. Patrick MARTIN-MATTERA, Professeur, IPSA, UCO, Angers

M. Gérard POMMIER, Professeur, Université de Strasbourg

M. Stijn VANHEULE, Professeur, Université de Gand

Je remercie particulièrement

Monsieur Jean Claude Maleval, mon directeur de Thèse, pour sa confiance et son soutien,

Les membres du Jury :
Mr. P. Martin-Materra,
Mr. G. Pommier,
Mr. Vanheule,

Isabelle pour sa patience et ses encouragements.

Michèle d'avoir été là, pendant toutes ces années,

Mes collègues du secteur III du Mans, pour leur compréhension et leur souplesse, Madame le docteur Pirot-Phe, mon chef de service, pour son engagement sur toutes ces années, et enfin le docteur Lin,

Ceux qui, sous différentes formes, m'ont accompagné dans mes recherches, Élisabeth Marion, André Masson et Alexandre Lévy,

L'équipe de la bibliothèque du Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe pour leur disponibilité,

Mais aussi Anne-Sophie et Françoise pour leur aide,

Et à toi Mathilde,

Table des matières

Introduction	13
PREMIÈRE PARTIE :	
Le paradigme de l'apparition de la psychose	23
I. Les origines du paradigme de l'apparition de la psychose	27
I-1. Éléments historiques	27
1. Aperçu sur l'apparition de la manie dans la médecine antique gréco-romaine.....	27
2. Du tournant des années 1780 à la naissance de la clinique.....	29
I-2. Ph. Pinel (1756-1826) et le modèle de l'accès de la manie périodique.....	30
1. Typologie formelle des accès maniaques.....	32
2. La symptomatologie de l'accès maniaque.....	33
3. Les causes de la manie.....	34
4. L'hypothèse du siège primitif épigastrique : un modèle d'enchaînement causal.....	38
I-3. Etienne Esquirol (1772-1840) : disciple et maître.....	40
1. La marche de l'aliénation mentale.....	41
2. Le schéma causal esquirolien.....	44
3. Clinique des hallucinations et apparition de l'aliénation mentale.....	46
I-4. E.-J Georget (1795-1828) : la folie et la primauté des troubles cérébraux.....	49
1. Délire aigu et folie proprement dite.....	49
2. Perspective causale de la folie.....	51
3. La période d'incubation.....	53
4. Temporalité et primauté des troubles cérébraux.....	54
5. Les débuts de la folie : un temps commun aux formes du délire.....	55
I-5. J.-J Moreau de Tours (1804-1884) : l'excitation maniaque.....	56
1. De l'excitation maniaque aux idées fixes.....	57
2. Schéma explicatif et causalité de l'aliénation mentale chez Moreau de Tours.....	60

II. La psychiatrie classique : le paradigme des maladies mentales.....	63
II-1. Charles Lasègue (1816-1883) : le délire des persécutions.....	63
1. Première période : un malaise indéfinissable.....	64
2. Deuxième période : la persécution.....	66
II-2. Jean-Pierre Falret dit Falret père (1794-1870) : délires et métamorphose du sujet.....	68
1. La marche de la folie.....	69
2. La dimension causale.....	74
II-3. Jules Falret dit Falret fils (1824-1902) : le délire de persécution.....	80
1. Le délire de persécution chez les aliénés raisonnants.....	81
2. Une typologie des modes de débuts du délire de persécution : un tripartisme.....	83
II-4. Valentin Magnan (1864-1947) : le délire chronique à évolution systématique.....	86
1. Les quatre phases du délire chronique à évolution systématique.....	86
2. La période d'incubation des <i>Leçons cliniques</i>	87
3. Quelques innovations dans la formulation de 1911.....	89
III. La psychiatrie moderne.....	92
III-1. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) : deux syndromes et leurs mécaniques.....	92
1. Les psychoses à base d'automatisme mental : le Dogme.....	93
2. Les psychoses passionnelles : le cas du syndrome d'Erotomanie pure.....	103
3. Le déclenchement : une dimension mécanique.....	105
III-2. Paul Guiraud (1882-1974) : le délire chronique et ses troubles primitifs.....	108
1. Une chronologie des débuts du délire chronique.....	109
2. 1929 : quelques rectificatifs.....	112
IV. Les recherches contemporaines : le cas de <i>la psychose naissante</i>	114
IV-1. La psychose unique : de l'aliénation mentale à la psychose débutante.....	116
IV-2. Les recherches contemporaines sur les modèles stress-vulnérabilité.....	119
1. La notion de vulnérabilité.....	119
2. La modélisation stress-vulnérabilité.....	123
IV-3. La <i>psychose naissante</i> d'Henri Grivois.....	134
1. Première approche de la séquence de la psychose naissante.....	135
2. Deuxième approche : la perspective mimético-motrice.....	139
3. Troisième approche : le Premier Episode Psychotique (PEP).....	140
4. Quatrième approche : le mimétisme humain interindividuel et son dérèglement.....	142

DEUXIÈME PARTIE :

Le paradigme du déclenchement de la psychose.....151

I. Freud et l'entrée dans la psychose.....	155
I-1. Les psychonévroses de défense : le cas de la paranoïa clinique.....	157
1. Les psychonévroses de défense (1894).....	157
2. Manuscrit H du 24.1.1895.....	159
3. Manuscrit K du 1.1.1896.....	161
4. Les psychonévroses de défense (1896).....	163
I-2. Quatre observations freudiennes d'entrée dans la psychose.....	164
1. Le Président Schreber (1911).....	165
2. Un cas de paranoïa chez une jeune femme (1915).....	173
3. Le cas d'un jeune médecin (1917).....	175
4. Un accès de jalousie délirante (1921).....	178
I-3. L'entrée dans la psychose et la seconde topique freudienne.....	179
I-4. <i>La quête freudienne</i>	183

II. Genèse et construction du concept de déclenchement de la psychose chez

J. Lacan de 1931 à 1959.....	186
II-1. Déclenchement et première théorisation de la psychose (1931-1946).....	188
1. Le point de départ, 1931.....	190
2. Emergence du concept de déclenchement de la psychose, 1932.....	191
3. Le bilan en 1933.....	197
4. L'entrée dans la psychose dans les <i>Complexes familiaux</i> , 1938.....	199
5. La théorie lacanienne de la causalité psychique de la folie, 1946.....	205
II-2. Déclenchement et seconde théorisation de la psychose (1946-1958).....	208
1. Le concept lacanien de structure dans les années cinquante.....	210
2. Le concept lacanien de forclusion du Nom-du-Père et la structure psychotique.....	220
3. Le concept de déclenchement de la psychose (1946-1959).....	225
4. Temporalité et logique signifiante du déclenchement de la psychose.....	238

TROISIÈME PARTIE :

L'entrée dans la psychose : causalité, clinique et modes auto-thérapeutiques.....253

I. Les conditions d'entrée dans la psychose.....	257
I-1. Conditions d'entrées dans le paradigme de l'apparition de la psychose.....	259
I-2. Causalité et théorie de la <i>psychose naissante</i>	266
I-3. Conditions du déclenchement de la psychose.....	270
1. La notion de mauvaise rencontre.....	271
2. Déclenchement et adolescence.....	272
3. La rencontre de l'incomplétude de l'Autre.....	274
4. Défaillance de la compensation ou ébranlement des pare-psychose.....	282
5. Conjonction de plusieurs facteurs déclenchants.....	283
6. Une variation dans l'efficace des modes de compensations hors déclenchement.....	289
7. Une clinique différentielle des conditions d'entrées dans la psychose ?.....	289
I-4. Causalité et schémas explicatifs d'entrée dans la psychose.....	292
II. Pour une logique du déclenchement de la psychose : une clinique de Po.....	300
II-1. Une expérience de perplexité angoissée initiale.....	301
1. La clinique de la psychose naissante.....	302
2. Une expérience énigmatique.....	316
II-2. Formes d'entrées dans la psychose : clinique et enjeux.....	344
1. Formes cliniques et clinique différentielle.....	347
2. Les formes diachroniques : entre déclenchement et néo-déclenchement / débranchement.....	359
II-3. Le concept de déclenchement de la psychose après 1959 et les formes de dénouage de la structure subjective.....	365
1. Dénouage et clinique différentielle des psychoses.....	366
2. Psychose hors déclenchement/discontinuité subjective du déclenchement.....	371
III. Les modes auto-thérapeutiques de l'expérience initiale et des troubles fondamentaux.....	376
III-1. Deux modalités de positions subjectives dans les états schizophréniques.....	378

III-2. Cliniques du délire.....	380
1. Les formes du délire et la théorie de la psychose naissante.....	382
2. Fonction auto-thérapeutique et logique du délire.....	386
III-3. Les autres modes de stabilisation et la notion de suppléance.....	396
III-4. Deux modes auto-thérapeutiques radicaux de sortie de l'expérience initiale : le passage à l'acte et la position mélancolique.....	399
1. Les passages à l'acte.....	400
2. La position mélancolique.....	417

QUATRIÈME PARTIE :

Indications thérapeutiques curatives et préventives de l'entrée dans la psychose.....

427

I. Dans le paradigme de l'apparition de la psychose.....	431
I-1. Le traitement moral de l'aliénation mentale récente.....	432
1. Philippe Pinel et la manie récente.....	434
2. Etienne Esquirol et son projet institutionnel d'Asiles.....	447
3. François Leuret, une <i>psychothérapie de persuasion</i>	450
I-2. Traitements de l'entrée dans la psychose à l'époque de la psychiatrie classique.....	455
1. Jean.-Pierre Falret, une méthode active.....	456
2. Les services des déliants des hôpitaux.....	459
3. Les premiers traitements psychiatriques modernes.....	465
I-3. Traitements de l'entrée dans la psychose dans la psychiatrie contemporaine.....	466
1. Thérapeutique de la psychose débutante associée aux modèles stress/vulnérabilité.....	467
2. Perspective critique.....	479
3. Psychose naissante et entretiens précoces.....	483
II. Dans le paradigme du déclenchement de la psychose.....	496
II-1. Une clinique du sujet.....	497
1. Enjeux et difficultés du repérage des coordonnées du déclenchement.....	497
2. Apports et spécificités d'une clinique du sujet.....	500
II-2. Quid du sujet dans la psychopathologie ?.....	507

1. Psychotropes et subjectivité : perspective critique.....	507
2. Traitement de la subjectivité dans le discours psychopathologique scientifique.....	512
III. Examen critique des notions de prévention et d'intervention précoce dans le paradigme de l'apparition de la psychose.....	518
III-1. De la naissance de la psychiatrie au milieu du XX ^e siècle.....	520
1. A l'ère aliéniste.....	520
2. De l'ère classique à la Biocratie des années 1930.....	522
III-2. Prévention de la psychose : information, détection et intervention précoce dans la psychiatrie contemporaine.....	538
1. Information et dépistage.....	540
2. La détection précoce de la psychose : les prodromes.....	541
3. Le traitement psychotrope de prévention secondaire ou primaire ?.....	547
Conclusion.....	563
Bibliographie.....	569
Index thématique.....	591
Index des noms cités.....	599
Résumé & mots-clés.....	609

INTRODUCTION

Il est malheureusement saisissant pour le clinicien de constater une absence quasi plénière de la dimension subjective dans nombre de recherches contemporaines portant sur la clinique de l'entrée dans la psychose. Ce faisant, celle-ci se trouve radicalement dissociée de ses enjeux psychopathologiques, et, de fait, de ses conséquences au niveau de l'économie subjective. En outre, les recommandations thérapeutiques et les pratiques préventives qui dérivent de ces recherches ne cessent de se diffuser dans la pratique quotidienne de nombreux services de psychiatrie, et plus largement, dans les institutions médico-sociales, au point de s'imposer sous diverses formes protocolaires. Un tel constat, qui peut assurément être étendu au contexte général de la psychiatrie et de la politique de santé mentale, nous a fortement incité à mettre en perspective cette réalité actuelle, et, partant, à interroger comment a été appréhendée et conçue la clinique de l'entrée dans la psychose à travers l'histoire de la psychopathologie. Ou mieux encore, que doivent aux fondateurs de la Clinique et à leurs successeurs classiques et modernes les chercheurs contemporains dont les travaux portent sur cette clinique ? Autrement dit, les hypothèses formulées en un peu plus de deux siècles sur la clinique de l'entrée dans la psychose et ses mécanismes sont-elles radicalement hétérogènes entre elles au point de ne pouvoir être appréhendées dans une vue d'ensemble ou bien, au contraire, existe-t-il un socle commun malgré des différences irréductibles ? A quelles pratiques thérapeutiques ont été corrélées ces hypothèses ? Ce préambule d'interrogations peut être condensé par cette question centrale dans notre démarche : l'entrée dans la psychose clinique relève-t-elle de l'apparition ou du déclenchement ? Ou pour le dire autrement, une psychose apparaît-elle ou se déclenche-t-elle ?

Avant même toute ébauche de réponse, il nous faudra tout d'abord examiner ce qui fonde la légitimité d'une telle question dont les termes mêmes d'apparition et de déclenchement nécessiteront d'être explicités. Ainsi, si cette question ne se réduit pas à être qu'une simple alternative terminologique c'est que son bien-fondé réside dans les implications théoriques, cliniques et thérapeutiques de chacune de ses réponses. Nous montrerons que l'on peut considérer chacune d'elles comme paradigmatique ou représentative de recherches plus étendues, surtout en ce qui concerne le paradigme de l'apparition de la psychose. Dans chacun d'eux nous interrogerons les causes, les signes cliniques et le déterminisme de la psychose. Autrement dit, cette question s'insère dans une véritable problématique psychopathologique dont le cadre de référence se rapporte aux délires

chroniques¹ et à leurs antécédents. Dans ce sens, il est communément admis que co-existent trois approches majeures dans le champ de la psychopathologie qui permettent de penser le diagnostic : « La première, apparue avec le discours psychiatrique s'appuie sur la notion de syndrome ; la seconde, prônée depuis Bayle, Griesinger et Kraepelin, repose sur le modèle de la maladie neurologique ; la dernière, introduite par Freud et les phénoménologues, tend à prendre en considération une structure psychique latente² ». Ces trois orientations qui « partent du symptôme³ », et visent « à une mise en ordre de la diversité sémiotique », au sens d'un « dépassement de la clinique⁴ », peuvent être réduites, nous semble-t-il, à deux dans le cadre de notre recherche. Précisons : les approches par *syndrome* et *maladie* peuvent être réunies dans un même paradigme dans le cadre de notre recherche au titre d'une convergence de conceptualité de la psychose. Le bien-fondé d'une telle réunion dans notre démarche repose sur l'idée d'apparition de la psychose, c'est-à-dire d'une part sur l'existence d'une (pré)disposition fortement, sinon exclusivement, ancrée dans le biologique et/ou le cérébral⁵ et à laquelle il est plus ou moins fait appel dans les schémas explicatifs de ces deux approches. Et d'autre part, sur la fixation aux dimensions phénoménologiques et descriptives des signes cliniques du tableau de l'entrée dans la psychose. Un tel rapprochement est relatif et circonstanciel.

Ainsi dans une première partie, nous procéderons à une étude du procès historique de la genèse et de la construction du modèle de l'apparition de la psychose à partir de sa clinique formelle et de ses « mécanismes déterminants⁶ », locution que Joseph Daquin, l'un des principaux précurseurs de la psychiatrie française moderne, employa à propos de la folie. Étant entendu que les deux approches constituant ce premier paradigme recèlent de nombreuses recherches et hypothèses plus ou moins articulées et construites, au demeurant se recoupant plus ou moins entre elles, notre procédure méthodologique de recherche présupposera la prévalence d'un nombre réduit d'hypothèses originales. De sorte que nous ne

¹. Dont la définition de référence sera pour nous celle de Jean-Claude Maleval : les délires chroniques sont « ceux dont le sujet éprouve que l'initiative vient de l'Autre ». In *Logique du délire* [1997], Paris, Masson, 2002, p. 2.

². Maleval J.-C. Sauvagnat F. « Pour une approche structurale en psychopathologie », in *Les Cahiers de Cliniques Psychologiques*, Université de Rennes 2, n°19, 1993, p. 3-18, p. 4.

³. *Idem*.

⁴. Lantéri-Laura Georges. « Psychopathologie et processus », in *L'Évolution psychiatrique*, 20, 1985, p. 589-610, p. 605.

⁵. Le flou relatif de tels termes permet d'affilier à ce paradigme aussi bien la perspective héréditaire et cérébrale des aliénistes que les hypothèses génétiques et neuroscientifiques contemporaines tout en ne réduisant pas celles-là à celle-ci. La notion de *prédisposition vésanique* telle que présentée par Toulouse semble faire la transition entre les deux. In Toulouse Édouard. « De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales », *Annales médico-psychologiques*, 8^{ième} série, Tome II, juillet 1895, p. 114-135.

⁶. Daquin Joseph. *La philosophie de la folie* [1791], Paris, Frénésie éditions, 1987, p. 54.

retiendrons que les travaux ayant une visée définitionnelle et procédant à la caractérisation de ses fonctions et de sa causalité. Pour ce faire, nous procéderons à une espèce de déroulement chronologique des étapes majeures dans l'étude de l'apparition de la psychose manifeste. Une telle étude est une condition nécessaire afin d'appréhender la situation contemporaine de la psychiatrie qu'elle soit clinique ou biologique. Nous présenterons les travaux des fondateurs Philippe Pinel et Etienne Esquirol mais aussi de Jean-Etienne Georget et de Jacques-Joseph Moreau de Tours. Dans le champ de la psychiatrie classique, nous examinerons les travaux de Charles Lasègue, de Jean-Pierre et Jules Falret, et de Valentin Magnan. Parmi les travaux de la psychiatrie française de l'entre-deux guerres située au cœur de l'ère dite psychodynamique, nous retiendrons ceux de Gaëtan Gatian de Clérambault et de Paul Guiraud. Enfin, dans le cadre des recherches contemporaines neuroscientifiques, nous ferons prévaloir la prédominance des modèles de la vulnérabilité à la psychose. Nous accorderons un intérêt tout particulier à celles d'Henri Grivois produites autour de la notion contemporaine de psychose naissante dans la mesure où il la caractérise tantôt comme un syndrome tantôt comme une maladie, opérant ainsi une jonction entre ces deux approches. Il ressortira que le schéma du paradigme de l'apparition de la psychose implique une (pré)disposition à la psychose et une cause occasionnelle pour actualiser cette vulnérabilité. Les recherches contemporaines actualisent en partie les fondements de ce paradigme.

Dans une deuxième partie, nous aborderons le second paradigme psychopathologique de l'entrée dans la psychose, qu'il nous semble justifié de rapporter au concept éponyme de Jacques Lacan, nommément celui du déclenchement de la psychose. De cette locution en partie héritée de son « seul maître en psychiatrie ¹ » G.G de Clérambault, Lacan en fera, grâce à ses développements menés sur une trentaine d'années et ses efforts d'élucidation de la psychose, un concept majeur. Natif des recherches de Lacan, le champ afférent à ce concept, et partant, à ce paradigme, est foncièrement celui de la psychanalyse. Sa construction peut être schématiquement pensée en trois étapes respectivement corrélées aux trois théories de la psychose promues par Lacan et dont J.-C Maleval donne les termes fondamentaux : « L'engluement au miroir du 'Propos sur la causalité psychique', l'intrusion psychologique du signifiant des années 50, et le dénouement de la chaîne borroméenne ² ». Précisons dès à présent que nous ne nous intéresserons dans cette deuxième partie qu'à ses deux premières

¹. Lacan Jacques. « De nos antécédents », in *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 65-72, p. 65.

². Maleval J.-C. « Construction et évolution du concept de Forclusion du Nom-du-Père », in *Les Cahiers de Cliniques Psychologiques*, Université de Rennes 2, n°17, 1993, p. 45-89, p. 46.

théories de la psychose, la troisième étant traitée dans la partie suivante. Dès ses premiers écrits, Lacan ancrerait ses recherches dans le champ de la psychose, et, de fait, la première étape fut inaugurée en 1931 par la publication de son article « Structure des psychoses paranoïaques ». Dans celui-ci, Lacan, héritier du discours psychiatrique, se donnait comme perspective programmatique à l'orée de son œuvre théorique de « chercher les bases d'un mécanisme cohérent des éclosions délirantes ¹ ». Elle fut clôturée en 1946 avec son « Propos sur la causalité psychique ». Entre temps, il s'intéressa particulièrement à l'étude du déclenchement, notamment dans sa thèse, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*². Et son texte, *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu* paru en 1938, préfigure, quant à lui, la formulation conclusive de la première théorie de 1946. A cet égard, il représente un point culminant d'innovation théorique : le concept de déclenchement de la psychose y apparaît, en partie, sous un jour nouveau grâce à la notion de « phase féconde du délire ».

La seconde étape de la construction du concept de déclenchement de la psychose se rapporte logiquement à l'élaboration de la seconde théorie lacanienne de la psychose et se trouve définit en conséquence par des mécanismes signifiants relevant selon Jean-Claude Milner d'un « hyperstructuralisme ³ ». C'est dans son texte fondamental « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ⁴ » que Lacan parachève sa conceptualisation du déclenchement de la psychose grâce conjointement au concept de forclusion du Nom-du-Père et à sa théorie du Un-père. Ce concept est alors caractéristique de l'expérience lacanienne de la folie tout au moins dans ce qu'il est convenu d'appeler avec Milner « le premier classicisme ⁵ » lacanien. Le déclenchement de la psychose tout en dévoilant la modalité spécifique d'inscription du sujet dans le symbolique va inaugurer une temporalité clinique guidée par une logique relative à la structure.

Nous montrerons dans le procès même de ces deux étapes, qu'à l'évidence, les différentes formulations par Lacan du déclenchement de la psychose ont été induites par des abords successifs du concept de structure ou « conditions de structure ⁶ » associé à des situations cliniques apparentées à la spécificité structurale de la psychose. En accord avec

¹. Lacan J. « Structures des psychoses paranoïaques » [1931], in *Ornicar ?*, revue du Champ freudien, n°44, janvier-mars 1988, p. 5-18., p. 18.

². Lacan J. *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], Paris, Le Seuil, 1975.

³. Milner J.-C. *Le périple structural. Figures et paradigme*, Paris, Le Seuil, 2002, p. 153.

⁴. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose » [1959], in *Écrits*, op. cit., p. 531-583. Paru en 1959 mais écrit entre décembre 1957 et janvier 1958.

⁵. Milner J.-C. « De la linguistique à la linguisterie », in *La Cause freudienne*, n° 42, mai 1999, p. 87-95, p. 89.

⁶. Lacan J. « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison de puis Freud » [1957], in *Écrits*, op. cit., p. 493-528, p. 502.

Alexandre Stevens¹, nous soutiendrons que le concept de déclenchement de la psychose a toujours nécessité en ces deux étapes une double implication. Ainsi le déclenchement peut être défini comme l'effet dans la structure de la mise en situation du sujet dans des conditions apparentées aux conditions originelles de la mise en place de cette structure. On conçoit aisément que dans cette perspective Lacan ait pu parler à l'occasion de déclenchement de la névrose.

Dans une troisième partie, nous procéderons à un examen de la dimension causale, de la clinique et des modes d'auto-traitement de l'entrée dans la psychose au cours duquel nous argumenterons en faveur du concept de déclenchement de la psychose. En premier lieu, nous aborderons la causalité, c'est à dire le schéma explicatif de l'entrée de la psychose qui implique foncièrement pour les deux paradigmes deux types de cause, prédisposante et occasionnelle. Nous verrons comment, après l'investissement aliéniste de la dimension morale, ces dernières furent délaissées par le discours psychiatrique au point d'être réduites à la portion congrue dans l'approche moderne *bio-psycho-sociale*.

Débordant le cadre de la théorie du Un-père qui n'apparaît plus comme la « condition nécessaire et suffisante ² » du déclenchement, l'hétérogénéité et la multiplicité des causes occasionnelles trouvent à être appréhendées par le renouvellement conceptuel initié par l'incomplétude de l'Autre. Conjugué à un élargissement des situations cliniques, le déclenchement apparaît alors comme la conséquence d'une rencontre du sujet avec le Réel³. Ce concept dans l'abord lacanien de la psychose est cardinal et fédérateur car homogène à la structure. En second lieu, à partir d'une clinique de l'entrée dans la psychose décrite classiquement en deux temps, perplexité angoissée et énigme, nous ferons valoir que le paradigme lacanien permet une appréhension théorique de la diversité des troubles psychopathologiques de cette clinique, dans la mesure où il se réfère à une logique structurale. S'en dégage une temporalité logique du déclenchement. Se plaçant dans une telle logique, où la clinique de l'entrée dans la psychose peut-être désignée Po⁴, ce paradigme évite les écueils du débat historique du paradigme de l'apparition portant sur la primauté chronologique des troubles où deux positions s'affrontent, respectivement la première conférant aux troubles cénesthésiques la primauté temporelle et la seconde considérant que

¹. Stevens Alexandre. « Déclenchement de la psychose », in *Travaux*, n°3, 1991, p. 21-40.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*. Paris, Le Seuil, 2000, p. 274.

³. Le réel étant ici entendu au sens d'impossible.

⁴. In Maleval J.-C. *Logique du délire, op. cit.*

les troubles inauguraux sont des troubles idéo-verbaux. Ainsi, nous monterons que le paradigme du déclenchement émet une hypothèse moniste pouvant rendre compte des trois versants symptomatiques classiquement décrits dans cette clinique : une expérience énigmatique, des phénomènes de délocalisation de la jouissance et un déchaînement de la chaîne signifiante. Dès lors, le débat d'antériorité phénoménologique devient caduc. Parmi la diversité formelle de cette clinique de l'entrée dans la psychose, la bipartition traditionnelle des formes lentes et aiguës retiendra notre attention, tant par sa réalité factuelle que par ses enjeux psychopathologiques et subjectifs, notamment au niveau du diagnostic et du pronostic. Cette diversité formelle nourrit, par ailleurs, quelques innovations : celles de débranchement et de psychose ordinaire, toutes deux avancées par Jacques-Alain Miller¹. Nous les situerons au regard du concept de déclenchement de la psychose grâce à un examen de la structure borroméenne. Il apparaîtra que l'élément décisif de la théorisation lacanienne du déclenchement de la psychose, également présent dans les recherches ultérieures se réclamant de son enseignement, réside dans une conceptualité structurale, de sorte que le témoignage d'un franchissement subjectif garde tout son prix.

Enfin, nous mènerons une investigation des modes évolutifs de l'entrée dans la psychose en faisant valoir la thèse aux fondements freudiens, qu'ils sont des modes auto-thérapeutiques mis en place par le sujet pour se défendre contre le réel et les incidences cliniques générées par une mauvaise rencontre. Afin de parer à la perplexité angoissée inaugurale, le sujet peut faire appel à plusieurs modalités d'auto-traitement qu'elles soient longues ou rapides, radicales ou élaborées, mais dont la propriété commune, selon les termes de Lacan, est de pouvoir faire, le cas échéant, *suppléance*² à la carence de la fonction paternelle. N'étant nullement exclusifs les uns des autres, c'est à dire pouvant se combiner synchroniquement ou diachroniquement pour un même sujet, nous étudierons ces modes cliniques de suppléance curative³ un à un : les états schizophréniques, le délire, les autres modes supplétifs élaborés, les passages à l'acte, la position mélancolique. Nous tenterons d'en dégager la logique et les ressorts subjectifs, tous plaidant en faveur du concept de structure subjective.

¹. Miller Jacques.-Alain. « Ouverture », in *La conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclassables de la clinique*, Paris, Agalma/Le Seuil, 1997.

². Lacan introduit en premier le verbe *suppléer* à deux reprises début 1958. Nous y reviendrons plus avant.

³. Ménard A. « Clinique de la stabilisation psychotique », in *Abords*, n°1, novembre 1994, p. 7-16, p. 14. L'auteur y distingue en effet les suppléances préventives des curatives de la psychose clinique.

Dans une quatrième partie, nous examinerons les hypothèses majeures des deux paradigmes référentiels à l'aune des indications thérapeutiques qu'elles induisent ou orientent dans la prise en charge du sujet entrant dans la psychose. En effet, une hypothèse sur l'entrée dans la psychose implique très souvent une triple perspective : celle du tableau clinique, c'est à dire sémiologique, celle de la causalité, à savoir pathogénique ou étiologique et celle de la thérapeutique, déterminant des expériences de la folie parfois opposées. Aussi, reconduisant la procédure méthodologique de la première partie, nous présenterons les principes et indications thérapeutiques présidant aux prises en charge dans les deux paradigmes afin de dégager les cadres d'intervention, les visées spécifiques et communes et les éventuels préceptes idéologiques de chacun.

Plus ou moins l'objet de priorité dans les débats d'historiens, le traitement moral, et spécialement celui de l'aliénation récente, généralement associé en France à ses instigateurs Pinel et Esquirol, fut un traitement novateur, toutefois sensiblement influencé par les thérapeutiques passées. Autant J.-P Falret pariait sur les ressources du sujet, autant il récusait toute fonction de recueil de sa parole, enjoignant le praticien à ne pas se faire le « secrétaire des malades ¹», et ce, particulièrement aux débuts de la folie. Nous verrons comment François Leuret, à partir d'un commentaire critique de deux de ses observations², a pu le faire dériver vers une pratique de contrôle au point d'être considéré par certains comme le précurseur des thérapies comportementales. Nous soulignerons que la dénaturation du traitement moral coïncide avec l'éclatement de l'espace asilaire qui devait, fin du dix-neuvième et début vingtième siècle, donner naissance aux services des états aigus historiquement appelés *services des délirants*. Cette nouvelle médicalisation de l'entrée dans la psychose, accentuée par les premiers traitements biologiques et traitements de choc, constitue un tournant majeur. Bien plus récemment, mais toujours dans cette perspective, les recherches contemporaines afférentes aux modèles stress-vulnérabilité promeuvent des pratiques thérapeutiques formées par la confluence des trois affluents majeurs : les prescriptions médicamenteuses, les thérapies cognitives et psychoéducatives, et enfin les perspectives de réhabilitation. A l'instar de la première partie, nous accorderons un intérêt particulier aux recherches menées par Henri Grivois dans le cadre de sa théorie de la psychose naissante. Nous examinerons l'accompagnement qu'il préconise, et formalisé dans l'entretien précoce. S'il diffère

¹. Falret Jean-Pierre. « De la non-existence de la monomanie » [1854], in *Des maladies et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales* [1864], Paris, Science en situation, 1994, p. 436. Quant à Lacan, il lui préféra le syntagme de *secrétaire de l'aliéné* dont l'on trouve la première occurrence dans la séance du 25 avril 1956 de son séminaire sur les psychoses. Parmi les travaux consacrés à cette question : Sauvagnat. F. « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », in *Ornicar ?*, digital, n°76, 1/2/1999.

². Tirées *Du traitement moral de la folie*, Paris, J.-B Baillière, 1840.

sensiblement des programmes d'intervention¹ des modèles stress-vulnérabilité, on peut cependant y déceler certaines convergences.

Nous montrerons en quoi, à partir de vignettes cliniques, le paradigme du déclenchement offre au niveau de l'accompagnement et de la prise en charge du sujet entrant dans la psychose, une orientation et une éthique prenant la mesure de ce moment subjectif crucial. En ce sens, le clinicien tend à soutenir le sujet dans certaines de ses initiatives autothérapeutiques mobilisant ses ressources propres. Toutefois, loin de s'exclure par principe, une conjonction d'entretiens cliniques et de prescriptions médicamenteuses modérées peut contribuer à une sortie du sujet des affres de l'expérience de perplexité angoissante initiale.

Enfin, la médicalisation de la folie portait en son sein la tentation du traitement et de la prévention précoces. Pinel, et surtout Esquirol, possédaient la volonté d'une détection précoce des signes avant-coureurs afin de les traiter de sorte que le traitement moral contenait le germe de la dérive prophylactique de la seconde moitié du XIX^{ième} siècle². Une telle démarche purement médicale était basée sur l'hypothétique corrélation entre rapidité du traitement et évolution favorable. Traversant de part en part le discours psychiatrique, elle est l'argument majeur des pratiques actuelles d'intervention précoce dont les réelles origines se situent dans le passage à l'ère de la psychiatrie classique. Cette dernière accentua foncièrement cette politique préventive sous l'influence la doctrine de la dégénérescence promue par B.-A Morel dès 1857 avec son *Traité des dégénérescences*³. Dans sa continuité, le discours psychiatrique fut influencé durant les premières décennies du vingtième siècle par la perspective prophylactique du mouvement hygiéniste français. Nous nous intéresserons donc particulièrement aux deux figures décisives que furent Morel, mais surtout Édouard Toulouse. Ils préfiguraient fortement le discours et les pratiques contemporaines de l'approche bio-psycho-sociale où confluent dépistage et traitement préventif des sujets dits à risque. Une telle expérience de la folie n'est pas sans générer de vives critiques que nous présenterons et développerons.

¹. Nous verrons par exemple le PSI : programme spécifique d'intervention premier épisode décrit : In Nicole et al. « Programme spécialisé pour les premiers épisodes psychotiques », *Annales médico-psychologiques*, 166, 2008, p. 638-645.

². Rappelons qu'Esquirol fut l'un des douze fondateurs en 1829 des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, aux côtés d'Adelon, Andral, Barruel, D'Arcet, Devergie, Keraudren, Leuret, Marc, Orfila, Parent-Duchatelet, Louis-René Villermé.

³. Morel Bénédic.-Augustin. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles ou morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, J.-B Baillière, 1857. Désormais appelé *Traité des dégénérescences*.

- PREMIÈRE PARTIE -

LE PARADIGME

DE L'APPARITION DE LA PSYCHOSE

A maints égards, nombre de recherches modernes et actuelles, ayant trait à la clinique de l'entrée dans la psychose, actualisent une certaine tradition historique, et ce, sous couvert d'une scientificité toute contemporaine. Dans ce sens, les deux approches psychopathologiques, respectivement centrées autour des notions de maladie et de syndrome, semblent posséder des points de convergence. On peut en effet estimer qu'un rapprochement entre celle-ci peut être opéré sur la base d'une concordance tripartite entre les modes de constitution chronologique des tableaux cliniques de l'entrée dans la psychose, leurs données formelles, et la filiation entre les notions médicales de (pré)disposition, de constitution et de vulnérabilité. Cette concordance tend à constituer une configuration commune, de sorte que l'on puisse parler d'apparition de la psychose. Par ce syntagme, nous désignons le fait que cette (pré)disposition psychotique devienne manifeste, et puisse être repérée grâce à un certain nombre de symptômes participant du savoir psychiatrique sur cette clinique. Le choix d'une telle locution s'explique également par sa prévalence dans la littérature spécialisée, depuis les écrits inauguraux de la psychiatrie moderne jusqu'à nos jours¹.

Aussi, il ne nous semble pas inconsidéré de faire valoir qu'au-delà des différences irréductibles entre ces deux approches et leurs thèses affiliées, telles qu'elles se trouvent être réparties dans les périodisations de l'histoire des idées psychiatriques², qu'un certain paradigme ou modèle d'apparition de la psychose puisse être dégagé. De sorte qu'un schéma

¹. On peut d'ailleurs étendre une telle locution au champ médical en son entier. En outre, si elle n'est en aucun cas une notion et encore moins un concept psychopathologique elle constitue pourtant plus qu'une simple expression. Il nous semble qu'elle est représentative de certains présupposés ou principes dans l'abord de la clinique de l'entrée dans la psychose.

². Notamment celle avancée par Georges Lantéri-Laura in *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps, 1998.

causal, impliquant à la fois une prédisposition héréditaire à la folie ressortissant du champ biologique et une cause occasionnelle, semble avoir été reconduit à travers les siècles

L'enjeu de cette première partie étant de montrer le bien-fondé d'un tel paradigme, nous réaliserons à cet effet une historiographie¹ des principales recherches et théories de l'apparition de la psychose. Pour ce faire, nous étudierons, dans une perspective sémiologique les tentatives de constitution d'un tableau clinique de l'entrée dans la psychose et les propositions spéculatives de sa genèse ou schéma explicatif. Par esprit de clarté et d'efficacité argumentaire, nous procéderons à un déroulement chronologique des étapes majeures dans l'étude de l'apparition de la psychose manifeste, afin d'appréhender la situation contemporaine de la psychiatrie. Conformément à la réalité de l'histoire des idées psychiatriques, nous dégagerons dans la littérature les auteurs majeurs. Nous débuterons par les écrits fondateurs de la psychiatrie française moderne, qu'il s'agisse de *La philosophie de la folie* de Joseph Daquin qui parlait déjà de « mécanismes déterminant la folie ²», et des premiers travaux de Philippe Pinel sur la manie. L'entrée dans la psychose devient, dès lors, l'objet d'observation clinique et de spéculation d'une médecine spéciale. On sait d'ailleurs le rôle majeur tenu par la manie périodique dans la construction de l'œuvre du fondateur de la psychiatrie française. A cet égard, son étude de l'accès maniaque peut-être considéré comme la première véritable hypothèse psychopathologique de l'entrée dans la psychose. De cette période aliéniste, les travaux du maître Esquirol et du disciple Georget mériteront d'être examinés d'autant qu'ils ouvrent le débat sur la primauté des troubles inauguraux de l'aliénation déclarée. Ensuite, nous nous arrêterons sur l'une des premières tentatives d'unification causale des symptômes liés à l'apparition du délire de persécutions ³ que nous devons à Charles Lasègue. Dans ce contexte de nouveauté méthodologique, l'enjeu majeur fut de dégager des entités cliniques autonomes et d'examiner plus en détail la période dite d'incubation. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux travaux de Jean-Pierre Falret, à ceux de son fils et continuateur, Jules Falret mais aussi à ceux de Valentin Magnan dont le délire chronique à évolution systématique constitue l'un des points nosologiques culminants de la psychiatrie dite classique.

¹. Il s'agira donc de procéder à une cartographie des travaux majeurs portant sur cette clinique, démarche concourant à une « histoire intellectuelle de l'élaboration du corpus de connaissance scientifique » dans le champ de la psychopathologie selon les termes de Jan Goldstein in *Consoler et classifier* [1987], Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997, p. 17.

². Daquin J. *La philosophie de la folie* [1791], *op. cit.*, p. 57. Selon l'historien Claude Quézel qui a signé l'introduction de cette réédition, cet ouvrage serait le premier en France à traiter « exclusivement de la médecine de la folie », p. 28.

³. Lasègue Charles. « Du délire de persécutions » in *Archives générales de médecine*, série 4, n°28, février 1852, p. 129-150. Repris in *Écrits psychiatriques*, Toulouse, Privat, 1971.

L'École psychiatrique française du début du vingtième siècle s'intéressa particulièrement à la clinique de l'entrée dans la psychose, dans le cadre des délires chroniques. Gaëtan Gatian de Clérambault et Paul Guiraud en sont des figures majeures d'autant qu'ils furent les représentants de deux approches parfois divergentes de la chronologie et de la causalité de l'entrée dans la psychose. Contrairement à ceux de la seconde moitié du XIX^e siècle, les travaux contemporains tendent très fortement à ne plus mettre en avant la dimension chronique de la psychose, mais au contraire, à investir massivement d'une part le temps situé en amont de la psychose déclarée, et d'autre part les premières manifestations de la psychose clinique. Ainsi, depuis une cinquantaine d'années, l'entrée dans la psychose est largement appréhendée dans les recherches neuroscientifiques par les modèles anglo-saxons et germaniques¹ de vulnérabilité à la psychose qui s'avèrent très souvent associés aux notions de schizophrénie débutante, de psychose débutante ou même de premier épisode psychotique [PEP], et à l'occasion, à celle de psychose naissante. C'est d'ailleurs à cette dernière sensiblement que nous consacrerons une étude plus approfondie, Henri Grivois son promoteur, ayant lui-même reconnu une forte parenté entre la psychose naissante et la manie sans délire de Pinel².

Avant de commencer notre investigation, nous tenons à souligner que la notion de (pré)disposition représente un des fondements du paradigme de l'apparition de la psychose. Fortement marqué par le corpus hippocratique, Pinel reprit cette notion au Père de la médecine en élargissant son acception au point qu'elle devienne, ainsi que l'a qualifiée J. Pigeaud, une « constitution médicale ³ », au sens moderne du terme. Qu'on la retrouve à travers toute l'histoire de la psychopathologie, sous les espèces de la prédisposition⁴, de la sensibilité ou encore de la constitution⁵, il s'agit pour nous d'une seule et même notion, et ce, au-delà de sa spécificité selon les approches. Nous montrerons que la notion de vulnérabilité « qui se conçoit autour des endophénotypes (neurobiologiques, neurophysiologiques,

1. Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, Paris, Doin éditeurs, 1998, p. 3.

2. Contrairement à ce qu'allègue son instigateur, elle doit être considérée comme une notion légataire de l'héritage du savoir psychiatrique.

3. Pigeaud Jackie. *Aux portes de la psychiatrie, Pinel l'Ancien et le Moderne*, Paris, Aubier, 2001, p. 239.

4. A en croire J.-M. Azorin, la littérature contemporaine relative à ces modèles véhicule une forte synonymie entre le terme de vulnérabilité et ceux de « susceptibilité (susceptibility) ou prédisposition (liability) ». In *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie, op. cit.*, p. 9.

5. L'époque moderne n'a point été avare en déclinaisons que l'on pense à la *constitution schizoïde* d'E. Bleuler dont Henri Claude fut l'un des plus fervents défenseurs en France lui qui fut aussi promoteur de la schizomanie et de la constitution schizoïde à la suite de Kretschmer. Voir notamment Claude H, Borel A, Robin G. « Démence précoce, schizomanie et schizophrénie », *L'Encéphale*, n°3, mars 1924, p. 143-151.

neuropsychologiques voire neuro-anatomiques) ¹» prolonge cette tradition organiciste de la prédisposition biologique corrélée à une certaine expérience de la folie et de ses débuts.

¹. Holzer. L, Halfon O, Jaugey L. « Psychose à l'adolescence, les neurosciences améliorent-elles la prédiction ? », in *L'Encéphale*, 34, 2008, p. 153-160, p. 154.

I. Les origines du paradigme de l'apparition de la psychose

I-1. Éléments historiques

1. Aperçu sur l'apparition de la manie dans la médecine antique gréco-romaine

Que la folie fut un objet d'intérêt et d'investigation pour la médecine depuis l'Antiquité gréco-romaine nul ne peut plus en douter. Il y a même tout lieu de penser, ainsi que l'a écrit J. Pigeaud, que l'« Antiquité a contribué à la formation de l'objet psychiatrique moderne ¹», et, ce faisant, a procédé aux premières descriptions cliniques de l'entrée dans la psychose, si l'on nous permet toutefois cet anachronisme sémantique et conceptuel. A l'instar de n'importe quelle autre maladie, la folie y était décrite avec le lexique médical traditionnel et appréhendée différemment selon les quatre théories ou écoles qui avaient cours pendant cette période, à savoir la théorie humorale (corpus hippocratique), l'école méthodiste, l'école pneumatiste et l'éclectisme².

A titre illustratif des sources antiques du paradigme de l'apparition de la psychose, les propos de Célius Aurélien, dans *Causes des maladies aiguës*, concernant la manie ou folie, opposée à la phrénitis ou folie aiguë, nous semblent significatifs : « Parfois elle est d'invasion brutale ; parfois, elle s'installe graduellement ; tantôt elle a des causes cachées, tantôt des causes évidentes comme une exposition à la chaleur, un refroidissement, une indigestion, des ivresses répétées et sans retenue [en grec *krapélè*], des insomnies perpétuelles, l'amour, la colère, la tristesse, la crainte, une conduite véritablement obsessionnelle, une secousse, un choc, une trop grande tension des sens et l'intellect, par désir d'apprendre, par intérêt, par le souci de la gloire. Mais aussi pour avoir bu des drogues, en particulier de celles qui passent pour faire naître l'amour [en grec *phitropota*] ou pour s'être fait enlever des hémorroïdes anciennes ou des varices, ou chez les femmes, quand manque la purgation menstruelle.³» Et à D. Gourevitch d'ajouter : « Tant que la maladie couve, elle présente certaines ressemblance

¹. Pigeaud Jackie. « L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française », in Postel Jacques, Quételet Claude [dir]. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2004, p. 133-151, p. 133.

². Gourevitch Danielle. « La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine », in Postel J, Quételet Cl [dir]. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 3-23, p. 12.

³. Célius Aurélien *Causes des maladies aiguës*. Cité par Gourevitch D « La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine », *op. cit.*, p. 12.

avec l'épilepsie, mais ¹», elle cite Aurélien : « quand la maladie devient visible, quand elle est apparente, il y a aliénation de l'esprit sans fièvre ; chez les uns, cette aliénation est sévère, chez d'autres peu marquée ; mais, chez chacun, elle prend une forme et une apparence différentes, bien qu'elle n'ait qu'une nature et qu'une espèce. En effet, la manie, quand elle s'empare d'un esprit, se manifeste par la colère, par la gaieté, par la tristesse, par la futilité ou, comme certains le rappellent, par des craintes peu fondées : certains ont peur des grottes, certains ont peur de tomber dans des précipices, ou ont d'autres sujets de craintes. ²» En outre, Aurélien rapportait déjà que « la manie se rencontre particulièrement chez les jeunes gens et chez les hommes d'âge moyen, rarement chez les vieillards, et très rarement chez les enfants et les femmes ³».

Aussi rapide que fut cet aperçu, il montre qu'indéniablement l'héritage antique gréco-romain a participé pour partie dans la constitution du tableau moderne de l'entrée dans la psychose. Dans ce sens, trois remarques méritent d'être faites. En premier lieu, l'apparition de la manie se produit selon deux types d'invasion, soit brutale soit graduelle et selon deux formes, soit sévère soit peu marquée. En second lieu, au-delà de toute variation d'intensité et de pluralité des manifestations symptomatiques, la manie est foncièrement conçue comme *une* de sorte que son apparition la singularise parmi les autres espèces de maladie. Enfin, en troisième lieu, il convient de souligner, même s'il reste relativement approximatif, le repérage d'une tranche d'âge particulière où apparaît électivement la manie, celle des jeunes gens. Toutefois, et le constat en est crucial, reconnaissons que la pluralité et l'hétérogénéité des causes évoquées par Aurélien ne sont aucunement référées à une quelconque logique unificatrice et explicative permettant de conjoindre le corps et l'âme dans la folie. C'est notamment au nom de cette bipartition irrésolue par la médecine antique gréco-romaine, qu'il nous faut admettre, selon Pigeaud, qu'« il n'y a pas de psychiatrie antique. ⁴» Partant, il faudra attendre pour lui reconnaître une existence disciplinaire, comme nous le verrons, Philippe Pinel et son acte fondateur conjoignant le médical et philosophique ⁵

¹. Gourevitch D. « La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine », *op. cit.*, p. 12.

². Célius Aurélien *Causes des maladies aiguës*, *op. cit.*, p. 12.

³. *Idem*.

⁴. Pigeaud J. *Aux portes de la psychiatrie. Pinel l'Ancien et le Moderne*, *op. cit.*, p. 286.

⁵. Au niveau lexical, on attribue habituellement au médecin allemand J.C Reil la première occurrence du terme *psychiaterie* dont la traduction française, *psychiatrie*, sera attestée en 1842. Le terme de *psychiatre* est quant à lui plus ancien puisque attesté depuis 1802.

2. Du tournant des années 1780 à la naissance de la clinique

Quelques années avant la Révolution française avait débuté en France, sous l'impulsion conjointe de Necker¹ et du mouvement philanthropique, une volonté de réformer les hôpitaux. Dans ce sens, furent organisées des visites d'établissements qui aboutiront, en 1785, à la rédaction d'une circulaire par Jean Colombier [1736-1789] et François Doublet [1751-1795], *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, Et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leurs sont destinés*². Les auteurs y soulignèrent l'importance de traiter les insensés comme des malades, « surtout quand la folie est commençante ³ » c'est à dire au « moment de l'invasion de la maladie.⁴ » Assimilant la folie à une maladie d'un caractère spécial, ils préconisaient une thérapeutique des plus précoces. Il s'agit là, à notre connaissance, d'une des premières occurrences de ce qui opérera à travers toute l'histoire de la psychiatrie comme axiome quasi idéologique de la thérapeutique. Nous aborderons plus précisément cette dimension dans la quatrième partie. En outre, la Révolution française, grâce à l'émergence d'un nouveau type d'organisation sociale, participa, elle aussi, à l'avènement d'une médicalisation spéciale de la folie. Deux ans plus tard, la *Philosophie de la folie*, parue en 1791, jeta quelques bases spéculatives relatives à la folie, puisque son auteur, Joseph Daquin rapportait celle-ci à une prédisposition qu'il souhaitait spécifique. La notion de « disposition héréditaire ⁵ » à la folie trouva en Daquin l'un de ses premiers promoteurs et défenseurs.

Etait annoncée, sinon programmée, à travers ses prémisses, la naissance future mais prochaine de la psychiatrie moderne dont le nouvel objet médical, la folie, sera dénommé par la locution d'aliénation mentale. A cet égard, on sait quel consensus elle fit l'objet à travers toute l'Europe occidentale. En effet, l'aliénation mentale d'une part « correspondait à une unique maladie, même si l'on distinguait la manie, la mélancolie, l'idiotisme et la démence ⁶ », reconnaissons là l'un des préceptes de la médecine antique gréco-romaine, et, d'autre part,

¹. Morel P, Quézel Cl. « Bilan des thérapeutiques à la fin du XVIII^e siècle », in *Nouvelle histoire de la psychiatrie, op. cit.*, p. 121-127, p. 126.

². Colombier Jean, Doublet François. *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, Et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leurs sont destinés*, Paris, Imprimerie Royale, 1785. Réédité in *L'Évolution psychiatrique*, [Texte présenté par Claude Quézel], 1, 1983, p. 225-241.

³. *Ibid.*, p. 230.

⁴. *Ibid.*, p. 234.

⁵. Daquin J. *La philosophie de la folie, op. cit.*, p. 53.

⁶. Lantéri-Laura Georges. « Principales théories de la psychiatrie contemporaine », in *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale*, 37-006-A10, 2004, p. 1-14, p. 2.

toujours selon Lantéri-Laura, « était tenue par tous pour idiopathique ¹ » c'est à dire cause d'elle-même.

Mais il fallut d'abord « l'acte fondateur, créateur de Pinel ² » pour que soit conçue la première véritable hypothèse médico-philosophique, psychopathologique serions-nous tentés de dire selon le lexique contemporain, de l'apparition de la manie qui participera foncièrement à la naissance de la psychiatrie moderne française.

I-2. Ph. Pinel (1756-1826) et le modèle de l'accès de la manie périodique

La grande majorité des auteurs de travaux portant sur l'histoire de la psychiatrie s'accordent à reconnaître en Philippe Pinel le « véritable fondateur de la psychiatrie en France ³ », désignée également par Paul Bercherie comme la première psychiatrie clinique⁴. Dans ce sens, Pinel est « le vrai fondateur de la clinique, en particulier dans ses bases méthodologiques ⁵ », entendue au sens de « démarche consciente et systématique.⁶ » Il en formula les linéaments dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], qui connut un retentissement européen. Cet ouvrage, de part sa singulière organisation, donnait à lire au lecteur tout le parcours scientifique effectué par Pinel. Rappelons dans ce sens, que cette édition princeps du *Traité* a été constituée en partie par l'assemblage de trois des Mémoires de Pinel repris pratiquement sans modifications et d'une conférence. La première édition du *Traité* est composée des trois Mémoires déjà connus mais aussi d'une conférence, « Recherches anatomiques sur les vices de conformation des crânes des aliénés » donnée le 7 mars 1800 au récent Institut. Commencant l'ouvrage par la reprise de son Mémoire sur *La Manie périodique ou intermittente* présenté en 1797 à la Société

¹. Lantéri-Laura G. « Cent cinquante ans de psychiatrie française et francophone », in *Annales médico-psychologiques*, 160, 2002, p. 714-722, p. 715.

². Pigeaud J. *Aux portes de la psychiatrie*, op. cit., p. 286.

³. Allen David.-Franck, Mousnier-Lompré A, Postel Jacques. « Le mythe revisité : Philippe Pinel à Bicêtre de 1793 à 1795 » in Garrabé Jean (sous la direction de). *Philippe Pinel*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1994, p. 39-53, p. 39. Parmi tant d'autres auteurs, Jackie Pigeaud lui attribue également cette paternité. In *Aux portes de la psychiatrie*, op. cit., p. 8.

⁴. Bercherie Paul. *Les fondements de la clinique*, Paris, Navarin, 1980. Réédition chez L'Harmattan en 2004.

⁵. *Ibid.*, p. 40.

⁶. *Ibid.*, p. 25.

d'émulation¹, Philippe Pinel dévoilait ainsi la chronologie de ses travaux, mais laissait surtout voir la prévalence accordée à l'accès maniaque dans sa conception des faits psychopathologiques. Là réside un aspect de son geste fondateur, Pinel faisant de cet accès maniaque la source primitive de toute sa nosographie. Propos qui concorde avec le point de vue Gladys Swain considérant que « l'accès de la manie périodique s'avère fonctionner comme matrice au sein de laquelle se différencient et se ségrègent les futures espèces d'aliénation ²», aliénation qui restera, au regard de ses propriétés, seule et unique. Autre propriété, la temporalité ou « histoire de l'aliénation ³», selon l'expression pinellienne, décrite en ces termes : « La maladie doit être considérée, non comme un tableau sans cesse mobile, comme un assemblage incohérent d'affections renaissantes [...] mais comme un tout indivisible depuis son début jusqu'à sa terminaison, un ensemble régulier de symptômes caractéristiques et une succession de période.⁴» Reconduisant là, les propriétés hippocratiques de la maladie⁵, Pinel instiguait une étude des débuts de la maladie mentale qui prenait alors rétrospectivement toute son importance sous les espèces de l'accès maniaque. Aussi s'attachait-il, comme nous allons le voir, à répertorier les troubles annonciateurs et préludes de l'accès maniaque.

Le second aspect du geste spéculatif et inaugural pinellien à partir duquel l'on fait communément naître le savoir psychiatrique a été, comme l'a très bien montré Pigeaud, d'introduire « la passion dans l'étiologie de l'aliénation mentale, sortant ainsi la folie de son origine résolument organique et viscérale.⁶» Importée de la philosophie antique gréco-romaine, où elle évoluait essentiellement dans le cadre de la normalité, la théorie des passions acquiert, dès lors, une fonction cruciale et novatrice dans le champ de la psychopathologie.

¹. Postel Jacques. « Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle », in *L'Evolution psychiatrique*, juillet-septembre 1979, p. 585-612, note 12, p. 610. Le second mémoire *Recherches et Observations sur le traitement moral des aliénés* fut présenté en 1798 à la Société d'émulation et le troisième en 1799, *Observations sur les aliénés et leurs divisions en espèces distinctes*. En plus du texte écrit de la conférence Pinel rédigea en octobre 1800, après-coup donc, l'introduction de son traité.

². Swain Gladys. « La nouveauté du Traité médico-philosophique et ses racines historiques », *L'information psychiatrique*, vol 53, n°4, avril 1977, p. 463-476, p. 473. A ce sujet, il n'est pas abusif de considérer, si l'on accepte l'idée que l'hystérie a occupé pour Freud, et la psychose paranoïaque pour Lacan, cette place et fonction qu'a eu la manie périodique pour Pinel, que celui-ci a inauguré par sa démarche une tradition méthodologique spéculative où s'inscrivent, à sa suite, Freud et Lacan.

³. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, Richard-Caille-Ravier, 1800. Réédition, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 258.

⁴. Pinel P. *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, tome 1, Paris, Marandon, 2^{ème} édition, 1803, p. 7.

⁵. Pigeaud J. *Aux portes de la psychiatrie*, op. cit., p. 24.

⁶. *Ibid*, p. 335.

1. Typologie formelle des accès maniaques

L'importance doctrinale de l'accès de la manie périodique provient de sa fonction paradigmatique, étant en quelque sorte le modèle de l'apparition de la manie, synonyme à cette époque d'aliénation mentale. Dans ce sens, « un accès de manie périodique peut être regardé comme le vrai type de la manie continue, si on fait abstraction de la durée, et on ne peut donner une idée plus exacte de l'une, qu'en rappelant toutes les circonstances de l'autre.¹» De plus, Pinel précise qu'« un accès de manie, offre toutes les variétés [d'altération des fonctions de l'entendement] qu'on pourrait rechercher par voie d'abstraction. Tantôt ces fonctions sont toutes ensemble abolies, affaiblies, ou vivement excitées pendant les accès ; tantôt cette altération ou perversion ne tombe que sur une seule ou plusieurs d'entre elles, pendant que d'autres ont acquis un nouveau degré de développement et d'activité qui semblent exclure toute idée d'aliénation de l'entendement.²»

En conformité avec les descriptions antiques relatives à l'apparition de la manie, Pinel a dégagé deux types d'accès : « J'ai cherché à connaître de quelle manière débute en général les accès de folie, et j'ai été surpris de la variété des signes qui annoncent dans divers insensés une explosion prochaine du délire maniaque ; ce sont quelquefois de vains excès d'une joie exaltée et des éclats de rire immodérés, d'autres fois c'est une taciturnité sombre ou même des angoisses extrêmes et des pleurs sans cause ; plus de penchant à la colère, un regard plus animé, des réponses brusques me font souvent présager l'approche de l'accès.³» Pinel intègre également à cette liste un « sentiment de constriction, un appétit vorace ou un dégoût marqué pour les aliments, une constipation opiniâtre, des ardeurs intestinales mais aussi « des visions extatiques ⁴» qui, durant la nuit, précèdent souvent les accès de dévotion maniaque. En outre, il relève que parfois le délire est précédé par « des rêves enchanteurs et par une prétendue apparition de l'objet aimé sous les traits d'une beauté ravissante.⁵» En 1809, il complète par de nouveaux symptômes cette liste qui constitue toujours à l'heure actuelle, une part non négligeable du tableau clinique de l'entrée dans la psychose, tout du moins dans la forme qui

¹. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, op. cit., p. 156.

². *Ibid.*, p. 21.

³. Pinel P. « *Observations sur la manie pour servir l'Histoire naturelle de l'Homme, par le citoyen Pinel*, An II, (1794) » in Postel Jacques. *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1998, p. 236-237. D'après Postel « ce mémoire inédit [...] est aussi une première esquisse déjà largement tracée de la communication de Pinel à cette même société scientifique, en l'an V sur 'la manie périodique ou intermittente'. C'est dire que ce document représente vraiment la matrice du futur *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* de l'an IX », p. 231.

⁴. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], op. cit., p. 18.

⁵. *Ibid.*, p. 18.

sera qualifiée par la suite de forme insidieuse¹ ou lente : « ils [les aliénés] éprouvent des agitations, des inquiétudes vagues, des terreurs paniques, des insomnies² » auxquels il fait succéder « le désordre et le trouble des idées [qui] se marquent au dehors par des gestes insolites, par des singularités dans la contenance et les mouvements du corps qui ne peuvent que frapper vivement un œil observateur. L'aliéné tient quelque fois sa tête élevée et ses regards fixés vers le ciel ; il parle à voix basse ou pousse des cris et des vociférations sans aucune cause connue ; il se promène et s'arrête tout à tour avec un air d'une admiration réfléchie ou une sorte de recueillement profond.³ » Remarquons que Pinel fait succéder rapidement aux agitations et inquiétudes le désordre et les troubles des idées. Ce faisant, il introduit une chronologie dans la clinique de l'accès maniaque où l'inquiétude est donc d'ores et déjà appréhendé comme un trouble primaire. Il n'est pas inopportun de relever qu'il rapporte l'observation d'un homme présentant des « perplexités extrêmes⁴ » dans les débuts de sa mélancolie. Soulignons également la présence des agitations auxquelles Grivois réservera un sort discutable deux siècles plus tard comme que nous verrons ultérieurement.

Parallèlement, Pinel constate l'existence d'une autre forme clinique d'entrée dans la manie marquée cette fois-ci par la promptitude : « certaines fois l'accès se déclare avec la promptitude de l'éclair ; les yeux deviennent étincelants, le visage enflammé ; tous les muscles sont dans une tension violente et capable des efforts les plus extrêmes tandis que l'insensé semble ne chercher qu'à déchirer et à détruire.⁵ » Ce qu'il confirme ainsi : « Dans certains cas, la rougeur presque subite des yeux, une loquacité exubérante font présager l'explosion prochaine de la manie et la nécessité urgente d'une réclusion.⁶ »

2. La symptomatologie de l'accès maniaque

Pinel déduit de ses observations qu'au-delà de son type formel d'apparition « l'accès semble porter l'imagination au plus haut degré de développement et de fécondité, sans qu'elle cesse d'être régulière et dirigée par le bon goût. Les pensées les plus saillantes, les rapprochements les plus ingénieux et les plus piquants, donnent à l'aliéné l'air surnaturel de

¹. Cf, *infra.*, p. 50.

². *Ibid.*, p. 17.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 143.

⁵. Pinel P. *Observations sur la manie pour servir l'Histoire naturelle de l'Homme, par le citoyen Pinel, An II, (1794)* », *op. cit.*, p. 236-237.

⁶. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, J. Ant. Brosson, 2^{ième} éd, 1809. Réédition, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2005, p. 172.

l'inspiration et de l'enthousiasme. ¹» Succédant aux préludes ou bien directement produit, le délire semble être appréhendé pour une part dans une perspective graduelle par Pinel dans la mesure où le délire exacerberait, à un point pathologique, certaines facultés humaines.

3. Les causes de la manie

Le geste novateur de Pinel a été d'introduire une dimension morale dans le registre de la causalité du genre des vésanies. Procédant à l'investigation des causes de l'aliénation mentale, il les distingue essentiellement selon deux types, un ancien figurant une prédisposition et un actuel.

3-1. La cause lointaine : disposition-constitution-sensibilité

Il ressort du corpus pinellien que l'aliénation repose, implique l'existence d'une prédisposition chez le sujet, que Pinel désigne, tour à tour sans grande différence terminologique, de *disposition*, de *constitution* ou de *sensibilité physique ou morale*. Qu'il s'agisse de la période de l'année, de l'âge, de la profession, du degré de sensibilité et de passion, en définitive, personne n'est pas égale devant la manie. De même, il existe chez certains « une disposition plus particulière [...] pour l'aliénation de l'entendement, dans certaines périodes de la vie plus exposées que les autres à des passions orageuses.²» Dans ce sens, il établit « les périodes de l'âge qui donnent le plus de chances pour la contracter.³» En outre, cette disposition tient également à la profession, Pinel déduisant cela de la lecture des registres de Bicêtre sur lesquels il a pu lire : « on trouve inscrits beaucoup de prêtres et de moines, ainsi que des gens de la campagne, égarés par un tableau effrayant de l'avenir ; plusieurs artistes, peintres, sculpteurs ou musiciens ; quelques versificateurs extasiés de leurs productions, un assez grand nombre d'avocats ou de procureurs ; mais on n'y remarque aucun des hommes qui exercent habituellement leurs facultés intellectuelles ; point de naturalistes, point de physiciens habile, point de chimiste, à plus forte raison point de géomètre.⁴» En définitive si « certaines professions disposent –elles plus que d'autres à la manie, et ce sont sur-tout celles où une imagination vive et sans cesse dans une sorte d'effervescence, n'est

¹. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], *op. cit.*, p. 25-27.

². *Ibid.*, p. 110.

³. *Ibid.*, p. 121.

⁴. *Ibid.*, p. 111.

point balancée par la culture des fonctions de l'entendement, ou est fatiguée par des études arides.¹»

S'il faut bien reconnaître l'hétérogénéité de cette liste de variables à partir de laquelle Bercherie a pu écrire que « Pinel tend plutôt à attribuer la forme de l'accès à la 'constitution' de l'individu, c'est-à-dire au type physique : couleur des cheveux ou d'yeux, conformation physique, sexe ; ainsi les hommes robustes aux cheveux noirs sont plutôt prédisposés aux accès d'excitation, les femmes, surtout blondes seraient plus enclines à la mélancolie. L'aliénation apparaît là comme un type de réactions de l'organisme.²» N'oublions pas que Pinel est notablement imprégné des Anciens et spécialement du corpus hippocratique, auquel il reprend, comme préliminaire en quelque sorte, la constitution hippocratique, *katastasis*, « qui est la constitution climatique et pathologique d'une année en un lieu déterminé. C'est une description synthétique des conditions météorologiques et des particularités épidémiologiques et sémiotiques des maladies observées pendant une année, de l'automne à l'été, dans une territoire délimité.³» Autrement dit, elle résulte du « rapport entre l'environnement et les maladies.⁴»

Si Pinel intègre sans trop de discernement des éléments hétérogènes entre eux et sans vrai principe unificateur, au fur et à mesure de ces publications, il épure cette prédisposition dans le sens des passions et des causes morales. Associée à une théorie des humeurs dans le corpus hippocratique, cette constitution devient de façon toujours plus accentuée dans l'œuvre pinellienne, une prédisposition morale associée aux théories des passions. Ainsi, Pinel poursuit dans ses *Observations* : « la plupart d'entre eux [aliénés] ne doivent leur état qu'à une vive sensibilité et aux qualités morales les plus dignes d'estime ; c'est une vérité dont j'ai lieu de me convaincre sans cesse et qui résulte de mes notes journalières. Là c'est un père de famille que des pertes inattendues ont réduit au désespoir ; ici c'est un fils qui est excédé de travail et de veilles pour pourvoir à la subsistance de ses parents ; ailleurs c'est un jeune homme ardent et sensible, victime d'un amour malheureux ; plus loin c'est un époux tendre, égaré par les soupçons et les ombrages vrais ou illusoire de la jalousie ; un jeune guerrier avide de gloire échoue dans ses vastes projets d'ambition et son courage succombe à cette dure épreuve ; un zèle religieux a aussi ses victimes, comme un enthousiasme exalté des

¹. *Ibid.*, p. 111.

². Bercherie P. *Les fondements de la clinique* [1980], *op. cit.*, p. 33.

³. Grmek Mirko D. *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale* cité par Pigeaud J. *Aux portes de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 41.

⁴. Pigeaud J. *Aux portes de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 235.

succès militaires et il n'est pas rare de le voir passer par toutes les rêveries et les écarts du fanatisme maniaque. C'est le plus souvent en outre-passant les vertus et en exagérant les penchants généreux et magnanimes que l'homme est conduit du libre arbitre de la raison à la folie. ¹» A l'évidence, la cause morale intervient de manière importante dans le schéma pinellien. C'est la raison pour laquelle, nous nous démarquons de Bercherie qui laisse penser que cette constitution ne possède aucune dimension morale ou alors de faible incidence. Cette prédisposition est en réalité physico-morale ou mieux encore médico-philosophique. Dans ce sens, Pigeaud qualifie même cette *prédisposition* de « constitution médicale ²», ce qui signifie en termes pinelliens, médico-philosophique.

Aussi, s'il convient de reconnaître l'hétérogénéité des variables de cette constitution, apparaissant au lecteur de nos jours avec un aspect *fourre-tout*, il faut surtout retenir, à notre avis, la volonté chez Pinel d'atteindre aux origines de l'aliénation mentale. Il souhaitait, cela est indéniable, argumenter en faveur une *prédisposition*, afin de rendre compte de l'apparition de l'aliénation mentale chez certains plus que chez d'autres. A sa façon, il cherchait à démontrer l'aphorisme *n'est pas fou qui veut*, en passant, certes, par des recherches épidémiologiques, mais toujours à les ramenant à sa création spéculative médico-philosophique. L'examen effectué par Pinel des causes productrices de la manie met en évidence l'action initiale et l'importance de la nature de ces causes. Cependant, la catégorie majeure pour Pinel à la suite des Idéologues, et de Crichton est la catégorie des passions regroupant sensibilité et qualités morales.

Evoquant la violence de l'accès, il suppose qu'elle serait déterminée par la constitution ou la sensibilité physique et morale de l'individu ainsi qu'il l'écrit lui-même : « [elle] parait tenir à la constitution de l'individu, ou plutôt aux degrés divers de la sensibilité physique et morale. Les hommes robustes et à cheveux noirs, ceux qui sont dans l'âge de la vigueur, et qui sont les plus susceptibles de passions vives et emportées, semblent conserver leur caractère dans leurs accès, et deviennent quelquefois d'une fureur et d'une violence qui tient de la rage. On remarque moins ces extrêmes dans les accès des hommes à cheveux châains et d'un caractère doux et modéré ; leurs affections maniaques ne se développent qu'avec une certaine retenue et avec mesure [...] C'est assez dire que les hommes doués d'une

¹. Pinel P. *Observations sur la manie pour servir l'Histoire naturelle de l'Homme, par le citoyen Pinel, An II, (1794)* », *op. cit.*, p. 231-232.

². Pigeaud J. *Aux portes de la psychiatrie, op. cit.*, p. 239.

imagination ardente et d'une sensibilité profonde, ceux qui peuvent éprouver les passions les plus fortes et les plus énergiques, ont une disposition plus prochaine à la manie ¹»

Quelques années plus tard, dans la première édition de son *Traité*, précisément dans une cinquième sous partie, intitulée « *la nature des accès varie, non suivant les causes, mais suivant la constitution* ²», Pinel revient sur cette association et soutient l'idée que la nature des causes de l'accès maniaque n'a aucun effet ni sur l'espèce de manie produite ni sur la violence de l'accès.

3-2. *Les causes productrices : les causes morales*

Si le modèle de l'aliénation mentale nécessite le plus fréquemment une prédisposition, cette condition n'est pas suffisante, l'accès maniaque nécessitant pour se produire une cause actuelle. Il n'en a pas été toujours ainsi dans le corpus pinellien. Au fur et à mesure de ses recherches, Pinel distingue progressivement la notion de cause actuelle qui au départ se confondait volontiers avec celle de cause déterminante. Une fois pleinement intégrée la théorie stoïcienne des passions, celle-ci induit en conséquence une prédisposition dérivée de la constitution d'Hippocrate. De sorte que les causes actuelles deviennent essentiellement des affections morales « comme une ambition exaltée et trompée dans son attente, le fanatisme religieux, des chagrins profonds, un amour malheureux³» et où les passions sont « les causes les plus fréquentes de l'aliénation de l'esprit.⁴» Il poursuit en détaillant cette année là : « Sur 113 aliénés sur lesquels j'ai pu obtenir des informations exactes, 34 avoient été réduits à cet état par des recherches domestiques, 24 par des obstacles mis à un mariage fortement désiré, 30 par des événemens de la révolution, 25 par un zèle fanatique ou des terreurs de l'autre vie.⁵» Ainsi, cette observation est exemplaire du schéma pinellien : « Certaines personnes, douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde par une affection vive et brusque, que toutes les fonctions morales en sont comme suspendues ou oblitérées : une joie excessive, comme une sorte frayeur, peuvent produire ce phénomène si inexplicable. ⁶»

¹. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], *op. cit.*, p. 15.

². *Ibid.*, p. 14.

³. *Ibid.*, p. 110.

⁴. *Ibid.*, p. 45.

⁵. *Ibid.*, p. 111.

⁶. *Ibid.*, p. 168.

A titre illustratif, Pinel présente le cas d'un « artilleur [qui, en] l'an deuxième de la République, propose au Comité de salut public le projet d'un canon de nouvelle invention, dont les effets doivent être terribles ; on en ordonne pour un certain jour l'essai à Meudon, et Robespierre écrit à son inventeur une lettre si encourageante, que celui-ci reste comme immobile à cette lecture, et qu'il est bientôt envoyé à Bicêtre dans un état complet d'idiotisme.¹» Parfois, la place accordée par Pinel à ces affections morales l'a amené à envisager des cas où les passions seules seraient suffisantes pour engendrer l'aliénation. C'est une occurrence que l'on retrouvera également quelques fois chez l'autre fondateur, Esquirol.

Dans le registre des causes, il est un autre point méritant d'être mentionné : l'indépendance des caractéristiques de la folie proprement dite. Pinel considérant que « ce serait tomber dans l'erreur, que de croire que les diverses espèces de manie tiennent à la nature particulière de leurs causes, et qu'elle devient périodique, continue ou mélancolique, suivant qu'elle doit sa naissance à un amour malheureux, à des chagrins domestiques, à une dévotion portée jusqu'au fanatisme, à des terreurs religieuses ou à des événements de la révolution. Mais des informations exactes sur l'état antérieur des insensés, et l'observation des affections maniaques qui leur étoient propres, m'ont pleinement convaincu qu'il n'y a aucune liaison entre le type particulier ou le caractère spécifique de la manie, et la nature de l'objet qui la fait naître.²» Très justement Bercherie constate qu'« on peut remarquer [pour Pinel] que les causes ne sont aucunement spécifiques pour les différents types de folies.³» Soulignons l'utilisation par Pinel du verbe *naître*, et d'autre part la prévalence de la thèse d'une constitution prédisposant à la manie.

Reste maintenant à explorer précisément le mécanisme d'action des passions sur le corps et les facultés cérébrales.

4. L'hypothèse du siège primitif épigastrique : un modèle d'enchaînement causal

Dès 1794, dans son *Tableau général des fous de Bicêtre au nombre d'environ 200*, Pinel accorde une place prépondérante à la nature des causes occasionnelles de la manie, lui consacrant même la première partie du tableau proprement dit. Il accrédite ainsi très tôt la

¹. *Idem*.

². *Ibid.*, p. 14.

³. Bercherie Paul, *Les fondements de la clinique* [1980], *op. cit.*, p. 33.

dimension causale de la folie en lui conférant une place importante dans les prémisses de son discours spéculatif. S'inspirant en partie des travaux de Lacaze et Bordeu, ses anciens maîtres, il « se tourne vers la tradition vitaliste [...] pour suggérer une explication à la notion de 'réactions de forces épigastriques sur les fonctions de l'entendement.'¹» Soulignons au passage que cette métaphore épigastrique vitaliste possédait à l'époque une certaine diffusion, Joseph Daquin y faisait lui-même référence dans son ouvrage de 1791. Au surplus, Pinel puisa chez Buffon et Condillac dont l'on sait l'importance que prirent leurs méthodologies pour les Sciences naturelles qui faisaient figure de modèle de scientificité à l'époque. Dans ce sens, Pinel se référa explicitement à l'Analyse de Condillac dans le titre de sa *Nosographie philosophique ou la méthode de l'Analyse appliquée à la médecine* parue pour la première fois en 1798.

En conjuguant les deux registres de causes dans leur cadre d'une observation clinique ² d'un insensé peu avant l'accès, Pinel propose un modèle d'enchaînement causal produisant l'accès maniaque. Nous devons distinguer deux temps dans ce mécanisme : - en premier lieu, les causes produisent la mise en activité du centre épigastrique - en second lieu la propagation de cette activité a comme effet les lésions de l'entendement etc. Autrement dit, les causes regroupent les éléments ou événements venant déranger et mettre en activité le siège primitif situé dans le centre épigastrique : « C'est même toute la région abdominale qui semble entrer dans cet accord sympathique par les continuités du grand intercost. [Les insensés préludent aux accès]... Au prélude des accès les insensés se plaignent d'un resserrement dans la région de l'estomac, du dégoût pour les aliments, d'une constipation opiniâtre, des ardeurs d'entrailles qui leur font rechercher les boissons rafraîchissantes.³» Une fois mise en activité, celui-ci provoque des symptômes physiques qui se propagent par sympathie, c'est-à-dire par contiguïté, jusqu'au cerveau, engendrant alors l'explosion maniaque appelée accès maniaque. De sorte que Pinel ait pu dire que la manie et la mélancolie « s'accompagnent en effet de 'commotions plus ou moins profondes qui ont été ressenties dans la région épigastrique'.⁴»

Pinel explicite et précise très clairement les interactions nécessaires à l'explosion maniaque au point que nous pouvons aisément dégager des lignes écrites par Pinel lui-même au recto du manuscrit du *Tableau* la séquence fondamentale de l'accès maniaque *causes – mise en activité du siège épigastrique – propagation par sympathie jusqu'à l'accès*. Dans ce

¹. Gauchet Marcel. « De Pinel à Freud », préface in Swain Gladys. *Sujet de la folie* [1977], Paris, Calmann-Lévy, 1997, p. 19.

². Pinel fut nommé médecin-chef de l'hospice de Bicêtre le 11 septembre 1793.

³. Pinel P. *Tableau général des fous de Bicêtre au nombre d'environ 200* [1794] repris in Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, op. cit., p. 229.

⁴. Pinel cité par Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, op. cit., p. 266.

sens, « la nature des affections propres à [donner origine] produire la manie périodique, et les affinités de cette maladie avec la mélancolie et l'hypocondrie doivent déjà présumer que le siège primitif en est presque toujours dans la région épigastrique et que c'est l'activité [de cette région] du centre et comme une espèce d'irradiation que se propagent les accès de manie.¹» Il est clair que Pinel tente de caractériser au mieux les accès maniaques qui se trouvent alors investis comme lieu privilégié d'exploration de la manie. Sans doute est-elle la première étude assez poussée sur cet accès et au-delà sur la manie.

Assurément, il revient à Pinel d'avoir « réuni le discours médical au discours philosophique sur le sujet des passions ²» tout en précisant qu'il se référait à la théorie stoïcienne des passions. Ainsi, il a été le premier à proposer un modèle explicatif au sens d'enchaînement causal de l'apparition de l'aliénation mentale déclarée sous les espèces de l'accès maniaque, modèle soutenu par l'hypothèse de la disposition et du siège primitif par l'action de causes morales. Partant, en proposant un tel schéma de l'accès maniaque où se nouaient le corps et l'âme, où la cause morale prenait une place toujours grandissante, il rendait tout simplement caduque avec sa « métaphore pathogénique 'hypocondro-épigastrique' ³» selon l'expression de Postel, la bipartition antique maladie du corps maladie de l'âme.

I-3. Etienne Esquirol (1772- 1840) : Disciple et maître.

Dès sa Thèse inaugurale de 1805⁴, Esquirol montra un attachement indéfectible à l'enseignement et à la doctrine de son célèbre maître, Philippe Pinel, au point d'être tenu par Paul Bercherie, pour « le plus fidèle et le plus orthodoxe [de ses] disciples.⁵» Tirant les conséquences des intuitions et propositions pinelliennes, il les systématisa, parachevant ainsi l'œuvre de son maître. Dès lors, il est logique de considérer son œuvre comme tout entière « l'application, l'illustration, l'approfondissement des idées de Pinel ⁶», comme dans le cas de

¹. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], *op. cit.*, p. 17.

². *Ibid.*, p. 273.

³. Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 266.

⁴. Esquirol Etienne. *Des Passions considérées comme Causes, Symptômes et Moyens curatifs de l'Aliénation mentale*, thèse de médecine, Didot jeune, 1805. Paris. Repris par Gauchet Marcel, Gladys Swain. *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Paris, Librairie des Deux-Mondes, 1980.

⁵. Bercherie P. *Les fondements de la clinique* [2004], *op. cit.*, p. 32.

⁶. *Ibid.*, p. 32.

sa poursuite de « l'analyse et la distinction des syndromes psychopathologiques.¹» De ce fait, au regard de ses efforts de conceptualisation et de ses propres découvertes, essentiellement sa doctrine des monomanies et sa clinique de l'hallucination, il est communément considéré comme l'un des pères fondateurs de la psychiatrie française moderne. N'oublions pas qu'il fut contribua également à la naissance de l'institution asilaire.

Il importe pour notre recherche de souligner l'intérêt tout particulier qu'Esquirol porta à la description de l'*histoire* de l'aliénation mentale, en considérant qu'à l'instar de n'importe quelle maladie elle procède selon une marche décrite en trois temps. Reprenant à son compte la description en trois phases de la médecine traditionnelle, aux origines antiques gréco-romaines, Esquirol initiait l'étude de la folie dans son évolution. Conjointement, Esquirol faisait montre d'une certaine volonté de conférer à la doctrine de l'aliénation mentale des bases méthodologiques inspirées de la médecine classique et des Sciences naturelles. De sorte qu'il devenait important de répertorier, ce que Pinel désignait par prélude, et qu'Esquirol désignaient comme du terme moderne de prodrome². C'est dans le contexte de cette démarche qu'Esquirol inaugura la clinique différentielle de l'hallucination, lui ayant au préalable conférée sa définition devenue classique de « perception sans objet.³»

1. La marche de l'aliénation mentale

Conscient du retard pris par la doctrine de l'aliénation mentale par rapport à la médecine traditionnelle qui connaissait à cette époque-là une véritable révolution épistémologique, Esquirol tend à conformer, à la suite de Pinel, son analyse descriptive et dynamique de l'aliénation sur le modèle traditionnel, hérité de la médecine antique, de la chronologie des maladies du corps. Partant, devait être admis que la « folie continue a une marche régulière, un espace de temps qu'elle doit parcourir, trois périodes bien marquées ; une première période aiguë avec symptômes concomitants, une seconde période chronique presque toujours exempte de symptômes étrangers au délire ; enfin la troisième période est celle du déclin et de

1. *Idem*.

2. Si le terme est attesté depuis le XV^e siècle son acception médicale le serait, quant à elle, depuis 1765.

3. A en croire Georges Lantéri-Laura le terme même d'hallucination aurait été introduit par Esquirol dans le champ de la médecine spéciale en lui donnant une définition restreinte. Toutefois, l'auteur date de 1838 cette introduction alors qu'en réalité Esquirol l'introduisit dès 1817 dans son article éponyme, « Hallucination » paru dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, P et C et Panckoucke, 1820, p. 64-71. Lantéri-Laura G. « Histoire de la clinique des hallucinations », in *Hallucinations, regards croisés*. Paris, Masson, 2002, p. 15-20, p. 15.

la curation.¹» Esquirol, qui fut l'un des tout premiers aliénistes a pratiqué de manière individuelle le traitement moral dans son exercice privé, possédait un sens clinique de l'observation de sorte qu'il lui semblait réalisable de répertorier les préludes à l'aliénation répondant ainsi par l'affirmative à sa propre question : « Si les scophules, la phtisie pulmonaire, la goutte, les engorgements abdominaux, peuvent être annoncés par un habile observateur, pourquoi, à des signes sensibles, ne prédirait-on pas l'aliénation ?²»

Dès lors, il y a tout lieu de penser, estime Esquirol, que «la folie, a comme toutes les autres maladies, son temps d'incubation, ses prodromes, et souvent dans le compte que rendent les parents, on découvre que le premier acte de folie qui les a effrayés, avait été précédé de plusieurs symptômes qui avaient échappé à toute observation, et quelque fois on prend pour la cause de la maladie, ce qui en était le premier phénomène. Souvent les aliénés combattent leurs idées fausses, leurs déterminations insolites, avant que personne ne s'aperçoive du désordre de leur raison et de la lutte intérieure qui précède l'explosion de la folie. Longtemps avant qu'un individu soit reconnu aliéné, ses habitudes, ses goûts, ses passions changent.³» Dans ce sens, il avait repéré, écrit-il : « presque tous les aliénés confiés à mes soins avaient offert quelques irrégularités dans leurs fonctions, dans leurs facultés intellectuelles, dans leurs affections, long-temps avant d'être malades, souvent dès la première enfance ; irrégularités qui avaient échappé à leurs parents, mais desquelles je les ai fait souvenir, en les questionnant sur l'état antérieur de celui pour lequel j'étais consulté. Les uns avaient été d'un orgueil excessif ; les autres très-colères, ceux-ci souvent tristes ; ceux-là d'une gaieté ridicule ; quelques autres, d'une application opiniâtre à ce qu'ils entreprenaient, mais sans fixité ; plusieurs, vétilleux, minutieux, craintifs, timides, irrésolus ; presque tous avaient eu une grande activité des facultés intellectuelles et morales, qui avait redoublé d'énergie quelque temps avant l'accès ; la plupart avaient eu des maux de nerfs.⁴»

En outre, devaient être ajoutés à ces signes prodromiques, d'autres troubles des facultés intellectuelles tels que « la facilité, l'abondance d'idées qui étonne » corrélée à une « imagination [...] plus vive, [et] des pensées plus grandes.⁵» Dans ce sens, il estime que l'aliénation manifeste est « souvent [...] précédée par une facilité, une abondance d'idées qui étonne ; l'imagination est plus vive, les pensées plus grandes, les projets plus hardis. Dans

¹. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* [1838], Paris, Frénésie éditions, 1989, vol I, p. 78.

². Esquirol E. *Des Passions considérées comme Causes, Symptômes et Moyens curatifs de l'Aliénation mentale*, [1805], *op. cit.*, p. 28-29.

³. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées*, vol I, *op. cit.*, p. 77.

⁴. Esquirol E. *Des Passions considérées....*, *op. cit.*, p. 28-29.

⁵. *Idem.*

d'autres cas, le cerveau remplit mal ses fonctions ; il est lent, paresseux, et l'aliénation est annoncée par une paresse de mouvemens, un besoin irrésistible de dormir l'inaptitude au travail, l'impossibilité de se livrer à ses études accoutumées. ¹» De plus, en fidèle disciple de Pinel, il constate lui aussi des troubles des fonctions affectives compte tenu qu'« un symptôme qui accompagne toutes les aliénations, qui n'a pas échappé au professeur Pinel, qui en annonce un très grand nombre, c'est l'altération des affections morales en plus ou en moins. Quelquefois, l'accès, ou une première attaque, est annoncé par de la froideur, de l'éloignement, de l'aversion pour ses proches, ses amis intimes ²» Il remarque également que l'aliéné est sujet, bien avant de délirer, à des hallucinations qu'il considère comme « un phénomène cérébral ou psychique, qui s'accomplit indépendamment des sens ³» pouvant avoir « lieu chez des hommes qui n'ont jamais déliré ⁴», arguant ainsi de « l'histoire de quelques hommes célèbres [qui] confirme cette indépendance des hallucinations, et prouve qu'on peut être halluciné et ne point délirer. ⁵» Dans ce sens, poursuit-il, « quelques fois ce symptôme a lieu longtemps avant que le délire soit manifeste pour ceux qui vivent avec les malades. Souvent ceux-ci luttent contre les hallucinations avant de les manifester et se plaindre, avant d'avoir commis aucun désordre dans leurs paroles ou dans leurs actes ⁶». Il précise que « quelques fois au début de la maladie, les hallucinations sont fugaces et confuses ; avec les progrès du mal, elles deviennent aussi distinctes, aussi complètes que les sensations actuelles, et elles sont continues et permanentes ⁷»

Dans une perspective différentielle, il avance que les « hallucinations dépendantes des impressions perçues par le goût et l'odorat, sont reproduites particulièrement au début des folies. Mais celles qui appartiennent à la vue et à l'ouïe sont plus fréquentes dans toutes les périodes de la maladie. ⁸»

Concevant la phase aiguë comme une crise, Esquirol admet qu'elle se résout d'elle-même fréquemment : « J'ai constamment observé que, dans l'espace du premier mois de la maladie, il se fait une rémission très marquée. Jusqu'alors la folie, qui avait eu une marche

¹. *Ibid.*, p. 20.

². *Ibid.*, p. 28-29.

³. Esquirol E. Article. « Hallucination » [1817] in *Dictionnaire des sciences médicales, op. cit.* Repris sous le titre « Des Hallucinations » in *Des maladies mentales considérées[1838]*, vol I, p. 80- 100, p. 95.

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 99.

⁷. *Idem.*

⁸. *Idem.*

aiguë et violente, semble être arrivée à sa terminaison, et c'est alors qu'elle semble passer à l'état chronique, parce que la crise a été incomplète [...] ¹».

2. Le schéma causal esquirolien

Le schéma esquirolien de l'apparition de l'aliénation mentale repose sur l'existence conjointe d'une prédisposition acquise ou primitive à l'aliénation mentale et d'une cause morale dont l'action initiera l'apparition de la folie manifeste. Par exemple, « le tempérament sanguin est une des prédispositions à la manie. Le tempérament nerveux caractérisé par une susceptibilité que tout irrite et exaspère, par un besoin de sentir qui prive de la faculté de raisonner est favorable à la production de la manie et de la monomanie. ²» En effet, même si cette prédisposition ou « les causes prédisposantes ont agi longtemps avant l'explosion du délire ³», elle nécessite tout de même une cause actuelle dite aussi excitante afin que s'exprime cliniquement l'aliénation : « Avec ces dispositions primitives ou acquises, il ne manque plus qu'une affection morale pour déterminer l'explosion de la fureur, ou l'accablement de la mélancolie. ⁴». Ou encore : « avec ces dispositions, il ne faut qu'une cause accidentelle pour que la folie éclate. ⁵» Et si « ces causes excitantes de la folie sont nombreuses ⁶» elles se rapportent en définitive à la théorie des passions : « Si les passions ont leur siège dans le centre épigastrique, on conçoit qu'elles dérangent les fonctions des organes placés dans cette région. [...] Une passion vient troubler le centre épigastrique ; la réaction se fait sur le cerveau et les nerfs, comme le système le plus actif ⁷».

Présenté ainsi le schéma esquirolien reconduit l'enchaînement causal pinellien. Les passions sont souvent la cause de l'aliénation mentale par le truchement de l'influence sympathique du centre épigastrique sur les fonctions du cerveau. On peut dès lors l'écrire ainsi passions ou cause morale – centre épigastrique – cerveau – aliénation mentale. Il est même établi que dans sa thèse de 1805, « la théorie esquirolienne des passions [...] prolonge

¹. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées...*, vol I, *op. cit.*, p. 93.

². *Idem*.

³. *Ibid.*, p. 100.

⁴. Esquirol E. *Des Passions..... op. cit.*, p. 29.

⁵. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées.....*, vol I, *op. cit.*, p. 76.

⁶. *Ibid.*, p. 115.

⁷. Esquirol E. *Des Passions...*, *op. cit.*, p. 20.

d'ailleurs celle de Pinel¹», au point de la systématiser précise Pigeaud². Il en résulte que « tous [les aliénés] sont mus par une passion exagérée, par des idées premières que nous ne connaissons pas³» Dans la continuité de Pinel, Esquirol assimile les idées délirantes à l'exagération de passion. Il inscrit donc l'apparition du délire dans une perspective graduée au sens où dépassant un certain seuil dans un ordre de gradation la passion devient idée délirante, ce qui s'accorde avec le point de vue de Pigeaud lorsqu'il écrit qu'en reprenant de Pinel, la théorie stoïcienne des passions, Esquirol ne promouvait pas « de différence de nature entre folie et passion ; seulement une différence quantitative⁴»

Dès lors nous pouvons dégager l'enchaînement causal esquirolien, passions-centre épigastrique-système nerveux-[accès maniaque ou santé] et explorer plus avant la nature des circonstances initiales de l'accès maniaque. Toutefois, il y a peu de mystère en l'espèce puisque Esquirol a systématisé la *causalité morale*. Il assure que « de toutes les causes morales, celles qui produisent le plus fréquemment la folie, sont l'orgueil, la crainte, la frayeur, l'ambition, les revers de fortune, les chagrins domestiques.⁵» A cet égard, il précise que « souvent la cause morale de l'aliénation morale existe au sein de la famille, et prend sa source dans des chagrins, des dissensions domestiques, des revers de fortune, etc. Souvent la première secousse donnée aux facultés intellectuelles et morales a eu lieu dans la propre maison de l'aliéné, au milieu de ses connaissances, de ses parents, de ses amis.⁶» En outre, Esquirol estime que l'aliénation peut éclater « après des veilles prolongées, des études opiniâtres, des excès de travail d'esprit⁷» que l'on retrouve de nos jours sous les espèces de la surcharge de travail bien souvent avancée pour expliquer certaines entrées dans la psychose.

En définitive Esquirol corrèle la fréquence de l'aliénation mentale à la présence élective des passions dérivant elle-même du développement de l'individu. Il en résulte que « dans l'enfance, point de passions, point d'aliénés ; à l'âge de puberté, les passions se montrent, l'aliénation se manifeste ; dans l'âge suivant, toutes les passions se déchaînent, la manie est plus fréquente ; elle disparaît à l'époque de l'âge où les passions s'éteignent⁸». Une telle affirmation se trouve démentie dans la période de l'enfance en certaines conditions

1. Pigeaud J. « L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française », *op. cit.*, p. 139.

2. *Ibid.*, p. 140.

3. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées...*, *op. cit.*, p. 80.

4. Pigeaud J. « L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française », *op. cit.*, p. 142.

5. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées...*, vol I, *op. cit.*, p. 58.

6. Esquirol E. *Des passions...*, p. 43.

7. *Ibid.*, p. 20.

8. *Ibid.*, p. 17.

causales car reconnaît-il « l'enfance est à l'abri de cette terrible maladie, à moins qu'une disposition originaire ne l'expose à la démence ou à l'idiotisme.¹» Et si elle s'observe plus fréquemment à l'époque de la puberté c'est que « le développement de nouveaux organes excitant les sentimens et des besoins nouveaux, les affections du jeune homme prennent une nouvelle direction ; heureux si les vices de l'éducation et de la société ne lui ont pas appris à trahir les vues de la nature ! L'aliénation, inconnue avant cet âge, trouble alors les premiers instans de l'existence de l'homme ; elle prend le caractère des passions de cet âge : elle est véhémence, furieuse, amoureuse ; avec le caractère aigu, à moins que, par un coupable abus de soi-même, ayant usé ses facultés physiques et morales [...]»²

Esquirol accorde une telle importance à cette causalité morale qu'il n'hésite pas à remettre en cause l'exclusivité quasi plénière de son schéma causal exigeant à la fois une prédisposition et une cause morale actuelle ainsi que le montrent ces propos : « Sans doute, l'aliénation n'est pas toujours héréditaire ; elle est souvent spontanée et accidentelle : l'expérience prouve cette seconde vérité, de même qu'elle confirme la première. ³». Dans ce sens, Esquirol considère que « les causes prédisposantes ont quelques fois tant d'énergie, qu'elles produisent la folie sans qu'on puisse reconnaître de cause excitante, et réciproquement, en sorte que les causes de l'aliénation mentale ne peuvent être rigoureusement classées d'après leur degré d'influence ⁴».

3. Clinique des hallucinations et apparition de l'aliénation mentale

Il paraît fort probable que l'on doive à Esquirol non seulement le terme et la définition de la notion d'hallucination mais également les linéaments d'une clinique différentielle des hallucinations ainsi que nous le signalions précédemment. Le premier geste esquirolien fut de distinguer clairement l'hallucination du délire, tout du moins en un point : « le phénomène de l'hallucination ne ressemble point à ce qui arrive lorsqu'un homme, en délire, ne perçoit pas les sensations comme il les percevait avant d'être malade, et comme les perçoivent les autres hommes. Les notions relatives aux propriétés et aux qualités des choses et des personnes, sont mal perçues, par conséquent mal jugées ; l'aliéné prend un moulin à vent pour un homme, un

¹. *Ibid.*, p. 15.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 28-29.

⁴. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées...*, vol I, *op. cit.*, p. 76.

trou pour un précipice, les nuages pour un corps de cavalerie. Dans les hallucinations il n'y a ni sensation ni perception, pas plus et le somnambulisme, puisque les objets extérieurs n'agissent plus sur les sens. ¹» Sans doute Esquirol veut-il signifier en ces propos que l'halluciné, tout comme le rêveur et le somnambule, ne perçoit pas matériellement puisqu'il n'y a pas d'objet à percevoir. Dans son raisonnement, il ne peut donc y avoir ni de sensation ni de perception. Il ajoute que « l'hallucination est un phénomène cérébral ou psychique, qui s'accomplit indépendamment des sens ²» différenciant ainsi l'hallucination de ce qu'il nomme « les illusions des sens » et les « fausses perceptions des hypocondriaques. ³». A en croire Esquirol *tout le monde hallucine*, l'aliéné, le rêveur, le somnambule, même l'homme le plus raisonnable écrit-il, à entendre dans nos termes contemporains du névrosé : « s'il veut s'observer soigneusement, aperçoit quelques fois dans son esprit les images, les idées les plus extravagantes, ou associées de la manière la plus bizarre. Les occupations ordinaires de la vie, les travaux de l'esprit, la raison distraient de ces idées, de ces images, de ces fantômes ⁴». En outre il considère les hallucinations comme « des images, des idées, reproduites par la mémoire, associées par l'imagination, et personnifiées par l'habitude ⁵» équivalences et mécanisme dont les affinités avec l'hallucination du névrosé sont plus probables qu'avec celle du psychotique.

Néanmoins et suite à cette généralisation dont la formulation serait *tout le monde hallucine* Esquirol énonce un linéament d'une clinique différentielle entre hallucination névrotique et hallucination psychotique si l'on veut bien considérer les lignes qui suivent dans ce sens : « la conviction des hallucinés est si entière, si franche, qu'ils raisonnent, jugent et se déterminent en conséquence de leurs hallucinations, ils coordonnent à ce premier phénomène psychologique, leurs pensées, leur désirs, leur volonté, leurs actions ⁶». Esquirol repère là une réalité clinique incontestable que Lacan confirmera presque un siècle et demi plus tard lorsqu'il avancera à propos du symptôme que la « différence est pourtant manifeste entre y croire, au symptôme, ou le croire. C'est ce qui fait la différence entre la névrose et la psychose. Dans la psychose, les voix, non seulement le sujet y croit, mais il les croit. Tout est là, dans cette limite. ⁷»

1. Esquirol E. « Des hallucinations », *op. cit.*, p. 95.

2. *Idem.*

3. *Ibid.*, p. 97.

4. *Ibid.*, p. 95.

5. *Idem.*

6. *Ibid.*, p. 96.

7. Lacan J. « RSI », leçon du 21 janvier 1975, in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n° 3, mai 1975, p. 104-110, p. 110.

Enfin Esquirol développe tout de même une clinique différentielle entre délire et hallucination dans le cadre de l'aliénation mentale en procédant à quatre remarques cliniquement cruciales.

Première remarque. Ainsi qu'il l'écrit lui-même, les hallucinations peuvent précéder certains délires et avoir « lieu chez des hommes qui n'ont jamais déliré ¹ ». Dans ce sens, « l'histoire de quelques hommes célèbres confirme cette indépendance des hallucinations, et prouve qu'on peut être halluciné et ne point délirer. ² ». Ainsi, poursuit-il, « quelques fois ce symptôme a lieu longtemps avant que le délire soit manifeste pour ceux qui vivent avec les malades. Souvent ceux-ci luttent contre les hallucinations avant de les manifester et se plaindre, avant d'avoir commis aucun désordre dans leurs paroles ou dans leurs actes ³ ». Il précise que « quelques fois au début de la maladie, les hallucinations sont fugaces et confuses ; avec les progrès du mal, elles deviennent aussi distinctes, aussi complètes que les sensations actuelles, et elles sont continues et permanentes ⁴ ».

La seconde remarque souligne que l'hallucination: « un des éléments de délire qu'on retrouve le plus fréquemment dans la manie, la lypémanie, la monomanie, l'extase, la catalepsie, l'hystérie, le délire fébrile. Sur cent aliénés, quatre-vingts, au moins, ont des hallucinations ⁵ ».

Troisième remarque d'Esquirol, « il n'est pas rare qu'elles [les hallucinations] persistent, quoique le délire ait cessé et réciproquement ⁶ ».

Quatrièmement, l'auteur se fait le rapporteur de « quelques faits qui prouvent que les hallucinations caractérisent seules un état particulier de délire, ce qui a fait prendre quelques hallucinés pour des inspirés ; mais observés de près, ces individus trahissent bientôt la véritable cause de leur état. En Allemagne, poursuit Esquirol, on trouve encore de ces fous qu'on appelle voyants. Dans l'Orient, dans l'Inde, on rencontre de prétendus prophètes qui ne sont que des hallucinés. ⁷ ». Enfin, la dernière remarque considère que les « hallucinations dépendantes des impressions perçues par le goût et l'odorat, sont reproduites particulièrement au début des folies. Mais celles qui appartiennent à la vue et à l'ouïe sont plus fréquentes dans toutes les périodes de la maladie. ⁸ »

¹. Esquirol E. « Des hallucinations », *op. cit.*, p. 99.

². *Ibid.*, p. 95.

³. *Ibid.*, p. 99.

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. *Idem.*

⁷. *Idem.*

⁸. *Idem.*

I-4. Etienne.-Jean Georget (1895-1828) : la folie et la primauté des troubles cérébraux

Celui qui fut l'un des plus brillants élèves des maîtres fondateurs mais aussi l'auteur du « premier traité moderne de psychiatrie ¹ » retient maintenant notre attention. Ses positions méritent en effet d'être rapportées dans notre recherche non seulement parce qu'il a réintroduit la cruciale distinction entre le délire aigu et la folie proprement dite en la caractérisant à partir de sa « nature idiopathique cérébrale ² », mais aussi et surtout, par son approche originale de la symptomatologie des débuts de la folie et du délire. Dans ce sens, Georget est le premier à avoir ouvertement et conjointement introduit une temporalité et une primauté dans l'apparition des symptômes au début de la folie.

1. Délire aigu et folie proprement dite

Le délire aigu symptomatique et la folie proprement dite, en tant que maladie, selon Georget, « ne se ressemblent qu'autant qu'elles consistent dans une altération de la même fonction de l'intelligence ; mais elles diffèrent essentiellement et dans le mode de manifestation, les causes, la marche, et dans les moyens curatifs employés pour les guérir. ³ ». Reprenant la bipartition datant de l'Antiquité gréco-romaine, Georget considère que « le délire aigu, ou l'affection des fonctions intellectuelles qui le constitue, n'est ordinairement qu'un symptôme d'une maladie plus grave d'un organe de l'économie ou du cerveau lui-même ⁴ ». Georget l'attribue à trois sortes de causes : les affections graves du cerveau, les maladies des autres organes et l'action de certaines substances sur l'estomac. Quant à la folie « comme toute autre maladie, [elle] a des symptômes propres, constants, distinctifs, qui tiennent immédiatement à l'altération des fonctions de l'organe encéphalique, et des

¹. Postel Jacques. *Introduction*, in Georget Etienne. *De la folie* [1820], [Textes choisis et présentés par J. Postel], Paris, L'Harmattan, 1999, p. 17. Postel ajoutant même : « .. et peut-être aussi le dernier du XIX^e siècle. Jamais plus ne sera délimité et décrit avec autant de précision le champ propre à la psychiatrie, selon un monisme cérébro-psychique conséquent, avec une telle rigueur méthodologique ».

². *Ibid.*, p. 12. Geste inouïe puisqu'en réalité, ainsi que l'indique Jacques Postel, cette distinction date de la médecine gréco-romaine. Mais elle fut sévèrement battue en brèche à la Renaissance au point d'être comptée pour rien par les pères fondateurs de la psychiatrie française moderne. Georget pourtant l'un de leurs plus brillants élèves réhabilita à l'encontre de ses maîtres, cette séparation de champ et d'objet et donc de thérapeutique.

³. Georget E. *De la folie*, *op. cit.*, p. 109.

⁴. *Idem.*

symptômes communs à d'autres affections, dont l'apparition suit presque tout dérangeant subit d'un organe important ¹».

Trois remarques s'imposent : la première consiste à souligner que, selon Georget, il existe des symptômes dits communs à la folie et au délire aigu et des symptômes spécifiques de la folie définie comme affection cérébrale. La folie qui n'est pas une maladie de l'âme² possède donc d'une part des symptômes locaux, spécifiques ou encore appelés cérébraux à savoir le délire, les insomnies, les céphalgies, les lésions de la contractibilité musculaire, et les lésions des enveloppes extérieures du cerveau et expression de la physionomie. D'autre part, elle possède des symptômes généraux, communs dits sympathiques du canal alimentaire, de la respiration, de la peau, et de l'utérus.

La deuxième remarque est relative à l'existence de troubles antécédents le délire que Georget a distingué de la folie. Aussi, considère-t-il que la majorité des conceptions de la folie sont erronées dans la mesure où l' « on a pris ce symptôme [le délire] pour la folie ³». Le délire selon Georget est un trouble cérébral parmi tant d'autres provenant de la même source⁴ : « Le cerveau est [...] le siège immédiat de la folie ⁵». De plus, « le symptôme essentiel de cette maladie [folie] ... dépend d'une lésion des fonctions cérébrales ; il consiste en des désordres intellectuelles auxquels on a donné le nom de délire ; il n'y a point de folie sans délire. ⁶».

La troisième remarque revêt un caractère historiquement plus original dans la mesure où Georget dénombre quatre phases dans la marche de l'aliénation, en plus des prodromes : « sa période d'incubation, son époque d'invasion, un état d'excitation ou de summum d'intensité, enfin des périodes de décroissement et de convalescence ⁷». Ce faisant, il se distingue de l'héritage de ses maîtres eux-mêmes légataires de la médecine antique et de sa classique description de la maladie en trois phases. Il convient toutefois d'atténuer cette originalité en ce qu'elle s'inscrit dans une perspective descriptive syndromique.

¹. *Ibid.*, p. 35.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 36.

⁴. *Ibid.*, p. 36.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 30

⁷. *Ibid.*, p. 86.

2. Perspective causale de la folie

Georget a répertorié trois types de cause produisant l'aliénation mentale, nommément les causes prédisposantes, les causes efficientes (appelées aussi occasionnelles, directes, cérébrales), les causes indirectes (dites sympathiques, physiologiques, pathologiques). En réalité, Georget a redistribué en deux types ou classes de cause, celle unique de cause actuelle de ses maîtres dans la mesure où Esquirol, à la suite de Pinel, n'avait considéré que deux classes de cause, les prédisposantes et les actuelles. Cette redistribution lui permettait de faire prévaloir les causes efficientes.

2-1. *Les causes prédisposantes*

Elles regroupent tout aussi bien « l'hérédité, les suites de couches, l'âge critique, les progrès de l'âge » et certaines dispositions de l'état moral et intellectuel qui « ne font que disposer le cerveau à l'action des causes efficientes [...] rarement ces dispositions provoquent à elles seules le développement de la folie ¹ ». Soulignons que Georget situe l'hérédité dans le cerveau² et attribue à ces dispositions morales une large place³.

2-2. *Les causes efficientes, cérébrales ou directes*

Cette seconde catégorie de cause, les « causes véritables de la folie ⁴ » qualifiées de causes efficientes directes [ou aussi appelées cérébrales] regroupent en réalité les causes physiques, les causes morales et intellectuelles. Les premières sont extrêmement rares pour Georget, se distinguant ainsi de Pinel. D'ailleurs, Georget lui reproche d'accorder une trop grande place à ce type de cause. En effet, selon Georget, si les coups et les chutes sur la tête occasionnent des troubles des fonctions du cerveau, ceux-ci doivent être rapprochés du délire aigu et non de l'aliénation comme avait pu le faire Pinel. Autant les premières sont rares autant les secondes, les causes morales et intellectuelles, sont massivement les plus fréquentes : « on pourrait presque dire les seules susceptibles de produire l'aliénation mentale ⁵ ». Elle sont dites efficientes puisque provoquent la folie manifeste « à l'aide d'une

¹. *Ibid.*, p. 83.

². *Ibid.*, p. 71.

³. *Ibid.*, p. 73.

⁴. *Ibid.*, p. 83. Les véritables causes de la folie pour Georget sont les causes qui agissent directement d'où l'épithète 'directes'.

⁵. *Ibid.*, p. 76.

prédisposition, ou à elles, seules ¹». De sorte qu'il rejoint là Esquirol dans sa systématisation de la théorie des passions. Lorsque une cause morale est suffisamment forte et le « cerveau assez bien disposé ²» alors le délire peut se développer dès sa première action. Georget note qu'une frayeur vive, un violent accès de colère, des pertes subites de fortunes ou des places etc. son propices à cette action c'est à dire « tout ce qui contrarie, comprime, attaque ou exalte d'une manière inattendue, des penchans, des passions ou des idées qui exercent une certaine influence sur l'homme moral et intellectuel ; dans ce cas se trouve l'amour contrarié, l'ambition déçue, l'amour-propre blessé, tous les travaux religieux.. ³». Il regroupe ainsi « des impressions qui émeuvent, ébranlent subitement et fortement l'esprit, de manière à en troubler les opérations sur-le-champ ». Mais le plus souvent il faut que l'action de la cause morale soit « répétée et soutenue pendant un certain temps, avant de troubler l'esprit d'une manière évidente ⁴» telle par exemple pour « le chagrin, la tristesse, la jalousie, la religion et l'amour agissent ordinairement ainsi ; le délire s'établit lentement ⁵». Autrement dit, Georget répertorie les causes « dont l'action lente, mais soutenue, finit par en user les ressorts ; tels sont tous les évènements capables de produire une surprise extrême, la frayeur, la colère, la joie, la tristesse, la jalousie, la haine etc. ⁶»

Constatons dès à présent deux points importants. Premièrement, Georget ne fait nullement intervenir dans son propre schéma le siège primitif des viscères récusant en quelque sorte l'hypothèse ou métaphore épigastrique de ces maîtres. Deuxièmement, le schéma causal dans l'approche de Georget, repose essentiellement sur un schéma dualiste traditionnel : la présence d'une cause prédisposante associée à une cause efficiente ou « cause irritante ⁷». Georget confirmant cela lorsqu'il écrit : « on peut dire que la folie ne survient jamais sans prédisposition quelconque, puisque s'il en pouvait être autrement, les mêmes causes efficientes produiraient toujours les mêmes effets chez tous les individus, ce qui n'a pas lieu ⁸».

1. *Ibid.*, p. 67. Remarquons que Georget emploie le terme de *prédisposition*.

2. *Ibid.*, p. 78.

3. *Ibid.*, p. 77.

4. *Ibid.*, p. 78.

5. *Idem.*

6. *Ibid.*, p. 77.

7. *Ibid.*, p. 120.

8. *Ibid.*, p. 74. De même que Georget signale l'existence d'aliénation manifeste sans prédisposition, il en signale également sans cause efficiente. Toutefois, il s'agit en ces cas d'exception dans un schéma bi-causal prédominant si l'on nous permet l'expression.

3. La période d'incubation

Reprenant le traditionnel dualisme des modes ou formes d'apparition de la folie, Georget souligne que « l'apparition des symptômes essentiels de la folie, a lieu de deux manières, qu'il est important de connaître. Tantôt la secousse morale a été assez puissante pour troubler les idées sur le champ, et provoquer immédiatement l'explosion du délire, et presque aussitôt après, les phénomènes qui l'accompagnent ¹». Notons que Georget utilise la notion esquirolienne de « secousse morale ²» présente dès sa thèse de médecine. En outre, dans cette forme, précise l'auteur, « l'invasion de la maladie est subite et il ne doit s'élever aucun doute sur l'ordre de développement et la cause prochaine des désordres qu'on observe ³». Il s'agit, en termes plus actuels, de la forme dite brutale de l'entrée dans la psychose se caractérisant par l'absence de la période d'incubation. Georget poursuit : « D'autrefois, et c'est le plus souvent ainsi que cela arrive, les causes agissent plus lentement, ont besoin de répéter plusieurs fois leur action ; le délire ne s'établit que peu-à-peu, existe déjà quand on s'en doute même pas ⁴». Il s'agit de la forme lente qui « est précédée d'une période d'incubation ; période qu'on a jusqu'à présent à peine distinguée ⁵». Georget ajoute que « dans cette période *insidieuse*⁶ de la folie, inappréciée de toutes les personnes qui entourent le malade, les fonctions intellectuelles, les premières atteintes par la cause, commencent aussi à se déranger. L'intelligence s'affaiblit, des idées nouvelles se développent, des penchans, des passions s'exaltent ou changent de direction. Quelquefois et par instans, il survient des absences d'esprit plus ou moins complètes, pendant lesquelles les malades ne pensent à rien, ou bien ont les idées tellement embrouillées qu'ils ne peuvent y mettre de l'ordre ⁷». Sans doute, Georget est-il le premier à avoir introduit ce terme afin de spécifier une incubation *insidieuse*, terme dont l'on sait la diffusion qu'il connaîtra dans le champ psychiatrique.

Ainsi, Georget affirme qu'il existe une certaine variabilité dans l'étendue temporelle de cette période d'incubation « qui peut durer des jours, des mois, et même plus d'une année » au cours de laquelle » le cerveau « ne présente pas seulement des lésions intellectuelles ; le

¹. *Ibid.*, p. 86.

². Esquirol E. *Des Passions...* [1805], *op. cit.*, p. 28.

³. Georget E. *De la folie*, *op. cit.*, p. 86.

⁴. *Ibid.*, p. 86.

⁵. *Idem.*

⁶. Souligné par nous.

⁷. *Ibid.*, p. 89.

cerveau offre encore d'autres dérangements, et comme cet organe ne peut pas être long-temps malade sans que les autres ne s'en ressentent, plusieurs fonctions finissent par se déranger. Le sommeil [...] finit par se perdre : il survient des maux de tête ; les malades disent que le sang leur monte à la tête ; ils se plaignent de chaleur incommode dans cette partie. Les fonctions digestives s'altèrent...¹». Dans tous les cas, assènt Georget, les troubles cérébraux « se développent toujours les premiers ; quelques-uns devancent souvent de plusieurs mois, de quelques années, l'invasion du délire ; tels sont l'insomnie, les céphalgies²» Examinons à présent cette dimension temporelle.

4. Temporalité et primauté des troubles cérébraux

S'il reconduit la théorie des passions, Georget en diffère cependant, en concevant que celles-ci « agissent directement sur le cerveau³» et non plus sur le siège épigastrique comme chez Pinel et Esquirol, de sorte que la folie est directement imputable « à l'altération des fonctions de l'organe encéphalique.⁴». Il délaisse ainsi la perspective organo-psychogénétique de la folie des fondateurs pour lui attribuer des origines uniquement psychogénétiques au sens de cérébrales. Par conséquent, les premiers troubles sont des troubles dits cérébraux : « il est bien certain que les désordres cérébraux se manifestent toujours les premiers, et sont aussi les plus importants ou même souvent les seuls existants⁵». Il réaffirme cela en des termes similaires : « les symptômes cérébraux peuvent exister seuls ; il n'est pas rare de voir des aliénés qui n'ont jamais éprouvé de dérangements sensibles dans les autres fonctions. Dans tous les cas, ils se développent toujours les premiers ; quelques uns même devancent souvent de plusieurs mois, de quelques années, l'invasion du délire ; tels sont l'insomnie, les céphalgies⁶». Si l'on retrouve ici la notion de symptômes ou signes précurseurs présente déjà chez Pinel, Georget avance qu'ils relèvent des troubles cérébraux. Dès lors, « les symptômes qui se manifestent dans les autres organes sont toujours consécutifs, sympathiques⁷».

¹. *Ibid.*, p. 90.

². *Ibid.*, p. 31.

³. *Ibid.*, p. 30.

⁴. *Ibid.*, p. 35.

⁵. *Ibid.*, p. 29.

⁶. *Ibid.*, p. 31.

⁷. *Idem.*

Sont dits cérébraux les troubles dont la source de production est le cerveau. A partir du texte de Georget, on peut dresser une liste des troubles cérébraux : le délire, l'insomnie, les céphalgies [principalement les maux de têtes], les lésions de la sensibilité cérébrale ou animale [par exemple, la pesanteur et la chaleur de la tête], les lésions de la contractibilité musculaire, les lésions des enveloppes extérieures du cerveau [la congestion de la face]. Il convient d'ajouter l'érotomanie, la nymphomanie, l'ambition exaltée¹. Georget évoque aussi les hallucinations tout en soulignant la « conviction si intime ²» de l'halluciné. On pourrait dire que pour Georget si l'on reprend les termes de Lacan l'aliéné croit à ses hallucinations et les croit³.

Il ressort de cela que Georget place ces troubles sur un continuum et un plan égalitaire alors qu'ils nous apparaissent pour le moins hétérogènes entre eux. Dans ce sens, l'aspect composite apparaît inévitablement quand on considère que la coloration du crâne y est incluse au même titre que le délire. Les manifestations et altérations des facultés intellectuelles sont multiples et combinées à l'infini, les troubles de l'intelligence, des facultés de l'entendement mais aussi les troubles de la perception et le délire qui est un trouble cérébral parmi tant d'autres selon Georget. En définitive, bien que « les symptômes cérébraux peuvent exister seuls ; il n'est pas rare de voir des aliénés qui n'ont jamais éprouvé de dérangements sensibles dans les autres fonctions. ⁴» Ainsi les facultés affectives peuvent être perturbées lors des débuts de la folie : « Les penchans, les sentimens ou les facultés affectives, présentent presque constamment des désordres ; souvent même dès le début de la maladie, ils en deviennent les premiers indices ⁵». Georget donne comme exemple l'indifférence reprenant là Esquirol, symptôme dont l'on sait quelle place la psychiatrie moderne et contemporaine lui décernera dans la description de l'entrée dans la schizophrénie.

5. Les débuts de la folie : un temps commun aux formes du délire

Selon Georget, les phases d'incubation et d'invasion du délire sont toujours les mêmes, de sorte que « les désordres des fonctions cérébrales [y] prédominent essentiellement

¹. *Ibid.*, p. 39.

². *Ibid.*, p. 40.

³. *Ibid.*, p. 38.

⁴. *Ibid.*, p. 31.

⁵. *Ibid.*, p. 38.

et constamment¹», et ce quelque soit la forme du futur délire. Partant, cette conception implique l'existence d'un tronc commun antécédent le délire qui n'acquerra sa spécificité que dans un second temps². C'est à la fin de la période d'invasion, qui succède à celle de l'incubation, que l'aliénation est dite déclarée et dès lors « les symptômes tant essentiels que sympathiques, vont paraître dans toute leur intensité, le délire jusqu'ici sans caractère spécial, va revêtir l'une des formes que nous lui avons reconnus précédemment. La période d'excitation commence.³». On peut dès lors, reconnaître en Georget, l'instigateur de cette perspective syndromique impliquant un tronc commun à tous les délires, et que la psychiatrie post-moderne s'appropriera sous les espèces du *premier épisode psychotique* où se distingue notamment la notion contemporaine de *psychose naissante* d'Henri Grivois.

I-5. J.-J Moreau de Tours (1804-1884) : l'excitation maniaque

Assurément, J.-J Moreau de Tours⁴ occupe une place majeure dans l'histoire du discours psychiatrique, Henri Ey lui conférant même celle d'un « Maître incontesté et incontestable de la psychiatrie moderne⁵ ». Cette déférence a une origine doctrinale. Moreau de Tours fut l'« un des premiers à soutenir un organicisme intégral⁶ » à la suite de la découverte de L.-A Bayle tout en soutenant néanmoins un certain spiritualisme, synthèse faisant de lui, d'après Ey un « pionnier de cette conception organo-dynamique de la Psychiatrie⁷ » promue par lui-même au XX^{ème} siècle. Son mode d'investigation et sa démarche scientifique « pour pénétrer plus avant dans la maladie naissante⁸ » participent vraisemblablement à sa singularité, étant à la fois l'expérimentateur et son propre objet d'expérimentation et d'observation. C'est dans ce cadre expérimental que Moreau de Tours

¹. *Ibid.*, p. 92.

². En réalité dans un troisième temps si l'on se réfère aux quatre étapes définies par Georget.

³. *Ibid.*, p. 93

⁴. En réalité son patronyme est Moreau. Il est dit *de Tours* eu égard à sa ville de naissance, Montresor en Indre et Loire, pour le distinguer de son confrère homonyme que l'on appelle alors Moreau de la Sarthe.

⁵. Ey Henri. *Préface*. In Moreau de Tours J. *Du haschich et de l'aliénation mentale. Etudes psychologiques*, Paris, Fortin, Masson et Cie, 1845. Reprint en fac-similé avec une Préface G. Ferdière et H. Ey, Paris, Société d'édition médico-psychologique, coll. « Esquirol », 1970.

⁶. Bercherie P. *Les fondements de la clinique* [2004], *op. cit.*, p. 45.

⁷ Ey H. *Préface*, *op. cit.* On ne manquera de remarquer la similarité des formulations entre Moreau de Tours parlant de « trouble organo-psychique » [p. 391] ou de « trouble psycho-organique » [p. 403] et la doctrine de l'*organo-dynamisme* élaborée par H. Ey. La pagination correspond pour ces deux citations à l'édition de la coll. « Analectes ».

⁸. Moreau de Tours J.-J. *Du haschich et de l'aliénation mentale. Etudes psychologiques* [1845], *op. cit.* Repris in coll. « Analectes », I et II, Théraplix, 1970, p 101.

analyse et montre que les premiers troubles générés par la consommation de haschich tendent à être identiques avec ceux de la première phase ou « état aigu ¹ » de l'aliénation mentale définie comme un rêve sans sommeil. Appréhendé comme *faits psychiques*, il les regroupe sous le syntagme *d'excitation maniaque*, au sens d'« état crépusculaire ou primordial ² », qui apparaît comme une séquence inaugurale commune à toute aliénation mentale déclarée où la perplexité du sujet occupe une place importante. Ce faisant, il reproduit le *geste* de Georget qui avant lui, en 1820 comme nous l'avons vu, avait circonscrit les manifestations psychopathologiques primitives de la folie en les regroupant dans une séquence unique et valable pour toutes les espèces de l'aliénation mentale. Il promeut ainsi la tradition aliéniste d'un tronc commun ou séquence psychotique inaugurale avec laquelle renoue la contemporaine psychose naissante d'Henri Grivois que nous examinerons plus avant.

1. De l'excitation maniaque aux idées fixes

1-1. *L'excitation maniaque comme état primordial du délire*

En 1845, Moreau de Tours publie son étude majeure³ des effets du haschich sur la vie mentale du sujet, prolongée d'une analyse comparative de ses effets avec le délire partiel. Elles lui ont permis d'avancer deux propositions, seule la première nous intéressant pour notre recherche : « 1°- Toute forme, tout accident du délire ou de la folie proprement dite, idées fixes, hallucinations, irréversibilité des impressions, etc., etc., tirent leur origine d'une modification intellectuelle primitive, toujours identique à elle-même, qui est évidemment la condition essentielle de leur existence. C'est l'excitation maniaque. Nous usons de cette expression uniquement pour nous conformer au langage reçu, car, autrement, elle est loin de rendre fidèlement notre pensée. Comment désigner avec justesse cet état simple et complexe, tout ensemble, de vague, d'incertitude, d'oscillation et de mobilité des idées qui se traduit souvent par une profonde incohérence ? C'est une désagrégation, une véritable dissolution du composé intellectuel qu'on nomme facultés morales ; car on sent, dans cet état, qu'il se passe dans l'esprit quelque chose d'analogue à ce qui arrive lorsqu'un corps quelconque subit

¹. Moreau de Tours J.-J « De l'identité de l'état de rêve et de la folie », in *Annales médico-psychologiques*, 3^{ième} série, vol 1, 1855, p. 361-408, p. 403.

². Moreau de Tours J.-J. *Du haschich et de l'aliénation mentale. Etudes psychologiques*, Paris, Fortin, Masson et Cie, 1845. Repris in coll. « Analectes », *op. cit.*, p. 227.

³. Dédiée à son maître Esquirol. D'après Moreau de Tours, Esquirol avait désigné cette excitation maniaque d'état cataleptique. In *Du haschich et de l'aliénation mentale* [1845]. Repris in coll. « Analectes », *op. cit.* p. 105.

l'action dissolvante d'un autre corps. Le résultat est le même dans l'ordre spirituel et dans l'ordre matériel : la séparation, l'isolement des idées et des molécules dont l'union formait un tout harmonieux et complet. ¹» De sorte qu'il préférerait l'appeler « volontiers une dissolution, une désagrégation moléculaire de l'intelligence ²» ou « dissociation des idées ³» dont les termes, spécialement celui de dissociation, seront promis à un bel avenir dans le lexique psychiatrique notamment chez Janet, Freud et Bleuler⁴.

Fondamentalement, dans l'excitation maniaque initiale de l'aliénation mentale, il s'agit d'un « état d'excitation générale des facultés intellectuelles » c'est à dire d'une « agitation confuse, rapide des idées, cette espèce de mouvement oscillatoire de l'action nerveuse, qui caractérisent le fait psychologique que nous avons nommé : fait primordial. ⁵» Soulignant la similarité des états de rêve et hallucinatoire, Moreau de Tours estime que « c'est toujours le même relâchement des liens intellectuels, la même désagrégation des idées qui, de plus en plus vagues, disparates, s'associent d'une manière bizarre, modifient les convictions, les affections, les instincts, laissent, pour ainsi dire, le champ libre aux impulsions les plus diverses. ⁶» Si quelques auteurs anciens avaient déjà souligné l'analogie entre rêve et folie, Moreau de Tours soutient qu'existe entre les deux un rapport « d'identité psychique [...] et en aucune manière d'identité physiologique ⁷» ce que souligne Henri Ey : « Pour Moreau de Tours, le délire en tant que modèle de la maladie mentale est identique au rêve, car il est comme celui-ci secondaire à une désorganisation de l'être psychique qu'il appelait l'état primordial ⁸».

En consacrant « l'excitation maniaque comme « fait primitif générateur de tous les phénomènes du délire ⁹», il systématise à toute espèce de délire partiel, le temps inaugural d'excitation ou de « désordre maniaque¹⁰ ». Avant que ne s'établissent les idées fixes, précède

¹. *Ibid.*, p. 35-36.

². *Ibid.*, p. 98.

³. *Ibid.*, p. 226.

⁴. Cf. Bottéro A. « Une histoire de la dissociation schizophrénique », in *L'Évolution psychiatrique*, 66, 2001, p. 43-60. Hulak F. « La dissociation, de la séjonction à la division du sujet », in *L'Information psychiatrique*, 65, 2000, p. 19-30.

⁵. Moreau de Tours. *J Du haschich et de l'aliénation mentale* [1845]. Repris in coll « Analectes », *op. cit.*, p. 100.

⁶. *Ibid.*, p. 225.

⁷. Moreau de Tours J. « De l'identité de l'état de rêve et de la folie », *op. cit.*, p. 364. Il ajoutera en 1855, à la suite de Virey, un troisième phénomène au binôme rêve et délire, celui de l'extase, p. 382.

⁸. Ey H. *Préface*, *op. cit.*

⁹. Moreau de Tours J. *Du haschich et de l'aliénation mentale* [1845]. Repris in coll « Analectes », *op. cit.*, p. 98.

¹⁰. *Ibid.*, p. 102.

le « moment des incertitudes, de l'irrésolution, de l'anxiété, de la mobilité extrême des pensées, en un mot ; c'est encore de l'excitation, moins intense si l'on veut, et, que l'on ne passe l'expression [...] c'est toujours le même phénomène psychologique, c'est le fait primordial ¹».

En 1855, il reprend cette chronologie ainsi : « On distingue deux phases, deux périodes dans le trouble psycho-organique, que l'on nomme folie, aliénation mentale. L'une comprend ce que l'on est convenu d'appeler l'état aigu : c'est le mal à son début, ce sont ses premières manifestations, ou si l'on veut ses prodromes ; l'autre, l'état chronique : c'est le mal arrivé et resté à tel degré d'accroissement. ²» Entre temps, surgissent et s'imposent les idées fixes.

1-2. Les idées fixes

Les idées fixes équivalent d'après Moreau de Tours aux convictions délirantes³ qui émergent dans un second temps, postérieures aux premières manifestations de l'excitation maniaque. En voici la définition qu'il propose : « A nos yeux, quelque simple qu'on la suppose, de quelques apparences de raison qu'elle s'enveloppe, l'idée fixe ne peut être que le résultat d'une modification profonde, radicale, de l'intelligence, d'un bouleversement général de nos facultés. Elle est l'indice d'une transformation totale de l'être pensant, du moins dans les limites d'une certaine série d'idées. On l'a quelques fois [...] confondue avec l'erreur. C'est une faute contre les notions psychologiques. Un fou ne se trompe pas. ⁴» Moreau de Tours semble avoir été parmi les premiers avec J.-P Falret à caractériser l'entrée dans la psychose comme un bouleversement subjectif de grande ampleur dont les signes cliniques ne seraient que l'indice et selon la bipartition formelle traditionnelle : « soit d'une manière instantanée et qui tient de la commotion électrique, soit d'une manière lente et graduée. ⁵» A cet égard, remarquons que pour Moreau de Tours, ces deux formes n'ont d'autre distinction que formelle, étant donné qu'elles génèrent un même et unique bouleversement ou discontinuité subjective qui ne varie que par la rapidité de son efficacité. Et non par son degré

¹. *Ibid.*, p. 103.

². Moreau de Tours J.-J. « De l'identité de l'état de rêve et de la folie », *op. cit.*, p. 403. Moreau de Tours note comme ses devanciers que « de ces deux phases, la première, ou bien a complètement échappé à l'observation, ou bien si par exception fort rare, elle a été entrevue, elle n'a point fixé l'attention ; on a passé outre, comme à propos de faits exceptionnels qui n'éveillent aucune idée, d'autre sentiment que celui de la curiosité », p. 403-404.

³. *Ibid.*, p. 121.

⁴. *Ibid.*, p. 123.

⁵. *Ibid.*, p. 392.

dans la mesure où il caractérise la conviction délirante « comme une véritable transformation du moi ¹ » ou « métamorphose de l'individualité ² ». En outre, il se distingue très nettement de certains de ces devanciers en estimant que l'idée fixe appelée également conviction délirante n'est aucunement une erreur. Il se départit ici de la tradition aliéniste de l'erreur de jugement qui avait cours jusque là.

2. Schéma explicatif et causalité de l'aliénation mentale chez Moreau de Tours

En apparence Moreau de Tours semble reconduire le schéma explicatif de la folie déclarée des fondateurs aliénistes, celui-ci impliquant une prédisposition qu'elle soit héréditaire ou acquise et une cause actuelle : « quand on songe à la multitude de causes qui peuvent produire l'excitation ; quand on connaît bien toute l'importance et pour ainsi dire l'immense valeur étiologique des prédispositions héréditaires ou acquises ; quand on sait que chez les individus prédisposés il suffit d'une préoccupation un peu vive, d'une impression brusque et inattendue, d'une légère émotion, d'un dérangement quelconque des fonctions, d'un peu de retard dans une évacuation habituelle [il est impossible, dans la plupart des cas, d'assigner d'autres causes que celles-ci à la folie la mieux déclarée], etc., pour développer l'excitation ³ » Cependant dans ce schéma à double causalité, il estime à la différence des aliénistes que la nature morale des causes morbides compte peu, seuls comptant leurs effets : « Selon nous, les causes morales qui se montrent si fréquentes dans le développement de la folie n'ont, la plupart du temps, qu'une valeur pour ainsi dire *occasionnelle* ; je veux dire qu'elles ne renferment pas en elles-mêmes la puissance nécessaire pour engendrer le mal de toutes pièces. » En outre, il confère la primauté à la causalité organique estimant qu'« il y a presque toujours prédisposition organique plus ou moins prononcée, patente ; aussi voit-on les causes morales les plus insignifiantes, véritablement sans aucune efficacité réelle, déterminer l'explosion des plus violents désordres. ⁴ ». Aussi, considère-t-il « de quelque cause que provienne cette lésion [primordiale], on ne saurait méconnaître ses caractères purement organiques.[...] qui ne verrait dans cette désassociation rapide ou lente des idées, cette véritable dissolution de la pensée, des phénomènes liés essentiellement à un trouble organique

¹. Moreau de Tours J.-J. « De l'identité de l'état de rêve et de la folie », *op. cit.*, p. 385.

². *Ibid.*, p. 389.

³. *Ibid.*, p. 146.

⁴. *Ibid.*, p. 398-399.

quelconque ? ¹». Dès lors chez des sujets organiquement prédisposés, ces causes morbides occasionnelles, « physiques ou morales [...] ont pour résultat immédiat d'ébranler d'une manière plus ou moins brusque les facultés intellectuelles en exagérant leur action, autrement dit, en les surexcitant ²». Mais comment opère cette excitation des facultés intellectuelles et dans quelle mesure implique-t-elle une prédisposition organique ? Moreau de Tours n'a pas rejoint les tenants, écrit-il, « de je ne sais quel *dynamisme* moral ³» qui postulent une lésion des fonctions indépendante d'une lésion physiques des organes. Il n'a pas rejoint les tenants d'une lésion de l'organe cerveau, partisans des « lésions physiques » soutenant : « point de trouble fonctionnel sans lésion des organes chargés de ces fonctions ⁴» Bien que quelques unes de ses formulations puissent laisser supposer qu'il soutienne le débat que l'on pourrait traduire par l'opposition organogénèse – psychogénèse, Moreau de Tours propose une solution mixant les deux : *le physiologique* ou organo-dynamisme selon Henri Ey : « Oui, incontestablement, des modifications [nous n'osons nous servir du terme de lésion] existent dans l'organe chargé des fonctions intellectuelles, mais ces modifications ne sont pas ce que l'on veut qu'elles soient [...] Ce n'est pas dans telle ou telle disposition particulière, anormale, des diverses parties de l'organe de la pensée, disposition moléculaire, fixe, dont la texture de l'organe se trouverait altérée, qu'il faut les chercher, mais dans une altération de la sensibilité, c'est à dire l'action irrégulière, exaltée, diminuée, pervertie, de ces propriétés spéciales, d'où dépend l'accomplissement des fonctions intellectuelles. Nous disions toute à l'heure quelle part la circulation paraissait avoir dans ces anomalies. C'est la seule modification, le seul dérangement d'organe qu'il convient d'admettre ⁵». La thèse de Moreau de Tours ne postule pas une lésion physique de l'organe cérébral [thèse de l'organogénèse promue par l'anatomo-pathologie] mais une modification des propriétés du cerveau, propriétés nécessaires à son bon fonctionnement sachant que, précise-t-il, « cette modification d'organes dont nous faisons dépendre tous les désordres intellectuels, cette modification n'étant elle-même qu'un effet ⁶». Une perturbation de la circulation sanguine dans le cerveau serait génératrice d'une lésion des fonctions, produisant des modifications des propriétés nécessaires au bon fonctionnement du cerveau : « Lésion fonctionnelle [...] liée essentiellement à une modification toute matérielle et moléculaire, quoique insaisissable comme le sont, par exemple, les changements qui interviennent dans l'intime texture d'une

¹. *Ibid.*, p. 392.

². *Ibid.*, p. 100.

³. *Ibid.*, p. 397.

⁴. *Ibid.*, p. 395-396.

⁵. *Ibid.*, p. 397.

⁶. *Ibid.*, p. 398.

corde à laquelle on imprime des mouvements vibratoires d'intensité variable.¹» Il me semble que l'on peut dire qu'il s'agit d'une modification physiologique du cerveau ou « modification psycho-cérébrale [...] de l'organe intellectuel²» générée par des troubles de la circulation sanguine cérébrale engendrant une « action physiologique ³» sur celui-ci par l'intermédiaire du changement de certaines de ses propriétés : « Lorsque l'excitation se fait sentir, que l'on entend dans sa tête ce bruissement ou mieux ce bouillonnement qui coïncide avec les désordres de l'esprit, on ne saurait se défendre de rattacher tous ces phénomènes au trouble survenu dans la circulation. En outre, nous ne devons pas oublier que dans toutes les circonstances où nous avons vu se produire le fait primordial, il s'est rencontré des indices à peu près certains de quelque désordre dans le cours du sang, par suite de raptus congestif, de coups ou de chutes sur la tête, d'hémorragies, d'évacuations sanguines habituelles supprimées, de l'action de certains excitants nerveux tels que les alcooliques, le chanvre indien, l'opium, et en général tous les narcotiques ou bien sous l'influence de causes morales, influence qui, comme on sait, se révèle si énergiquement, par l'accélération ou le ralentissement des battements de cœur, par des frissons, des chaleurs vers la tête, des éblouissements, des étourdissements, des défaillances, etc.⁴».

Pour sa part, J. Postel estime que Moreau de Tours aurait ramené « l'indistinction ⁵» entre les deux champs psychiatriques et neuropsychiatriques, si l'on nous permet cet anachronisme, prônant un « organicisme neuropsychiatrique ⁶». En prenant argument des résultats de ses propres expériences sur les effets psychiques du haschich mais surtout en systématisant la découverte de Bayle sur l'origine organique de la paralysie générale, il tira « abusivement [En 1855] toutes les conséquences de la confusion entre trouble mental et trouble neurologique ⁷». Il faut dire que L.-A. Balye lui-même s'était départi de sa prudence initiale en faisant de sa découverte le paradigme pathogénique psychiatrique.

¹. *Ibid.*, p. 398.

². *Ibid.*, p. 392.

³. *Ibid.*, p. 400.

⁴. *Ibid.*, p. 394-395.

⁵. Postel J. « Georget et Bayle : deux destins contraires », in *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 221-248, p. 229. A l'encontre de la séparation réitérée par Georget.

⁶. *Ibid.*, p. 230.

⁷. *Ibid.*, p. 246.

II. La psychiatrie classique : le paradigme des maladies mentales

Il est désormais bien établi qu'un des fondements de la naissance de la psychiatrie moderne française et même occidentale consistait dans une conception unitaire de l'aliénation mentale distribuée en quatre espèces cliniques. La refonte d'une telle nosologie nécessitait la remise en cause radicale de ce fondement. A l'unique aliénation mentale sera opposée la pluralité des maladies mentales dont Jean-Pierre Falret fut l'un des plus farouches partisans et promoteurs. Dans ce contexte intellectuel positiviste, l'étude de l'apparition de l'aliénation mentale sera délaissée au profit d'études plus fines centrées sur des entités morbides autonomes et leurs évolutions respectives par phases dont la phase d'incubation. Il est commun d'attribuer à l'allemand W. Griesinger¹ et au français Charles Lasègue la priorité d'une telle démarche. A cet égard, l'isolement et l'analyse psychopathologique par Lasègue du délire des persécutions est exemplaire inaugurant alors les recherches sur les délires chroniques.

II-1. Charles Lasègue (1816-1883) : le délire de persécutions

L'un des plus opposants les plus célèbres et obstinés, avec Baillarger, à l'effacement de la séparation entre neuropsychiatrie et psychiatrie², Charles Lasègue, publie en 1852 son célèbre et décisif article « Du délire de persécutions ³» auquel il n'est excessif d'attribuer une place majeure dans l'histoire du savoir psychiatrique, et, partant, dans la genèse du paradigme des maladies mentales⁴. Remettant en cause la validité du paradigme de l'aliénation mentale, dans la mesure où « sous ce titre commun d'aliénation, les formes pathologiques les plus dissemblables se trouvent réunies, sinon confondues dans une unité trompeuse ⁵», Lasègue promeut la pluralité des « modes d'aliénation ⁶» dont fait partie le délire des persécutions.

¹. Griesinger W. *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, trad de l'allemand sous les yeux de l'auteur par le D^r Doumic, Paris, Adrien Delahaye, 2^{ème} éd, 1865. Il était Professeur de pathologie interne, de clinique médicale et de clinique psychiatrique à l'université de Zurich.

². Postel J. « Georget et Bayle : deux destins contraires », *op. cit.*, p. 230.

³. Lasègue Charles. « Du délire de persécutions », *op. cit.*.

⁴. Ainsi que l'a soutenu Georges Lantéri-Laura in *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, *op cit.*

⁵. Lasègue C. « Du délire de persécutions », *op. cit.*, p. 29.

⁶. *Ibid.*, p. 25.

Il décrit pour la première fois sa découverte, le délire de persécutions qui ne s'est « jamais présenté à mon observation chez des individus âgés de moins de vingt-huit ans ¹», précise-t-il, en le délimitant grâce à la prédominance de l'idée de persécution. Il apparaît donc comme l'article inaugural au cours duquel Lasègue a été le premier à « détaché le grand groupe des persécutés, des mélancoliques d'Esquirol, pour en faire un type distinct, ayant des caractères particuliers ²» ainsi que le nota Jules Falret. Lasègue a été, grâce au tableau clinique présenté, un des initiateurs de l'étude de la maladie mentale à partir d'une position globalisante. Toutefois, en exposant ce délire dans sa marche propre à partir de phases spécifiques, Lasègue s'inscrivait dans la droite ligne des pères fondateurs tout du moins dans leur état d'esprit dans la mesure où ils échouèrent sensiblement en réalité à décrire la pleine évolution d'espèces abordées comme des syndromes. Ce faisant, il écarte de cette nouvelle entité clinique les délires symptomatiques où apparaissent incidemment l'idée de persécution également très labile au demeurant dans ce type de délire.

Ainsi, Lasègue réitère le geste inouï de l'un des plus brillants élèves de la seconde génération d'aliénistes, Etienne-Jean Georget, qui avait séparé très nettement, comme nous l'avons déjà mentionné, le champ de la psychiatrie et celui de la neuropsychiatrie attribuant à chacun son objet respectif. En outre, Lasègue émet une thèse novatrice sur la causalité délirante ou enchaînement causal délirant, conférant au passage de la première à la deuxième période une dimension plus logique au sens de logique raisonnée que naturelle. Mieux encore, cet enchaînement causal de la phase d'incubation à la phase délirante relève d'un saut conceptuel bien différent d'une simple référence à une supposée marche naturelle de la maladie. Il est même décisif en ce sens qu'il introduit un nouveau type d'expérience de la folie que l'on pourrait qualifier de psychologique au sens de psychologie de la conscience et des facultés. De sorte qu'il semble que nous lui devons la première hypothèse psychologique articulant les phénomènes psychotiques inauguraux et le délire proprement dit.

1. Première période : un malaise indéfinissable

En divisant en trois périodes bien distinctes le délire de persécutions correspondantes respectivement aux « prodromes » à propos desquels il constate que « les malades habitués à

¹. *Ibid.*, p. 39.

². Falret Jules. « Variétés cliniques du délire de persécution », séance du 1er juin 1896, in *Annales médico-psychologiques*, 81^{ème} série, tome 4, 1896, p. 90-98, p. 91. Magnan avait déjà attribué à Lasègue ce mérite lors de la séance du 26 mars 1888 à la Société médico-psychologique, « Du délire chronique [suite] » in *Annales médico-psychologiques*, 7^{ème} série, T.VII, mai 1888, p. 470.

l'observation d'eux-mêmes expriment souvent, par des comparaisons frappantes, la singulière impression que causent les prodromes. ¹», - à la « floraison » du délire - et enfin aux « périodes terminales », Lasègue se situe en légataire des fondateurs et par conséquent dans une filiation avec la médecine antique. En établissant une perspective diachronique du délire de persécutions c'est à dire chronique au sens moderne du terme, Lasègue a également investi la dimension synchronique corrélant la première à la seconde. De la sorte, recueillir les tout premiers symptômes du futur persécuté revêt une importance majeure.

Tout d'abord, Charles Lasègue souligne qu'il « est hors de doute que l'aliéné éprouve d'abord un malaise indéfinissable mais qui ne ressemble en rien à l'inquiétude la plus vive dont se plaignent les gens en santé ²». S'il estime qu'« au début, les types de folie ne sont pas mieux caractérisées que ceux des autres maladies ³» c'est que « l'aliéné est dans un état de malaise intellectuel non encore localisé qui répond au frisson et à la fièvre.⁴». Toutefois, l'auteur introduit d'emblée une distinction entre l'éprouvé de l'aliéné à l'orée de sa psychose et celui de l'homme sain aux premiers troubles de la maladie, une inquiétude vive. Ce faisant, il associe le malaise de l'aliéné à des « émotions personnelles » : « Qu'on s'arrête un moment sur le mode par lequel s'engendre le délire, et on saisira plus aisément sa nature. Les faits qui pour l'aliéné constituent le point de départ n'ont qu'une valeur relative ; ce ne sont ni grandes perturbations ni de profondes douleurs [...] : il s'agit d'émotions personnelles, et le plus souvent d'une complète insignifiance [...] : un meuble dérangé, une insomnie, un repas d'une saveur désagréable, un propos assez inoffensif, toutes choses qui, dans une autre disposition d'esprit, passeraient inaperçues. Il en est pour continuer la comparaison, de ces idées comme du frisson qui précède la fièvre... ⁵». Ainsi Lasègue utilise le modèle de la fièvre. Pour lui, les émotions personnelles afférentes au modèle idiopathique ont la même fonction à l'égard du délire que le frisson à l'égard de la fièvre dans le modèle symptomatique.

Par ailleurs, ces émotions doivent être référées à une certaine prédisposition d'esprit du sujet de sorte qu'elles ne sont aucunement assignables à une tendance naturelle. Ce que confirme ses propos : « Il y a là [...] autre chose que l'exagération d'une tendance naturelle. Les esprits craintifs ne sont pas les plus prédisposés ; c'est un élément pathologique nouveau introduit dans l'organisme moral. S'il est vrai que le délire ait ainsi son origine dans les

¹. Lasègue C. « Du délire de persécutions », *op. cit.*, p. 33.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 32.

⁴. *Idem.*

⁵. *Ibid.*, p. 34.

émotions toutes personnelles ¹» Cet élément pathologique nouveau semble devoir être situé à l'origine de l'ensemble des délires de persécutions selon Lasègue. Equivalant à la sensation maladie ou tout aussi bien aux impressions morbides, cet élément, est-il l'ancêtre ou plutôt une préfiguration du phénomène élémentaire clérambaltien. Mais encore cet élément pathologique introduit dans l'organisme moral serait-il un équivalent de l'agent irritatif de Broussais ?

Reprenant la clinique esquirolienne de l'hallucination, Lasègue considère que l'hallucination n'est pas inhérente à la symptomatologie des débuts de la psychose : « Tantôt elle [l'hallucination] se manifeste dès le début, tantôt elle ne survient qu'après une longue persistance de l'illusion ²». Dès lors, on conçoit bien les raisons pour lesquelles « l'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée ni l'antécédent nécessaire du délire des persécutions mais elle est la seule qui soit compatible avec lui ³».

2. Deuxième période : la persécution

Selon Lasègue, « c'est après un certain temps de préoccupation et de résistance que l'aliéné cherche à remonter à la cause de ses souffrances, et passe ainsi de la première période à la seconde. La transition se fait alors par un raisonnement toujours le même ⁴» c'est à dire que « peu à peu on formule des accusations qui se traduisent par des signes dont lui seul perçoit la signification ⁵». Cette déduction raisonnante repose sur l'extériorisation par l'aliéné de l'origine des causes de sa souffrance : l'ennemi. Dès lors, cette localisation intervient secondairement au malaise indéfinissable étant entendu que ce qui est primaire c'est « la sensation maladie ; elle seule le préoccupe, elle seule le pousse à la recherche des causes [...] ⁶». Lasègue introduit de la sorte la dimension causale dans l'évolution du délire si bien que le délire se rapporte à une opération secondaire : « La croyance à une persécution n'est donc que secondaire ; elle est provoquée par le besoin de donner une explication à des impressions morbides probablement communes à tous les malades, et que tous rapportent à la même cause...⁷». Dans la continuité, Lasègue apporte quelques précisions concernant le

¹. *Idem.*

². *Ibid.*, p. 37.

³. *Ibid.*, p. 37-38.

⁴. *Ibid.*, p. 33.

⁵. *Ibid.*, p. 37. Est-ce là une préfiguration de ce que Sérieux et Capgras traduiront par *signification personnelle* ?

⁶. *Ibid.*, p. 34.

⁷. *Ibid.*, p. 35.

besoin d'explication de l'aliéné, il écrit : « cependant, à la longue, et pour les besoins de la défense, il [l'aliéné] finit par se fixer tant bien que mal. La raison pour laquelle il se décide, il la puise encore, comme toute l'œuvre de son délire, dans la nature des impressions qu'il a ressenti [...]. Par là il comble le vide, et il établit à l'aide des pouvoirs occultes qu'il se représente vaguement, une sorte de transition plausible entre l'imaginaire et le réel. ¹».

Soulignons que Charles Lasègue évoque les *besoins de la défense* en tant que la croyance de l'aliéné à une persécution *comble le vide*, et, ce faisant, acquiert le statut de défense contre le vide de signification du moins le supposons-nous. Lasègue n'explicitant pas ce vide, nous émettons l'hypothèse, au regard de ses propos, que le vide dont il s'agit concerne la signification au sens d'un vide de signification.

En tout état de cause, l'élucidation par Lasègue du délire de persécution l'induit à postuler une origine basale à ce délire. Toutefois son développement assure sa disparition ainsi que Lasègue le note : « A la fin [...] disparaît l'élément essentiel et primitif ²». Il ressort également de cette étude que Lasègue insère le passage de l'entrée dans la psychose au délire dans une temporalité linéaire mais déterminée soumise aux aléas de la construction d'un délire par le sujet qui n'est pas, rappelons-le, « la conséquence d'une forme de caractère ³». Ou mieux, pour Lasègue, l'évolution de la psychose est subordonnée au principe temporel d'un raisonnement : « la transition se fait par un raisonnement toujours le même... ⁴». Il ne faudrait pas pour autant en déduire que cette évolution soit systématique de la première à la dernière phase, Lasègue observant qu'« un certain nombre de malades ne va pas au-delà ⁵» de la « limite des sensations vraies, sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes ⁶».

¹. *Idem.*

². *Ibid.*, p. 32.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 37.

⁵. *Idem.*

⁶. *Idem.*

II-2. Jean-Pierre Falret dit Falret père (1794-1870) : Délires et métamorphose du sujet

Interne de Pinel et élève d'Esquirol, Jean-Pierre Falret fut non seulement le disciple mais aussi le critique des fondateurs de la psychiatrie française moderne, n'ayant de « cesse de prophétiser une restructuration complète du champ de la psychiatrie. ¹» Dans ce sens, il faut le considérer comme le promoteur de « l'ère de la grande psychiatrie classique ²» caractérisée par « le souci d'isoler les causes, de préciser l'évolution et de prévenir une maladie assimilée à une lésion du corps, soit à une dégénérescence du type primitif de l'humanité. ³» Fin connaisseur des travaux et de la méthodologie de l'Ecole de Paris « qui avec, Corvisart, Bouillaud, Laënnec, Louis et quelques autres, va fonder cette sémiologie médicale active –inspecter, palper, percuter, ausculter et ponctionner ⁴», et contemporain de Claude Bernard⁵, il s'attaqua frontalement et sans retenue au paradigme unitaire de l'aliénation mentale afin de promouvoir une pluralité des entités morbides ou maladies naturelles. A cet égard, son article « De la non-existence de la monomanie ⁶» peut être conçu comme le manifeste inaugural d'un mouvement contestataire, animé par un certain *esprit scientifique* affilié au positivisme alors naissant, et dirigé à l'encontre des fondateurs et de leur paradigme. C'est dans ce contexte fructueux de débat sur la doctrine des monomanies, où il fut l'un des principaux contradicteurs, que J.-P Falret élaborait ses thèses sur l'apparition de la folie permettant ainsi « d'établir une ligne de démarcation précise entre la raison et la folie ⁷»

Jean-Pierre Falret distingue classiquement trois périodes dans la marche de la maladie, respectivement une période d'incubation, une période d'invasion et enfin une période de démence ou de guérison. Depuis l'apparition des premiers « prodromes de la maladie ⁸», celle-ci « poursuit son évolution, et le moment vient où le délire éclate au grand

¹. Bercherie Paul. *Les fondements de la psychiatrie* [2004], *op. cit.*, p. 62.

². *Ibid.*, p. 63.

³. Hochmann Jacques. *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004, p. 3.

⁴. Lantéri-Laura G. *Préface* in Falret Jean-Pierre. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales* [1864], Sciences en situation, 1994, p. 5.

⁵. Promoteur d'une médecine expérimentale et même active. Cf Pommier Gérard. *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion, 2004, p. 327-328.

⁶. Falret Jean-Pierre. « De la non-existence de la monomanie », *Archives générales de médecine*, Série 5, n°4, 1854, p. 148-164. Repris in *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés...op. cit.*, p. 425-448.

⁷. *Ibid.*, p. 445.

⁸. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 77.

jour ¹». De sorte que, laisser à sa propre marche, la maladie paraît irréversible. En outre, argumentant résolument en défaveur de la doctrine de la monomanie, Falret récuse « la fragmentation de nos facultés » au profit d'une vision d'ensemble de l'humain dans la mesure où « tout se tient et s'enchaîne dans l'action des facultés de l'homme ²». De sorte que si ces diverses facultés ne sont que « des aspects divers d'un même principe, indivisible dans son unité ³» alors l'apparition de l'aliénation mentale introduit une « métamorphose » profonde de l'aliéné, synonyme alors d'une discontinuité dans l'expérience vécue du sujet. Thèse de la *métamorphose du sujet* que Moreau de Tours reprendra l'année suivante⁴.

Enfin, nous montrerons toute l'importance accordée par Falret à la dimension causale, celui-ci invitant à prendre en considération « les dispositions générales de l'esprit, d'où naissent les idées dominantes, qui pourraient ne pas produire, la maladie restant la même ⁵». Il émet de fortes réserves sur les observations focalisées sur les « phénomènes secondaires ⁶» à savoir « le délire prédominant ⁷». Il préconise vivement de fixer son « attention sur le fond de la maladie, sur l'ensemble des symptômes physiques et moraux ⁸», fond « sur lequel germent et se développent les idées ou sentiments prédominants, qui n'en sont que le relief. ⁹»

1. La marche de la maladie

1-1. La période d'incubation du délire

Si « la folie est rare avant la puberté ¹⁰» et « la vieillesse y est moins sujette », en revanche elle survient électivement « dans la jeunesse, et plus généralement dans l'âge mûr », note J.-P Falret. Ce faisant, il ne se démarque nullement de ses devanciers, assénant même qu'« il est peu de maladies qui aient une incubation plus *insidieuse* et plus lente que l'aliénation mentale, ... ¹¹», qui, de ce fait, est souvent « méconnue. ¹». Ou pour le dire

¹. *Ibid.*, p. 77-78.

². Falret J.-P. « De la non-existence de la monomanie » [1854], *op. cit.*, p. 432.

³. *Idem.*

⁴. Cf, *supra.*, p. 57.

⁵. *Ibid.*, p. 445.

⁶. *Idem.*

⁷. *Idem.*

⁸. *Idem.*

⁹. *Ibid.*, p. 436.

¹⁰. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 63.

¹¹. *Ibid.*, p. 37-38. Le terme d'*insidieuse* est souligné par nous.

autrement, « la folie se développe graduellement, le germe en est un lentement fécondé...²» Aussi, il considère qu'« hors les cas d'une forte prédisposition et d'une cause occasionnelle violente », « rarement l'aliénation mentale fait une soudaine invasion³», et dans ces circonstances exceptionnelles [...] elle est comparable à l'éclat et à la rapidité d'un incendie⁴». Classiquement, Falret reconnaît que le tableau clinique de l'entrée dans la maladie mentale se rapporte, quoi que de façon inégale dans leur fréquence, mais attestée par les observations, à deux formes résolument distinctes.

Dans la grande majorité des cas, selon Falret père, l'apparition de la pathologie mentale se produit sous une forme lente où se distingue une période d'incubation inaugurale présentée en ces termes : « Les malades se trouvent d'abord, et souvent pendant longtemps, dans un état de trouble général indéterminé. Ils flottent hésitants au milieu d'idées variées, appelées d'abord puis perpétuées par ces dispositions générales de l'esprit et du cœur, qui leur ont donné naissance, et qui contribuent à en favoriser le développement. C'est la première période [période d'élaboration ou d'incubation du délire], pendant laquelle il existe un trouble vague et général des facultés intellectuelles et affectives, qui ne s'est pas encore formulé ou incarné de quelques séries d'idées déterminées.⁵» Au cours de cette période, « il est très fréquent, note-t-il, que quelques souffrances physiques se joignent au trouble naissant du moral⁶» dont les linéaments incubatoires n'ont pas encore introduit le sujet dans une expérience de discontinuité. « A la période d'incubation des maladies mentales, le moral étant dans un état intermédiaire entre le plus haut degré de la passion et la folie confirmée⁷».

Falret reprend, dans ce sens, les symptômes physiques traditionnellement repérés, les insomnies qui « sont forts ordinaires dès le commencement de la folie⁸», « les céphalalgies [...], la fréquence et la vivacité des rêves, sont les phénomènes physiques les plus saillants⁹». En outre, il décrit « des signes avant-coureurs de cette grave maladie [qui] sont souvent méconnus » les qualifiant même de « germes du mal ». Il désigne ainsi « des phénomènes insolites », « des bizarreries transitoires d'humeur » ou bien encore des « erreurs ou [...]

¹. *Ibid.*, p. 37.

². *Ibid.*, p. 38.

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. Falret J.-P. « Introduction » [1863], in *Des maladies mentales* ..., *op. cit.*, p. 19.

⁶. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », Leçons faites à l'Hospice de la Salpêtrière 1850-1851, Neuvième leçon, « Marche des maladies mentales », in *Des maladies mentales* ..., *op. cit.*, p. 312.

⁷. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 75.

⁸ *Ibid.*, p. 97.

⁹. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 312.

vices naissants, ou bien de prodromes ¹». Dans ce sens, Falret souligne que « les changements de conduite, observables dans l'incubation des maladies mentales, sont infinis [...]. Les malades montrent pour leurs occupations familières, pour les soins et les attentions de famille, pour les usages et les devoirs sociaux, une négligence ou un zèle inaccoutumés. ²» Néanmoins, ces signes sont « trop souvent équivoques jusqu'au moment où le délire a éclaté ³»

Dans le procès de cette période première, J.-P Falret introduit une temporalité relative à l'apparition des troubles. Tout d'abord, il repère un *trouble général vague* où les premiers signes ou « premiers phénomènes de l'incubation de la folie » à se manifester concernent le moral et le physique auxquels succèdent une perturbation conjointe de l'intelligence et du moral : « caractérisée par des symptômes physiques et par des symptômes moraux [qui] donne naissance à une perturbation générale de l'intelligence et du moral ⁴» considérée comme « le premier phénomène des maladies mentales, partielles ou générales, véritable stade mélancolique de Joseph Guislain, et qui précède plus ou moins la production du délire. ⁵» A cet égard, la perspective différentielle et temporelle introduite par J.-P Falret parmi les symptômes observés au début de ces affections mérite d'être soulignée d'autant qu'elle corrobore la thèse d'un stade mélancolique : « Toutes les folies débutent-elles par un stade mélancolique, comme l'a dit Guislain, et comme d'autres auteurs l'ont affirmé après lui ? [...] Veut-on dire par là qu'il existe souvent, au début de la folie, et même des folies agitées, un état général de tristesse et de prostration ? L'observation, selon nous, confirme cette manière de voir. Prétend-on au contraire, que toutes les maladies mentales débutent par une aliénation partielle mélancolique ? Cette assertion nous paraît erronée. Loin d'être une aliénation partielle, le stade mélancolique, lorsqu'il existe, est un véritable état général du trouble, de confusion de l'intelligence et de l'abattement du moral. Nous pensons, en effet, que la plupart des aliénations commencent par un état plus ou moins général de perturbation des facultés intellectuelles et affectives ; c'est sur ce fond maladif initial de l'intelligence de la sensibilité, que germent et se développent soit l'excitation de la manie, soit les idées prédominantes du délire partiel, qui se produisent lentement et progressivement. ⁶» Clairement, se manifestent primitivement des troubles des sentiments dits affectifs puis des

1. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales », *op. cit.*, p. 72-73.

2. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 309-310.

3. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales », *op. cit.*, p. 77.

4. Falret J.-P. « Introduction » [1863], *op. cit.*, p. 38.

5. *Idem.*

6. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 316.

troubles des idées dits intellectuels : « Viennent ensuite certaines manifestations de l'intelligence, mais au second rang seulement ; car l'aliénation mentale a bien plus souvent origine dans les sentiments que dans les idées, dans la partie affective que dans la partie intellectuelle de notre nature. ¹» De sorte que « ce temps d'incubation se trahit par des manifestations pour la plupart très équivoques, et souvent semblables à celles qu'on observe chez des individus qui ne sont nullement sur la pente de la folie. ²». La ligne de démarcation évoquée par Falret n'intervient pas avec le temps d'incubation mais doit être localisée entre celui-ci et la phase d'invasion. Dès lors, il y a tout lieu de penser que la perturbation générale ou primordiale définie par Falret père soit indispensable à la floraison des conceptions délirantes dans la mesure où « d'abord vagues et indéterminées, elles sont appelées, puis entretenues par ce terrain maladif, et ne se développent qu'à la condition de tomber sur un sol favorable ; autrement, elles périssent et meurent. ³ ».

Jean-Pierre Falret renverse les préceptes méthodologiques et même épistémologiques de l'époque héritée des fondateurs, en refusant d'appréhender le psychopathologique par le biais du normal, ce qui conduit inévitablement à les considérer respectivement comme les deux extrémités d'un même axe. En se désolidarisant de cette perspective graduelle dans le champ de la psychiatrie, Falret innove, et ce faisant, devient l'instigateur d'une clinique de la discontinuité dans le champ des maladies mentales. Ainsi qu'il l'écrit lui-même, « les gens du monde, les philosophes, et même la plupart des médecins, en se fondant sur la connaissance de l'homme normal, sont portés à ne voir dans la folie que l'exagération ou le degré extrême de dispositions affectives et intellectuelles préexistantes chez l'individu. De tout temps, on a cherché à suivre, dans l'évolution de la folie, ce développement graduel, que l'on avait admis à priori en prenant pour base les lois physiologiques. C'est par suite de cette direction que l'on a proclamé l'existence d'un délire borné à un seul objet, ou à une seule série d'idées, d'une aliénation qui consisterait uniquement dans une idée délirante, implantée au milieu d'une intelligence saine, ou dans une passion, arrivée à son apogée d'intensité. ⁴» Bien au contraire, Jean-Pierre Falret envisage cette incubation comme un temps de « métamorphose » du sujet.

¹. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales », *op. cit.*, p. 36.

². Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 308.

³. Falret J.-P. « Introduction », *op. cit.*, p. 38.

⁴. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 314.

1-2. La période d'état dite d'invasion du délire

Pour Falret père, « l'invasion de la folie, qui succède à l'incubation, est marquée par l'apparition de délire ¹ ». Dès lors, l'aliénation mentale est confirmée par « le cachet du délire ² ». Cette période intervient lentement en ce sens que « peu à peu, par suite du *travail prolongé de l'esprit sur lui-même*, le malade sort de la confusion des premières périodes. Il adopte alors certaines conceptions délirantes, qui deviennent l'objet principal de ces préoccupations, il se livre à une l'élaboration continue et persévérante de son délire, qui se prolonge souvent pendant plusieurs années, et qui aboutit en définitive à la période de systématisation des idées délirantes. ³ » Mais avant que le délire ne se systématisé, l'apparition de ces « symptômes multiples, d'une date récente et tout à fait insolites, établissent une ligne de démarcation tranchée entre la santé et la maladie, et marquent réellement l'invasion de la folie. Tant qu'ils ne se sont pas manifestés, tant qu'on ne constate pas chez l'individu soumis à l'examen qu'une préoccupation ou une passion exclusives, on peut certainement voir dans ces faits l'indice de la prédisposition ou même de l'incubation de la folie ; mais on ne peut attester l'existence de cette affection ⁴ » si bien que la simultanéité de « l'apparition de ces symptômes multiples [...] est nécessaire pour caractériser la folie confirmée. ⁵ » Ce faisant, Falret père postule que « les pensées mères ⁶ » opèrent « une limite entre l'incubation et l'invasion des maladies mentales. ⁷ » Bien qu'elle soit franchie par le délirant « à la période qui nous occupe [période d'invasion], l'individu ne déraisonne pas encore d'une manière manifeste à tous les yeux. Quoiqu'il soit très difficile de fixer son attention, à cause de ses distractions continuelles ou de ses préoccupations obstinées, il est capable de suivre la conversation et de répondre avec justesse aux questions qu'on lui adresse. Les anomalies qui frappent le plus en lui sont un flux intarissable de paroles, la mobilité, l'exaltation de ses idées, la vivacité des intonations de sa voix, la facilité et la fréquence de ses emportements, ou bien un silence opiniâtre qui exprime la contrainte, la défiance ou le désespoir. Joignez à ces phénomènes une foule d'oublis et d'inconséquences, des témoignages déplacés d'affection,

¹. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 49.

². *Idem.*

³. Falret J.-P. « Introduction » [1863], *op. cit.*, p. 19

⁴. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 315.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 323. Sans doute doivent-elles être rapprochées des « idées-mères » antérieurement postulées par Esquirol dans sa thèse inaugurale. In. *Des passions considérées comme causes, symptômes, et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, *op. cit.*, p. 79. Cf. *infra.*, p. 288.

et précèdent-elles celles de Clérambault que nous verrons par la suite.

⁷. *Ibid.*, p. 316.

d'indifférence ou de haine, ou bien une profonde impassibilité. ¹» Du point de vue du sujet, « il est rare qu'avant l'explosion de la folie les malades eux-mêmes n'aient pas conscience du désordre moral qui fait des progrès et menace leur raison d'une éclipse prochaine. Cette lutte est d'abord intérieure ; mais plus tard, plusieurs d'entre eux ne craignent pas d'avouer qu'il se passe dans leur tête quelque chose d'étrange [...] S'il en est qui tombent dans l'abîme sans l'avoir aperçu et sans avoir reculé d'épouvante, d'autres...²».

Il importe de souligner d'une part que Falret décrit qu'à cette période, le délirant présente « des désordres de langage ³» et que d'autre part qu'il considère qu'à « à ces phénomènes psychiques de la période d'invasion de la folie, viennent presque toujours se joindre quelques symptômes physiques. ⁴»

1-3. *La période de chronicité*

Enfin « à cette période d'état des maladies mentales, succède la période ultime, ou période de chronicité, que nous avons caractérisée en disant que le délire devenait stéréotypé, c'est-à-dire revêt une forme tellement immuable, que l'aliéné n'y ajoute plus aucun détail nouveau, et se borne à le répéter au tout venant, dans les mêmes termes, et avec les mêmes expressions. ⁵».

2. La dimension causale

En 1843, Jean-Pierre Falret est partisan de la thèse de « la prédisposition à l'aliénation mentale ⁶» repérable à des signes particuliers. Dans cet article, il discerne trois types de causes de l'aliénation mentale, les « causes prochaines », les « causes prédisposantes » et enfin les « causes occasionnelles ⁷». Car, écrit-il plus tard, « ce n'est presque jamais l'action d'une seule cause qui engendre la folie ; sans parler de l'influence si considérable des causes prédisposantes, son apparition doit être rapportée presque toujours à un concours simultané de

¹ *Ibid.*, p. 312.

² *Ibid.*, p. 313.

³ Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 50.

⁴ Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 317.

⁵ Falret J.-P. « Introduction » [1863], *op. cit.*, p. 19.

⁶ Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 34.

⁷ *Idem.*

plusieurs causes physiques et morales ¹» : la prédisposition ou cause organique primitive, les causes occasionnelles qui sont électivement des causes morales et la disposition ou *aptitude à délirer*.

Une des conséquences capitales du renversement méthodologique opéré par Falret, réside dans la prévalence qu'il accorde à la dimension causale de la folie, et à son repérage. Aussi, note-t-il, « dans l'*étiologie* et la *pathogénie*, au lieu de rechercher une filiation naturelle des symptômes dans le passage de la raison à la folie, on tiendra compte du concours d'action des causes, ainsi que de l'élément morbide, qui modifie puissamment la relation étroite qu'on cherche en vain à établir entre la cause et les symptômes de la maladie. On pourra bien encore étudier, comme objet scientifique digne d'intérêt, cette succession de circonstances qui coopèrent au développement de la folie ²». Partant, ayant élevé cette dimension au rang *d'objet scientifique*, Falret se livre à son examen. Dans cette perspective, il constate qu'en « remontant avec soin et intelligence aux époques qui ont précédées l'invasion de l'aliénation mentale, il est fort ordinaire de trouver quelque circonstance saillante qui marque l'origine de ce grand malheur. Cette cause, dite occasionnelle ou déterminante, est tantôt de l'ordre moral et tantôt de l'ordre physique ; parfois elles se compliquent, et plusieurs causes appréciables ont concouru à ce triste résultat. ³» Non seulement, Falret corrèle l'invasion de la folie à une cause, mais il souligne qu'elle a pu être déterminée conjointement par plusieurs causes⁴.

2-1. Causes et typologie des modes d'apparition

En 1843, J.-P Falret reconduit la typologie dualiste traditionnelle des modes d'apparition de la folie. D'une part ainsi que nous l'avons vu il y a la forme lente inaugurée par une phase d'incubation. D'autre part « quand elle [la folie] naît rapidement de causes morales ou physiques dont l'action a été violente et soudaine, et qui n'auront pas de continuité. Telle est la folie déterminée par une forte émotion, par une passion subite, par quelque fièvre aiguë, par les suites de couches, par la grossesse, par la suppression des

¹. Falret J.-P. « De la non-existence de la monomanie » [1854], *op. cit.*, p. 443.

². *Ibid.*, p. 444.

³. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 64.

⁴. La thèse des causes conjointes est sans doute prévalente dès cette époque dans l'appréhension des faits psychopathologiques. Quelques décennies plus tard, on la trouve dans les linéaments freudiens sous les espèces de la *surdétermination* in Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie* [1895], Paris, PUF, 1956, p. 211.

menstrues etc. ; dans ces circonstances, elle guérit vite et souvent. ¹» Falret semble décrire sous les espèces de la forme rapide à la fois une forme de folie sans phase d'incubation [au sens de délire chronique] et une préfiguration du délire d'emblée de Magnan appelée aussi bouffée délirante aiguë.

2-2. *Le schéma causal*

Reconduisant le schéma des fondateurs, Falret père considère qu'il « faut l'action d'une cause physique ou morale, et le plus souvent le concours de plusieurs causes, pour transformer la simple prédisposition en une véritable affection mentale, en un mot, pour que la période de prédisposition soit remplacée par la période d'incubation. ²». Opérant comme un véritable révélateur, cette cause est désignée comme cause occasionnelle. Là aussi conformément à la doctrine des fondateurs, Falret admet comme « un fait parfaitement établi, [...] que la folie est plus souvent engendrée par des causes morales que des causes physiques³». Il l'envisage indépendante de la thématique du délire développé ultérieurement.

2-3. *La cause première : la prédisposition*

Dans les linéaments de ses recherches, Falret considère qu'en ce qui concerne « la modification organique essentielle, ou cause prochaine de l'aliénation mentale, on a fait de vains efforts [...] il nous semble que c'est entrer dans une fausse voie que de chercher une lésion cérébrale unique dans la folie. Elle peut résulter de causes organiques diverses... ⁴». Puis, révisant ses positions, et dans la continuité des fondateurs, Falret rapporte la prédisposition à la folie à deux types de causes, soit héritée, soit acquise. Toutefois, « parmi les causes prédisposantes de la folie, nous devons placer en première ligne l'hérédité » mais « la prédisposition à la folie naît aussi d'une éducation vicieuse, les individus dont on a négligé de former le caractère ; qu'on a laissé sans principes moraux et religieux, sont certainement plus exposés à la folie que ceux qui jouissent de ces précieux avantages ⁵» reconduisant ainsi l'enseignement de Pinel et d'Esquirol. De plus, poursuit-il, « le tempérament nerveux et les professions qui favorisent son développement comme celles qui ont pour objet les beaux-arts, les lettres, les sciences doivent également figurer parmi les

¹. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 69.

². Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 307.

³. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 62.

⁴. *Ibid.*, p. 61.

⁵. *Ibid.*, p. 63.

causes prédisposantes ¹», reprenant là Pinel et Esquirol. Falret signale qu'à Paris et à Londres on compte plus de femmes que d'hommes au contraire de l'Italie ou de la Grèce : « Nous croyons que l'état des mœurs, la débauche, la cohabitation sans mariage, suivie d'abandon, de misère, de honte, de jalousie, enfin la condition à la fois perverse et malheureuse d'un grand nombre de femmes à Londres et à Paris, expliquent cette prédominance de leur sexe parmi les aliénés de ces deux grandes cités ²»

Dans l' « Introduction » [1863] qu'il donne à son ouvrage, Jean-Pierre Falret est on ne peut plus clair sur la bipartition entre la lésion organique primitive des maladies mentales et le développement du délire selon des lois spécifiques : « Selon nous, la modification organique primitive, inconnue dans son essence mais saisissable dans ses effets, véritable cause des maladies mentales, donne lieu d'abord à ce que nous nommons l'aptitude à délirer. Mais le délire, ainsi produit dans son ensemble, se développe ensuite d'après des lois qui lui sont propres... ³». Autrement dit, « nous admettons une base organique quelconque, comme base indispensable de toutes les folies [...] cette lésion organique primitive, appréciable ou non, ne rend compte que de la disposition générale à délirer et non de la variété infinie des délires... ⁴». Aussi, il doit être tenu pour partisan sinon instigateur de la thèse de la disposition organique à la folie où le schéma de Falret d'enchaînement causal de la maladie implique au titre de condition nécessaire un « sol morbide primitif » sur lequel « les conceptions délirantes germent et se développent successivement. ⁵». Intéressons-nous maintenant à cette aptitude à délirer.

2-4. *Le fond de la maladie : disposition générale ou aptitude à délirer*

Falret père dénombre trois erreurs sur lesquelles repose la doctrine de la monomanie. Il estime que la deuxième correspond à une erreur méthodologique de la part des observateurs qui se sont fixés abusivement sur « les idées saillantes ⁶» et « n'ont pas remarqué l'ensemble des phénomènes morbides, l'état général du malade, ce que nous appelons le fond de la maladie, sur lequel germent et se développent les idées ou les sentiments prédominants,

¹. *Idem.*

². *Idem.*

³. Falret J.-P. « Introduction » [1863], *op. cit.*, p. 12-13.

⁴ *Ibid.*, p. 13.

⁵. *Ibid.*, p. 38.

⁶. Falret J.-P. « De la non-existence de la monomanie » [1854], *op. cit.*, p. 436.

qui n'en sont que le relief. ¹» Cette erreur méthodologique provient que ces premiers cliniciens ont réalisé leurs observations « sous la dictée des aliénés. ²». Aussi, les observations sérieuses et dignes d'intérêt doivent faire mention des « dispositions générales de l'esprit, où naissent les idées dominantes ³».

Par *fond de la maladie*, J.-P Falret entend désigner l'état mental, le trouble général dans lequel se trouve l'aliéné lors de l'invasion de la maladie. Ce trouble est secondaire, c'est-à-dire déterminé, par une cause. Il est revenu à Falret d'avoir rassemblé et unifié sous la notion de *fond de la maladie*, ce qui était cliniquement attesté par les fondateurs, sous les espèces de l'inquiétude, de la perplexité, des angoisses notait déjà Pinel. Foncièrement nouveaux, les signes cliniques liés à l'apparition de la folie, et regroupés sous cette locution, induisent une discontinuité dans tous les cas. S'il concède qu'une réelle continuité entre le normal et le psychopathologique peut présider le cas échéant au développement de la folie, telle que promue par la doctrine des monomanies, ce n'est que pour mieux la récuser, au nom précisément de sa notion de *fond de la maladie* : « La folie présente, il est vrai, deux modes principaux de développements ; tantôt elle se produit, comme tout autre affection, sous l'influence de causes qui lui sont propres, et n'a aucune relation avec les dispositions antérieures auxquelles les phénomènes morbides viennent en quelque sorte se surajouter. Tantôt aussi, il faut le reconnaître, on peut constater une véritable filiation entre le caractère normal de l'individu, la nature de la cause et les symptômes de la maladie, qui peuvent être regardés comme une simple exagération des dispositions natives. Mais dans ces cas mêmes [...] la folie loin de consister uniquement dans le degré extrême d'idées ou de sentiments antérieurs, se caractérise précisément par l'apparition de phénomènes nouveaux, qui constituent le véritable fond de la maladie, tandis que l'idée ou la passion prédominantes n'en sont que le relief, lorsqu'elles persistent, et souvent même disparaissent à l'invasion de la folie. ⁴».

Reprenant la bipartition des modes de développement de la folie, ou passage de la raison à la folie, Falret soutient qu'au-delà de la continuité superficielle de l'un de ces modes, ce passage provoque inévitablement une métamorphose du sujet. De sorte que si « l'empreinte imposée aux prodromes par la cause principale se perpétue après l'invasion de la maladie ;

¹. *Idem.*

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 445.

⁴. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales », *op. cit.*, p. 314.

mais alors celle-ci, loin de constituer uniquement dans l'idée en rapport avec la cause, se caractérise précisément par la manifestation d'un ensemble de phénomènes nouveaux, dans le physique et le moral, qui déterminent un grand changement dans la personnalité toute entière ». Dans le deuxième mode, « il y a disparition complète des préoccupations antérieures, et transformation de l'individu, à l'invasion de la maladie mentale. Les délires prédominants sont sans rapport aucun avec les idées antérieures ou avec la cause de la maladie, ou bien même, celle-ci opère une métamorphose totale ¹ ». L'auteur prend l'exemple du délire érotique survenant chez des sujets très pieux, ou l'inverse d'ailleurs.

Dans son texte-manifeste, Jean-Pierre Falret récuse l'unité du délire dans l'aliénation mentale en réfutant les « transitions insensibles ² » par lesquelles, on passe de « l'erreur de l'état normal à la monomanie ³ » dans la mesure où « les caractères qui distinguent l'erreur de la monomanie sont difficiles à saisir et insuffisants, puisqu'ils consistent simplement dans l'intensité de l'erreur, le degré de préoccupation et son influence sur la conduite de la vie ⁴ ». De la sorte, Falret s'oppose fermement « à la doctrine de la transformation graduelle et insensible de la passion en monomanie ⁵ ». Ce faisant, il souhaite établir une ligne de démarcation nette et franche entre passion et folie, rompant là avec l'idée d'un continuum. Cette autre erreur de la doctrine de la monomanie consiste, selon Falret, en l'insuffisance et la difficulté à saisir les différences entre erreur et monomanie dans la mesure où la doctrine des monomanies « par transitions on passe de l'état normal à la monomanie ⁶ ». Dans ce sens, il souligne que ces caractères respectifs « consistent simplement dans l'intensité de l'erreur, le degré de préoccupation, et son influence sur la conduite de la vie ⁷ ». Falret récuse donc cette doctrine au nom d'une réelle discontinuité entre le normal et le pathologique : « Ce résultat de l'observation clinique, si contraire aux prévisions de la théorie, est un argument très-puissant à opposer à la doctrine de la transformation graduelle et insensible de la passion en monomanie. ⁸ »

Il convient donc de voir en Falret père l'un des principaux instigateurs de la thèse de la discontinuité de l'entrée dans la psychose qu'il rapporte à une *métamorphose* du sujet.

¹. Falret J.-P. « De la non-existence de la monomanie » [1854], *op. cit.*, p. 442-443.

². *Ibid.*, p. 433.

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. *Ibid.*, p. 432.

⁶. *Ibid.*, p. 433.

⁷. *Idem.*

⁸. *Ibid.*, p. 442.

II-3. Jules Falret dit Falret fils (1824-1902) : le délire de persécution

Légataire doctrinal direct de son père, Jules Falret¹ « resta toute sa vie le plus fidèle propagateur² » et le continuateur de l'œuvre paternelle, encourageant à sa suite à « l'observation clinique³ ». Sa position est claire, le médecin devant laisser la psychologie pour la pathologie : « le médecin doit chercher son critérium, pour le diagnostic de la folie, dans la pathologie et non la psychologie⁴ ». Il incite fortement le médecin à « envisager l'individu lui-même dans son ensemble, dans sa constitution physique et morale toute entière, dans son passé, son présent et son avenir. Faisons en un mot de l'observation médicale ; comme nous la ferions pour un malade atteint de toute autre affection⁵ ». Il poursuit dans ses conseils : « Etudions cliniquement l'ensemble des phénomènes physiques et moraux qu'a présentés et que présentent encore le malade que nous sommes appelés à juger ; recueillons les témoignages ; recherchons dans son passé, dans son histoire depuis plusieurs années, si nous ne pouvons remonter jusqu'à sa naissance et jusqu'à ses ascendants ; faisons-nous rendre compte de ce qu'il a dit et fait longtemps avant le moment où nous avons à l'apprécier ; interrogeons-le lui-même, faisons-le interroger par d'autres personnes dans le moment présent, et à l'aide de tous ces renseignements anciens ; faisons, en un mot, de l'observation complète [...] comparons ensuite cet individu avec lui-même, avec ce qu'il était à d'autres périodes de son existence⁶ ».

Reprenant les positions de son père dans le débat sur la doctrine des monomanies, Jules Falret désire ardemment « séparer cliniquement⁷ » les troubles mentaux les plus divers mis « sous les noms de folie morale, de folie raisonnante, de folie lucide, de folie instinctive ou de folie des actes⁸ », afin de « les classer en un certain nombre de groupes distincts susceptible d'une description scientifique⁹ ». Son désir de les ranger « dans une classification vraiment naturelle¹⁰ » apparaît comme une résurgence du naturalisme du XVIII^e siècle lorsque l'idéal de

1. Dit aussi Falret fils étant justement le fils J.-P Falret.

2. Bercherie Paul. *Les fondements de la clinique* [2004], *op. cit.*, p. 68.

3. Falret Jules. « Folie raisonnante ou folie morale », Discours prononcé à la Société médico-psychologique lors de la séance du 8 janvier 1866, in *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, J.-B Baillièrre et fils, 1890, p. 475-525, p. 483.

4. *Idem.*

5. *Ibid.*, p. 486.

6. *Idem.*

7. *Ibid.*, p. 489.

8. *Idem.*

9. *Idem.*

10. *Ibid.*, p. 490.

la médecine était la méthode naturaliste et botaniste particulièrement. Dans ce sens, il s'avère particulièrement opportun de rappeler qu'il a pu écrire à ce sujet : « il n'y a de science réelle en médecine, comme dans toutes les sciences naturelles, qu'à la condition de connaître les lois qui président à la succession ou à l'évolution des divers phénomènes, lois générales applicables à tous les cas analogues, ou, du moins, au plus grand nombre d'entre eux, lois générales qui permettent de prévoir par la connaissance des faits passés ou actuels, la marche ultérieure de ceux qui surviendront dans l'avenir. ¹» Aussi « la méthode clinique ²» développée par les Falret père et fils doit se substituer aux procédés psychologiques, et grâce à laquelle, les faits entreront dans « une voie réellement scientifique ³». C'est dans ce contexte donc, que Jules Falret poursuit la description du délire de persécutions à la suite de Charles Lasègue [1852] et Legrand du Saulle [1871].

1. Le délire de persécution chez les aliénés raisonnants

Jules Falret, dans son intervention du 29 Juillet 1878, intitulée « Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants ⁴» situe le délire de persécution entre la mélancolie et la monomanie, le qualifiant de « mélancolie active ». Lors de la séance du 1^{er} juin 1896 à la Société médico-psychologique, il reconnaîtra à C. Lasègue le mérite d'avoir procédé en premier à la séparation des persécutés des mélancoliques d'Esquirol. Au reste, il soulignera que celui-ci « a surtout étudié la période d'état du délire de persécution, sans chercher à distinguer ses variétés et surtout sans étudier les diverses phases de son évolution. Telle est la première période dans l'histoire de cette forme de maladie mentale qui a été le vrai point de départ de son étude clinique ⁵». Falret estime dans cette séance de juillet 1878 que le délire de persécution « est une maladie constitutionnelle ⁶» pouvant être décrite en quatre phases : la phase d'incubation, la phase hallucinatoire, la phase chronique, le délire de grandeur. Falret en proposant cette formalisation temporelle restitue la dimension évolutive de la maladie à l'intérieur d'un cadre formel, et ce faisant, rompt avec la périodisation traditionnelle tripartite.

¹. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution (suite) », séance du 29 juin 1896, in *Annales médico-psychologiques*, tome 4, 1896, p. 413-436, p. 423.

². Falret J. « Folie raisonnée ou folie morale », *op. cit.*, p. 494.

³. *Idem*.

⁴. Falret J. « Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants », séance du 29 Juillet 1878 de la Société médico-psychologique, in *Annales médico-psychologiques*, 5^{ième} série, tome XX, 1878, p. 396-406.

⁵. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution », *op. cit.*, p. 91.

⁶. Falret J. « Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants », *op. cit.*, p. 397.

1-1. *La phase d'incubation*

Tout d'abord, il s'agit d'un « travail souterrain » de la maladie d'où émergent quelques « interprétations délirantes ». Cette période accompagnée d'illusion mentale caractérise une phase de transition vers la phase hallucinatoire où surgit une tendance à l'hallucination de l'ouïe. Il la désignera « phase d'incubation ou *d'interprétations délirantes*¹ ». « Il y a longtemps que la maladie existe lorsqu'elle est observée pour la première fois. C'est dans cette longue période, pour ainsi dire latente que commencent à se montrer les idées délirantes, qu'on pourrait appeler plutôt des interprétations délirantes² ». Implicitement la formulation de J. Falret induit l'existence d'une temporalité dans l'émergence des interprétations délirantes. Le travail souterrain de la maladie étant nécessaire à cette émergence, nous pouvons supposer qu'il a reconduit la notion de *fond maladif* de son père.

1-2. *La phase hallucinatoire : la phase aiguë*

La deuxième phase dite hallucinatoire ou aiguë pouvait être de longue durée et ouvrir sur une phase de systématisation du délire. Les hallucinations de l'ouïe sont « comme je le crois, ainsi que M Magnan et ses élèves, [...] un signe de la seconde période, se perpétuant et se développant ensuite de plus en plus dans les périodes ultérieures ?³ ».

1-3. *La phase chronique : systématisation du délire*

En effet, à la suite de la phase hallucinatoire s'installe un état chronique avec ses spécificités, d'une part avec l'apparition chez les sujets d'un langage à forme spéciale et d'autre part des dialogues, monologues. Le phénomène d'écho de la pensée semble devoir être, selon Falret, situé comme troisième étape du délire.

1-4. *Le délire de grandeur*

Enfin, note Jules Falret, éclot un délire de grandeur.

¹. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution », *op. cit.*, p. 92. Souligné par nous. D'un point de vue historique, il s'agirait donc là, en 1896, d'une des premières occurrences de cette notion.

². Falret J. « Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants », *op. cit.*, p. 397.

³. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution (suite) », *op. cit.*, p. 413.

2. Une typologie des modes de débuts du délire de persécution : un tripartisme

Trois interventions de Jules Falret centrées sur les variétés du délire de persécution permettent de dégager à la suite de leur auteur une typologie des modes de débuts ou « variétés de début ¹» du délire de persécution. En effet, tout comme ces devanciers, Jules Falret s'interroge sur l'existence de types cliniques d'entrée dans la psychose. Ainsi, de son examen des variétés cliniques du délire des persécutions, Falret aboutira à la tripartition suivante : « Existe-t-il plusieurs modes de début du délire de persécution ? Pour ma part, j'en admetts trois principaux : 1.- Début dès l'enfance, ou à l'âge de la puberté. 2.- Début par l'hypocondrie et les troubles de la sensibilité générale, comme l'admettait Morel. 3.- Début à l'âge adulte ou à l'âge critique, à la suite d'un ictus cérébral, dont on peut souvent déterminer l'époque exacte, comme le croyait Lasègue ²».

J. Falret prétend qu'électivement c'est le premier mode qui est cliniquement prévalent : « Dès cette époque [l'enfance], les persécutés étaient différents de leurs camarades, ne participaient pas aux jeux, n'avaient pas d'amis. Peu à peu leur défiance se développe et ils en arrivent au délire de persécution. Il en est cependant qui y entrent que plus tard à une époque qu'on peut fixer. Il y a eu, comme dit Lasègue, un vertige mental, à partir duquel le délire s'établit ³». A l'appui de sa position, il enjoint le clinicien à rechercher « avec soin, rétrospectivement, les antécédents des persécutés pour savoir comment leur maladie a commencé ». Dès lors « on ne tarde pas à s'apercevoir que le début est très différent selon les cas. D'après mon observation personnelle, le début le plus fréquent de la maladie remonterait à l'époque de l'enfance ou de la puberté ⁴». Sa méthode d'investigation est de questionner « avec attention les malades eux-mêmes, leurs familles ou les personnes qui ont vécu avec eux, on apprend le plus souvent que, dès leur enfance, ces malades ont un caractère sombre, sauvage et défiant.....Ces traits de caractère appartiennent à presque tous les persécutés et s'exagèrent ordinairement, d'une manière très notable, à l'époque de la puberté ⁵». Ces traits ou « altérations du caractère ⁶» sont « le terrain préalable » sur lequel « se forment peu à peu et très lentement les idées de persécution. [...] Tout ce travail psychologique se passe alors

¹. Falret J. « Des questions à mettre à l'étude, relatives au délire de persécution », séance du 31 octobre 1893, in *Annales médico-psychologiques*, tome I, 1893, p. 88-90, p. 88.

². Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution », *op. cit.*, p. 97.

³. *Idem*.

⁴. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution (suite) » [1896], *op. cit.*, p. 424.

⁵. *Ibid.*, p. 425.

⁶. *Idem*.

entièrement dans le for intérieur des malades ¹». Et lorsqu'ils en parlent, « ils avouent alors qu'ils croient que tout le monde leur en veut, qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en ridicule et qu'on cherche à leur nuire [...] C'est là la période d'incubation, d'anxiété ou d'interprétation délirante qui commence, c'est-à-dire la première période de la maladie mentale, qui est habituellement très lente dans son développement et qui passe le plus souvent inaperçue ²». Falret ajoute : « Telle me paraît être le mode le plus habituel de début et de développement du délire de persécution classique à évolution systématique ».

Le second mode de début, bien moins fréquent selon Falret que le premier, et initialement dégagé par Morel, se caractérise par la présence d'idées hypocondriaques : « il y a en effet, quelques persécutés chez lesquels la maladie semble débiter par des phénomènes de nature hypocondriaque ³». Il poursuit : « de simples phénomènes nerveux de nature hypocondriaques transforment ainsi, peu à peu, dans l'esprit des malades, en idées délirantes de persécution qui s'accompagnent plus tard d'hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale ⁴». Chez certains persécutés à début hypocondriaque, les hallucinations de la sensibilité générale servent de base au délire ainsi que l'a postulé Morel rappelle Falret qui reconnaît au premier d'avoir ajouté en 1860 deux faits nouveaux à cette description : « Il a d'abord fait dériver le délire de persécution de l'hypocondrie, ce qui est vrai pour un certain nombre de cas, qui débiterent, en effet, par des symptômes d'hypocondrie et par des troubles de la sensibilité générale ⁵». Mais dans d'autres cas, c'est après ou en même temps que l'hallucination de l'ouïe que paraissent celles de la sensibilité générale. Elles n'arrivent qu'à la période d'état de la maladie ⁶».

Enfin, J. Falret complète ces deux premiers modes par un troisième constitué d'observations de Lasègue et de Magnan. Il s'agit « du début survenant à l'âge adulte ou à l'âge critique ». Il n'est pas inutile de rappeler à cet égard ce que J. Falret a pu écrire à propos des conseils méthodologiques de son maître C. Lasègue : « il me disait souvent qu'en fouillant bien dans le passé des persécutés, en remontant, à l'origine première de leur délire, par l'interrogatoire minutieux d'un malade lui-même ou par les comptes rendus des parents ou des personnes qui avaient vécu avec eux d'une vie intime, on arrivait presque toujours à découvrir dans leur passé un moment précis, une époque bien déterminée et nettement précisée par les

1. *Idem.*

2. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution (suite) », *op. cit.*, p. 425.

3. *Ibid.*, p. 426.

4. *Idem.*

5. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution », *op. cit.*, p. 91- 92.

6. Falret J. « Des questions à mettre à l'étude, relatives au délire des persécutés », *op. cit.*, p. 89.

malades eux-mêmes, où à la suite d'un chagrin violent, d'une maladie grave, ou même d'un traumatisme cérébral, les malades s'étaient sentis subitement comme changés dans leur personnalité tout entière, dans leur caractère, leur humeur ou le cours habituel de leurs idées, pour *entrer* tout à coup comme dans une vie nouvelle, après avoir éprouvé une commotion morale, une confusion générale des idées, un trouble vague de leur intelligence, une sorte de *vertige mental* ou *d'ictus cérébral*¹ plus ou moins subit, à la suite duquel les malades s'étaient trouvés comme totalement transformés. C'était, disait Lasègue, à la suite de cet accident cérébral rapide, dont les malades pouvaient souvent eux-mêmes préciser la date exacte, qu'avait commencé le délire [...] M Magnan admet également que le délire chronique de persécution débute habituellement à l'âge adulte, par une première période d'anxiété vague assez rapide, survenant chez des individus jusque là sains d'esprit, n'ayant présenté auparavant aucun signe spécial de prédisposition, tandis que ceux dont la maladie remonte à l'enfance ou à l'époque de la puberté, appartiennent à la variété des persécutés dégénérés et non à celle des vrais délirants chroniques ²».

Falret conteste la prédominance de ce troisième mode de début du délire de persécution : « je ne crois pas que ce type de début soit le plus fréquent de tous et surtout qu'il survienne tout à coup chez des individus absolument sains d'esprit jusque-là, et sans qu'ils y aient été préparés de longue date, par un état de prédisposition héréditaire antérieure ³». Lasègue tenait-il ce point de vue d'un délire surgissant brutalement chez un sujet sans prédisposition antérieure d'Esquirol qui en a parlé bien avant en terme d'exception ? Il s'en déduit que chez Jules Falret, la prédisposition est une cause foncièrement requise.

¹. Soulignés par nous. Nous n'avons malheureusement pu retrouver ces deux syntagmes chez Lasègue. A moins qu'elles ne soient textuellement attribuables à Jules Falret lui-même ?

². *Ibid.*, p. 427.

³. Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution (suite) », *op. cit.*, p. 428.

II-4. Valentin Magnan (1864-1947) : le délire chronique à évolution systématique

Les deux apports majeurs de Valentin Magnan dans l'étude de la psychose, nommément son délire chronique à évolution systématique et son délire d'emblée¹, se sont durablement imposés dans le savoir psychiatrique. Toutefois, « c'est essentiellement aux travaux qu'il consacre aux folies proprement dites ou psychoses que Magnan doit sa célébrité ²», et dans lesquelles s'inscrit le délire chronique, dernier avatar du délire des persécutions de Lasègue et ses dérivés ajoute Bercherie³. A ce sujet, il convient d'apporter la précision nosologique suivante, à savoir que le groupe des folies proprement dites regroupent la folie des dégénérés et les psychoses non dégénératives « qui se développent chez des individus qui sont, certes, prédisposés mais dont la tare reste latente [sans se manifester par un déséquilibre psychique particulier] et qui ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence. ⁴» De sorte que le délire chronique de Magnan éclôt chez des sujets prédisposés à la psychose non dégénérative.

Après avoir présenté le tableau clinique de ce délire, nous nous intéresserons plus particulièrement à sa première phase dite classiquement d'incubation.

1. Les quatre phases du délire chronique à évolution systématique

Les travaux de Magnan sur le délire chronique s'étalent sur une trentaine d'années, de la fin des années 1880 au début des années 10 du siècle suivant et s'inscrivent pleinement dans le débat qui eut lieu à la Société médico-psychologique entre 1886 et 1888⁵. Afin de présenter ce délire dans sa formalisation la plus aboutie nous allons nous référer de préférence à sa dernière publication, celle qu'il co-signa en 1911 avec Paul Sérieux. Mais avant toute chose, il convient de se souvenir qu'il enseigna dans ses *Leçons cliniques sur les maladies*

¹. Magnan Valentin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, Progrès médical, 2^{ème} éd, 1893. Il est également désigné et plus connue sous les espèces de la bouffée délirante aiguë.

². Bercherie P. *Les fondements de la clinique* [2004], *op. cit.*, p. 104

³. *Ibid.*, p. 105. A noter qu'Esquirol parlait déjà de *délire chronique* en opposition au *délire aigu* sans toutefois qu'il posséda la description clinique que Magnan lui conféra. In *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 315.

⁴. *Ibid.*, p. 104.

⁵. Le prolifique débat sur le délire chronique se déroula, à notre connaissance, sur treize séances à la Société médico-psychologique, le plus souvent sous la Présidence de Magnan. Inauguré lors de la séance du 25 octobre 1886, il prit fin, croyons-nous, lors de la séance du 25 juin 1888.

mentales que « si les délires chroniques présentent, au point de vue des idées, des variétés infinies, on retrouve chez tous des caractères communs fondamentaux qui permettent de ne voir là qu'une seule et même maladie à marche régulière, méthodique, offrant dans son évolution successive les quatre étapes bien tranchées que nous connaissons.¹ ».

Dans leur description du délire chronique à évolution systématique, Magnan et Sérieux isolent quatre étapes successives par lesquelles passe le sujet psychotique. Ils les décrivent ainsi, « il est inquiet à la première période, persécuté à la seconde, ambitieux à la troisième, pour finir par la démence à la quatrième période ² ». Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la première période, on peut lire : « La période d'inquiétude reste souvent méconnue. Péniblement impressionné par le monde extérieur, le malade devient sombre, inquiet. Il ne délire pas encore, mais il s'habitue aux interprétations fausses, aux illusions sensorielles ³ ». A cette première phase succède « un délire de persécution [qui] s'organise, se systématisant progressivement sous l'influence d'hallucinations sensorielles et cénesthésiques et motrices ⁴ ». Il s'agit de la période de persécution à laquelle succède la période de grandeur caractérisée par ces « conceptions ambitieuses ». La marche inexorable de la maladie ne rétrocedant jamais amène inéluctablement le sujet jusqu'à la période de démence.

2. La période dite d'incubation des *Leçons cliniques*

La description de la première période dite d'incubation telle que Magnan l'expose dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales* du début des années 1890 est notablement classique en la matière pourrions-nous dire. En voici une première formulation particulièrement serrée et significative de la temporalité des troubles : « malaise, inquiétude croissante, soupçons, idées vagues de persécution. Illusions et interprétations délirantes. – Enfin apparition de l'hallucination de l'ouïe : le malade entre dans la deuxième période. ⁵ ».

Reprenons de manière plus détaillée cette période qui « ne s'offre pas avec des caractères tranchés ; les malades éprouvent un malaise, un mécontentement qu'ils ne peuvent

¹. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, op. cit., p. 193.

². Magnan Valentin, Sérieux Paul. « Délire chronique », in Marie A. *Traité international de psychologie pathologique*, Paris, Alcan, II, 1911, p. 605-639. Repris in *Les édifices du délire*, Analytica, Paris, Navarin, 37, 1987, p. 11-37, p. 12.

³. *Idem*.

⁴. *Idem*.

⁵. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, op. cit., p. 236.

expliquer ; ils sont soucieux, inquiets, soupçonneux, ils croient remarquer certains changements dans la manière d'être de leur entourage ou même des étrangers. Ils dorment mal, ils ont moins d'appétit, moins d'aptitude pour leurs travaux et leurs affaires. A cette époque là ils pourraient être pris pour des hypocondriaques. ¹» En outre, Magnan note une certaine tristesse chez le sujet lors de cette période². Puis, chemin faisant, peu à peu il semble qu'on les observe, qu'on les regarde de travers, qu'on les désigne et qu'on les méprise ; ils doutent, hésitent, restent flottants au milieu d'idées variées, acceptées d'abord, repoussées ensuite, admises peu à peu et donnant lieu enfin à des interprétations délirantes [...] Les grands événements ne l'émeuvent pas, les troubles politiques le laissent indifférent, les pertes d'argent, les deuils de la famille le touchent peu. Au contraire, des faits insignifiants, mais qui sont en rapport avec ses préoccupations pénibles, qui les justifient, acquièrent une importance extrême et provoquent sa colère. ³». Partant, dans la continuité, « le vague peu à peu s'efface : à l'hésitation, succède la certitude, et, fortifiées par toutes ces preuves, ses convictions deviennent inébranlables. Dans cet état d'esprit, le patient, toujours sur le qui-vive, épie, écoute, surprend, dans une conversation, une phrase qu'il s'attribue ; c'est *l'interprétation délirante*⁴ ; ou se trouve blessé par tel mot insignifiant, mais dont le son présente quelque analogie avec une injure grossière, et qu'il confond avec celle-ci ; c'est l'illusion. Puis l'idée constante d'une persécution, la tension incessante de l'intelligence finissent par éveiller le signe représentatif de la pensée, l'image tonale, c'est-à-dire le mot, l'hallucination auditive se produit. La barrière est alors franchie, et le malade entre dans la seconde période, celle des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et du délire de persécution. ⁵». Il est manifeste que Magnan corrèle le passage de la première à la deuxième phase à l'apparition de l'hallucination de l'ouïe conçue un phénomène limite entre les deux périodes. En outre, il n'est pas inintéressant de le souligner, Magnan la définit comme un « trouble élémentaire. ⁶» Préfigure-t-il le phénomène élémentaire lacanien ? En outre, cette progression du délire s'accompagne de modification dans le registre hallucinatoire en ce sens qu'« au début ce sont de simples chuchotements ; et, plus tard, des paroles prononcées à hautes voix... ⁷» précise Magnan, si bien que « dans quelques cas le malade remarque et raconte avec étonnement que

¹. *Ibid.*, p. 237-238.

². *Ibid.*, p. 264.

³. *Ibid.*, p. 237-238.

⁴. Souligné par nous. Elle se trouve telle quelle chez J. Falret en 1896. Cf. *supra.*, p. 78.

⁵. *Idem.*

⁶. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales, op cit.*, p. 239. Benjamin Ball en 1880 avait déjà évoqué l'existence de *phénomène élémentaire*. Il y a tout lieu de penser que le terme d'*élémentaire* ainsi que sa conception provienne initialement des sciences physiques, chimiques et naturelles et furent importés dans un second temps dans la médecine spéciale. Cf. *infra*, p. 191 et sq.

⁷. *Ibid.*, p. 242.

toutes ses pensées sont répercutées immédiatement comme un écho. ¹» En d'autres mots, et Magnan l'a écrit lui-même : « l'hallucination, en tant que manifestation du délire chronique, suit une marche parallèle aux conceptions délirantes, et, comme celles-ci après avoir présenté à l'origine un caractère pénible, elle affecte plus tard un caractère ambitieux qui se met en harmonie avec les idées expansives du délire. ²»

A présent soulignons la prévalence neurologique accordée par Magnan quant à l'étiologie du délire chronique et à ces phénomènes hallucinatoires et troubles de la pensée : « Quand la maladie progresse, le centre cortical s'émancipe : des mots, des phrases, des monologues se produisent en dehors du courant des idées du sujet, si bien que celui-ci, pensant à autre chose, est interpellé par ses ennemis, il répond, et alors s'établit un dialogue entre le patient, représenté par le lobe frontal, et l'interlocuteur, cantonné dans le centre auditif cortical. C'est un dédoublement de la personnalité. Plus tard encore, l'indépendance des centres corticaux devient plus grande, ils fonctionnent en quelque sorte automatiquement et le sujet assiste, comme un étranger, à des conversations dont il ne se doute pas faire les frais.³»

3. Quelques innovations dans la formulation de 1911.

Quelques années plus tard, Valentin Magnan co-signe avec Paul Sérieux un texte au titre explicite « Le délire chronique ⁴ ». S'ils y reprennent tendanciellement la description princeps de Magnan, ils innovent également en intégrant à cette description la question du début du délire chronique. De sorte qu'ils émettent la thèse que le début du délire participe d'une clinique différentielle des délires. En effet, selon ces auteurs, le type de début du délire permet, dans sa convergence avec d'autres critères, de poser un diagnostic différentiel entre délire chronique et délire de persécution, celui du délire de persécution étant brusque alors que celui du délire chronique est fondamentalement lent. Dès lors, le type de début devient un élément discriminant opératoire dans une clinique différentielle des délires.

¹. *Idem*. On ne peut s'empêcher de rapporter cet écho à l'écho de la pensée clérambaltienne. En est-il une préfiguration ?

². *Ibid.*, p. 245.

³. *Ibid.*, p. 243.

⁴. Magnan V, Sérieux P. « Délire chronique » [1911], *op. cit.*

3-1. Clinique différentielle des débuts du délire

Ainsi le délire chronique apparaît à une époque bien marquée de l'existence : « Contrairement au délire des dégénérés qui peut éclore à tout âge, révélant souvent d'une façon précoce la tare originelle, le délire chronique n'apparaît jamais qu'à l'âge adulte, en générale vers 35 à 45 ans, souvent à la suite de chagrins et de soucis ¹ ». Remarquons d'une part que l'âge de l'éclosion du délire fait fonction de critère différentiel. Et d'autre part, que la dimension affective sinon subjective intervient dans l'éclosion du délire chronique selon les auteurs sous les espèces des causes morales. En outre, « chez le délirant chronique on trouve une longue période d'incubation contrastant elle-même avec l'état mental antérieur du sujet ; le début de la psychose du dégénéré est souvent brusque [délire d'emblée]. Dans le délire d'emblée, rien de la première période par laquelle passe le délirant chronique ² ». On en déduit qu'il y existe une différence entre délire et psychose dans le cas du délire chronique : la psychose débute puis le délire éclos. Ce sont deux temps différents. En revanche, il y a simultanéité dans le cas du délire d'emblée.

3-2. La période d'incubation du délire chronique

Nous intéressant plus précisément à la « période d'incubation ou d'inquiétude ³ », relevons que les auteurs soulignent que : « la psychose débute insidieusement par des troubles de la cénesthésie. Le malade éprouve un malaise général, il devient nerveux, excitable, inquiet, attentifs aux incidents les plus futiles. Il observe dans la manière d'être de son entourage des changements qui le troublent. Préoccupé, il dort mal, perd l'appétit, travaille plus difficilement. A cette période on pourrait le prendre pour un hypocondriaque si, contrairement à celui-ci, il n'avait déjà une tendance à chercher en dehors de lui, dans des influences étrangères, la cause des troubles qu'il éprouve, à attribuer à l'intervention d'autrui les souffrances vagues qu'il endure ⁴ ». Puis « peu à peu, il interprète les moindres gestes des gens, les regards des étrangers [...]. A cette période de la psychose il lui semble qu'on l'observe, il devient méfiant ⁵ ».

Magnan et Sérieux reprennent là certains faits cliniques décrits en 1852 par Lasègue. Une nette progression des troubles dans un sens centripète place le sujet au centre du discours

¹. *Ibid.*, p. 13-14.

². *Ibid.*, p. 31.

³. *Ibid.*, p. 14.

⁴. *Ibid.*, p.14.

⁵. *Ibid.*, p. 14-15.

ambient dont Grivois qualifiera d'expérience de centralité : « Le délirant chronique reste ainsi inquiet, assailli par mille préoccupations tracassières en dehors de quoi il ne s'intéresse plus à rien. Il devient indifférent aux événements politiques, insensible aux peines comme aux joies des siens absorbé [...]. Tout prend pour lui une *signification personnelle* : il saisit des allusions, des insinuations ¹». Il n'est pas inutile de préciser que dans le tableau clinique du délire chronique à évolution systématique, les troubles de la sensibilité générale, également désignés comme troubles sensoriels, « se montrent quelque fois en même temps que les hallucinations de l'ouïe, ils peuvent même les précéder et faire naître les idées de persécution. Ils sont excessivement fréquents ²». De façon générale, ils sont essentiellement présents dans la deuxième période du délire où se trouvent également les hallucinations du sens génital.

Dans la description de 1911, la période d'incubation ou d'inquiétude semble être divisée en sous périodes chronologiquement marquées, allant des troubles de la cénesthésie à l'hallucination de l'ouïe en passant par le couple signification personnelle / certitude, couple qui s'appuie sur deux mécanismes, l'interprétation délirante et l'illusion. Pour les auteurs, l'hallucination de l'ouïe est l'effet d'une trop grande tension de l'esprit du sujet, « enfin l'idée constante d'une persécution, la tension de l'esprit sans cesse aux écoutes, finissent par retentir sur tout le centre cortical auditif ; la pensée seule suffit à éveiller l'image auditive verbale : c'est l'hallucination de l'ouïe. Le malade entre alors dans la seconde période de la psychose ³». En outre, ils notent qu'« une autre particularité importante est l'intégrité de l'état mental antérieur. Nombre d'auteurs admettent une prédisposition spéciale (constitution paranoïaque, Del Greco), caractérisée par une humeur sombre, ombrageuse, des tendances à la misanthropie, à l'orgueil, à la défiance ⁴». S'ils font référence à la théorie constitutionnaliste, rien n'indique clairement qu'ils y adhèrent.

¹. *Ibid.*, p.15.

². Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, *op. cit.*, p. 250.

³. Magnan V, Sérieux P. « Délire chronique » [1911], *op. cit.*, p. 15.

⁴. *Ibid.*, p. 14.

III. La psychiatrie moderne

III-1. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) : deux syndromes et leurs mécaniques

Indiscutablement, l'ancien élève de Magnan, de Chaslin et de Ball¹, occupe une place singulière dans l'histoire de la psychopathologie moderne. Fervent promoteur et contributeur des approches mécaniste et constitutionnaliste qui, pour cette dernière, connue en France un certain essor dans les années 1920-1930 et dont les tenants pour les plus renommés furent Montassut², Georges Génil-Perrin³, Henri Claude, Paul Sérieux et Capgras, Ernest Dupré⁴ et Benjamin Logre, il fut surtout reconnu pour la valeur clinique de son œuvre. En témoigne le titre de « dernier représentant de l'illustre lignée des grands aliénistes ⁵» que lui attribue Jean Garrabé. Et à Lacan de le reconnaître, même s'il n'en n'a pas toujours été ainsi, à la fois comme son « seul maître en psychiatrie ⁶» et comme son « seul maître dans l'observation des malades, après le très subtil et délicieux Trénel que j'eus le tort d'abandonner trop tôt [...] ⁷». Outre Lacan, il compta également parmi ses élèves Georges Heuyer et Pierre Sivadon.

Gaëtan Gatian de Clérambault s'est illustré tout spécialement dans le champ de recherche qui est le nôtre, celui de la clinique de l'entrée dans la psychose. Ses travaux dans ce domaine sont fortement corrélés à sa démarche nosologique visant à l'établissement d'une classification des psychoses soutenue par des tableaux cliniques caractérisés ou syndromes. Schématiquement sa classification, au demeurant assez complexe, est organisée selon une bipolarisation respectivement représentée par les psychoses chroniques à base d'automatisme mental et les psychoses à base de postulat dites passionnelles. Ces deux pôles trouvent leur fondement ou paradigme respectif dans le syndrome d'automatisme mental participant à une clinique différentielle des hallucinations et le syndrome érotomaniac. De fait, ils introduisent une bipartition dans la clinique de l'entrée dans la psychose, forme lente et insidieuse dans la première, brusque dans la seconde.

1. Qu'il considère comme ses « maîtres » à l'exception de Benjamin Ball.

2. Montassut. *La constitution paranoïaque*, Thèse, Paris, 1924.

3. Génil-Perrin Georges. *Les paranoïaques*, Paris, Maloine, 1926.

4. Clérambault exercera de 1905 à 1934 à l'Infirmierie Spéciale du Dépôt. Il succédera à Dupré, en 1919, au poste de médecin-chef jusqu'à son suicide en 1934. Il y rédigea quelques 13 000 certificats.

5. Garrabé Jean. *Préface*, in Clérambault G.G (de). *L'automatisme mental*, éd. Les Laboratoires Delagrave, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1992, p. 9.

6. Lacan J. « De nos antécédents », in *Écrits, op. cit.*, p. 65-72, p. 65.

7. Lacan J. « Propos sur la causalité psychique », in *Écrits, op. cit.*, p. 151-193, p. 168.

1. Les psychoses à base d'automatisme mental : le Dogme

Clérambault estime qu'il initia sa doctrine de l'automatisme mental dès les années 1905-1906¹ et que sa formulation du Triple automatisme datant de 1919², se rattache en partie à l'Ecole de Maignan qu'il considère comme son « illustre Maître ³ ». Enfin, ses ultimes développements sont jalonnés en premier lieu par la formulation du syndrome de Passivité [1925] puis en second lieu par celle du syndrome S [1927]. Tout deux reconduisent en partie les travaux inauguraux sur l'automatisme mental tout en s'en distinguant sensiblement dans la mesure où ils en accentuent certains points dont la solidarité du triple automatisme et la valeur nucléaire du syndrome entendue au sens d'une continuité d'un même processus des troubles inauguraux jusqu'au délire.

La thèse novatrice de Clérambault réside dans la reconnaissance du rôle inaugural du syndrome de l'automatisme mental dont les symptômes, pris isolément, avaient déjà été passablement repérés. Il en est ainsi pour « la prise de la pensée » dont l'œuvre esquirolienne « porte la trace ⁴ », ou les hallucinations psycho-motrices ou bien encore psychiques provenant des travaux de Jules Séglas et de J. Baillarger, Clérambault reconnaissant tendanciellement ses sources contemporaines.

Il importe également de souligner la systématisation de la doctrine de l'automatisme mental procédant dès lors du *dogme*. Si en 1909 Clérambault estime que « dans nombre de délire de persécution, l'automatisme, loin de constituer uniquement un résultat, joue un rôle causal important ⁵ », en 1920, il opère une quasi-systématisation, « l'automatisme mental est un syndrome qui paraît fondamental dans un très grand nombre de psychoses ⁶ ». En 1923, il affirme qu'il « est le noyau commun non pas seulement des Délires de Persécutations Hallucinatoires de tous les Délires hallucinatoires : mystiques, spirites, hypocondriaques, mégalomaniaques. ⁷ ».

¹. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques », [1923], in *Œuvres psychiatriques*, Paris, PUF, 1942. Repris chez Frénésie éditions, 1998, p. 470- 491, p. 491. Il rapporte que ses premiers certificats faisant mention de l'A.M datent de 1905. Parmi ses autres sources, il reconnaît les français J. Baillarger et J. Séglas.

². Clérambault G.G (de). « Définition de l'automatisme mental » [1924], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 492-494, p. 494.

³. *Idem*.

⁴. Ploumarc'h Christian. « Gaëtan Gatian de Clérambault. Des délires passionnels à l'automatisme mental, une clinique possible des psychoses », in *L'Abord des psychoses après Lacan 1958-1993*. Point hors-ligne, 1994, p. 51-71, p. 56.

⁵. Clérambault G.G (de). « Première conception d'un automatisme mental générateur d'un délire » [1909], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 454-456, p. 456.

⁶. Clérambault G.G (de). « Automatisme mental et scission du moi » [1920], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 457-467, p. 466.

⁷. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 482.

1-1. Première approche de l'automatisme mental et chronologie

On peut tenter d'établir à l'aide des indications de Clérambault une temporalité, certes schématique mais fidèle des troubles, basée sur sa première conception de l'automatisme mental : une période prodromique, un petit automatisme mental, des hallucinations auditives ou verbo-motrices, des hallucinations élémentaires [« bruits aigus ou indistincts ¹ »], et enfin éventuellement un délire.

La période prodromique : Pour Clérambault, la période prodromique est cliniquement peu repérable, échappant même à l'observation. Néanmoins, il estime qu'elle se rapporte à un « un pressentiment vague ² » ou bien encore à « des malaises préparatoires d'ordre physique. ³ » En 1920, Clérambault admet que parfois la période d'automatisme mental peut être précédée d'une période hypocondriaque comme chez Roger P. Ce jeune homme a d'abord présenté une « syphilophobie initiale ⁴ » selon le certificat de Clérambault.

La période dite d'Incubation [ou petit automatisme mental] qui lui succède, « doit être comprise comme réaction d'un caractère préétabli à l'Automatisme Mental ou Sensitif, qui est nouveau » mais antérieur de sorte que cette incubation survient postérieurement et mérite donc d'être appelée [...] d'invasion beaucoup plus que d'incubation. ⁵ ». Clérambault modifie quelque peu la définition classique de cette période de sorte que la période prodromique équivaudrait également à la période d'incubation des classiques et sa période d'incubation à la période d'invasion ?

Clérambault pense avoir innové en avançant par rapport à ces phénomènes déjà décrits par d'autres :

« 1° Leur teneur essentiellement neutre [neutre tout au moins au début] ; 2° Leur caractère non sensoriel ; 3° Leur rôle initial dans le décours de la psychose. Teneur neutre : ils consistent seulement en DEDOUBLEMENT de la pensée.. Caractère non sensoriel : la pensée qui devient étrangère le devient dans la forme ordinaire de la pensée, c'est à dire dans une forme indifférenciée, et non pas dans une forme sensorielle définie : la forme indifférenciée est constituée par un mélange d'abstraction et de tendances, tantôt sans éléments sensoriels, et tantôt avec des éléments plurisensoriels à la fois vague et fragmentaire. Rôle initial : tandis que

¹. *Ibid.*, p. 485.

². *Ibid.*, p. 481.

³. *Idem.*

⁴. Clérambault G.G (de). « Automatisme mental et scission du moi » [1920], *op. cit.*, p. 459.

⁵. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 481.

les phénomènes susdits ont été jusqu'ici jugés comme des complications contingentes et tardives, j'ai affirmé que ces phénomènes sont au contraire, le plus souvent, LES SIGNES LES TOUT PREMIERS EN DATE DE LA PSYCHOSE. ¹» Parmi ces phénomènes initiaux se trouvent les « intuitions, la pensée devancée, l'écho de la pensée et les non-sens [...]. Ces phénomènes se retrouvent toujours [...] comme mode de début de la Psychose ²».

Clérambault admet que « parmi les phénomènes de l'Automatisme Mental, il en est de très bien connus [travaux de Séglas]. Ce sont les phénomènes à la fois idéiques et verbaux : pensée étrangère, pensée devancée, écho de la pensée et de la lecture, énonciation des gestes. D'autres ont été quelque peu laissés dans l'ombre ; ce sont, d'une part, les phénomènes purement psychiques : intuitions abstraites, vellétés abstraites, arrêts de la pensée abstraite, dévidage muet des souvenirs. Telles sont, d'ordinaire, les formes initiales de l'A.M. Ces processus idéo-verbaux : commentaires sur les actes et les souvenirs, questions, pensées se répondant, sont en général plus tardifs. Cet ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler le petit Automatisme Mental. ³»

Il en ressort que l'automatisme mental est un « trouble fondamental ⁴» opérant comme un « processus ⁵» possédant trois caractéristiques qui lui sont inhérentes : il est primitivement neutre « au point de vue affectif ⁶» ne comportant par lui-même d'hostilité, anidéique c'est à dire a-thématique et non-sensoriel. De plus, non seulement Clérambault estime que les cœnesthopathies procèdent à l'instar de l'automatisme mental : elles « offrent un parallèle avec l'Automatisme Mental, au point de vue de leur répercussion sur l'intellect. Sur une même base cœnesthésique peuvent s'édifier des délires de formes différentes ⁷». Mais également, il considère que « les Cœnesthopathies s'associent fréquemment à l'Automatisme Mental. Les Troubles d'A.M proprement dits (écho de la pensée, énonciation des actes, dialogues intérieurs, hallucinations motrices diverses) sont fréquemment associés chez les chroniques à des troubles purement passifs, nous voulons dire sensitifs. [...] Les causes d'éveil des troubles cœnesthopathiques doivent être le plus souvent centrales exactement comme les Troubles de l'Automatisme Mental. Les uns et les autres résultent probablement d'un éréthisme presque

1. Clérambault G.G (de). « Définition de l'automatisme mental » [1924], *op. cit.*, p. 493.

2. Clérambault G.G (de). « Théorie professée à l'Infirmierie spéciale. Formules courantes de 1919 à 1923 » [1927], *op. cit.*, p. 467-468, p. 467.

3. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 485.

4. Clérambault G.G (de). « Automatisme mental et scission du moi » [1920], *op. cit.*, p. 466.

5. *Idem.*

6. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 490.

7. Clérambault G.G (de). « Automatisme mental et scission du moi » [1920], *op. cit.*, p. 465.

identique : les Troubles Cœnesthopathiques sont une sorte d'Automatisme Sensitif¹». De façon plus large, et à une date relativement avancée au regard de ses premières publications sur sa doctrine, il admet que chez la majorité des persécutés hallucinés « l'Automatisme générateur sont l'Automatisme Mental, l'Automatisme Sensitif et l'Automatisme Moteur, soit séparés, soit réunis. ²»

Les phénomènes hallucinatoires tardifs : Le petit automatisme mental est constitué des phénomènes initiaux auxquels succède l'« Hallucination Auditive proprement dite et l'Hallucination Psycho-Motrice [qui] sont des phénomènes tardifs dans le décours de l'Automatisme Mental ³». De sorte qu'« en résumé, l'A.M débute insidieusement par des mécanismes subtils, abstraits d'abord, puis se rapprochant graduellement de la forme verbale [...]. D'autre part, c'est seulement dans leur période verbale que les voix [...] deviennent thématiques. Elles vexent alors tout spécialement les sentiments du sujet, et d'autre part, viennent s'incorporer logiquement dans son roman explicatif et constructif. » Il importe de noter que « la tendance à la verbalisation va progressivement ; indifférenciée au début, la pensée devient graduellement auditive ou verbo-motrice : les voix se constituent avec quatre caractères : verbales, objectives, individualisées et thématiques. Parfois, un des ces caractères manque ⁴». Enfin, dans le cas de début par A.M, surviennent après les voix thématiques, apparaissent les « hallucinations élémentaires ⁵» relatives à une atteinte sensorielle.

Une telle perspective chronologique relativement ordonnée mérite d'être assouplie, Clérambault invitant lui-même à infléchir sa systématisation : « Nous ne croyons aucunement que tout Délire de Persécution Hallucinoïde commence par de l'automatisme Mental. Il existe des cas où l'Hallucination proprement dite surgit d'emblée ; ce sont ceux où la psychose suit de près sa cause première et où le sujet, en général, a moins de 30 ans. La début par Automatisme a lieu dans les formes insidieuses, de cause lointaine, se développant aux environs de la quarantaine ⁶» si bien que Clérambault estime que « la série des formes cliniques est ainsi ininterrompue ⁷». Ou mieux encore : « Je ne déclare d'ailleurs pas constant ce type de début ⁸»

¹. *Idem.*

². Clérambault G.G (de). « Absence de caractère paranoïaque chez la majorité des persécutés hallucinés » [1923], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 468-469, p. 468.

³. Clérambault G.G (de). « Théorie professée à l'Infirmerie spéciale... » [1927], *op. cit.*, p. 467.

⁴. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 485.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 489.

⁷. *Ibid.*, p. 490.

⁸. Clérambault G.G (de). « Définition de l'automatisme mental » [1924], *op. cit.*, p. 493.

1-2. *Le Syndrome de passivité [1925]*

En 1925, Clérambault décide de substituer aux termes d'automatisme basal et de petit automatisme celui de « Syndrome de passivité ¹ ». Hésitant sur une appellation définitive, Clérambault le désigne également Petit Automatisme, Syndrome D'Interférence, Syndrome de Parasitisme, Syndrome de Contrainte² à distinguer de l'Automatisme Général et des Hallucinations thématiques qui lui succèdent et avec lesquelles, pour un temps, il peut se confondre. Un rapide dénombrement des occurrences met en lumière une nette préférence de Clérambault pour cette locution de Syndrome de Passivité dont « les éléments principaux sont les échos, les non-sens, les paresthésies de tout ordre, les phénomènes psycho-moteurs et les inhibitions de tous genres. ³ » Il définit ce nouvel automatisme mental comme un « syndrome clinique contenant des phénomènes de trois ordres ⁴ » c'est à dire résultant de la conjonction des trois automatismes mental, moteur et sensitif. Cette « solidarité du triple automatisme s'explique sans doute par identités structurales constituant causes d'appel communes ; identités qui elles-mêmes, seraient dues à l'équivalence des fonctions et l'égalité des niveaux. ⁵ ». Toutefois, l'année précédente, en 1924, il affirmait déjà à propos de l'automatisme Mental : « On ne peut le séparer de deux autres automatismes, qui lui sont à la fois connexes et similaires, et qui éclairent sa nature : l'Automatisme Sensitif et l'Automatisme Moteur. ⁶ ». Il systématisait sa définition de *l'automatisme générateur* de 1923.

Au début de son article, Clérambault affirme que ce syndrome de passivité doit être appréhendé comme « l'élément initial, fondamental, générateur des psychoses hallucinatoires chroniques, dites psychoses systématisées et progressives ⁷ » si bien que « l'idée qui domine la psychose n'en est pas la génératrice [...] Le noyau de ces psychoses est dans l'automatisme, l'idéation en est secondaire. Dans cette conception la formule classique des psychoses est inversée. ⁸ » A la fin de son texte, il infléchit ses affirmations à propos du syndrome de Passivité : « En 1920 nous le disons basal ; nous l'appellerions plutôt nucléaire. En effet nous

¹. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme » [1925], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 528-544, p. 542.

². Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme (suite) » [1926], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 544-576, p. 573. Ces différentes appellations ne se succèdent pas mais sont contemporaines les unes des autres contrairement à ce qu'avance S. Geier. In « La conception des maladies mentales et l'automatisme mental dans l'œuvre de Clérambault », *L'Évolution psychiatrique*, III, 1960, p. 413-430, p. 415.

³. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme (suite) » [1926], *op. cit.*, p. 573.

⁴. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme » [1925], *op. cit.*, p. 528.

⁵. *Ibid.*, p. 537.

⁶. Clérambault G.G (de). « Définition de l'automatisme mental » [1924], *op. cit.*, p. 494.

⁷. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme » [1925], *op. cit.*, p. 529.

⁸. *Idem.*

voyons une continuité entre les phénomènes parcellaires du début et les constructions idéiques de la période d'état ; tous résultent d'un même processus, que par métaphore et peut-être aussi avec Vérité nous appellerons Dérivation »¹. Ainsi, ce syndrome présente l'avantage « de s'appliquer à l'idéation seconde que nous appelons néoplastique, puisque, par rapport au sujet, elle est subie. ²» En outre, « le syndrome de passivité est un ensemble de phénomènes tout organiques ; la psychose qui en résulte est de nature mécanique dans le point de départ et le développement ³». Clérambault délaisse ainsi le temps isolé de l'automatisme mental pour appréhender une temporalité composée des deux temps, des phénomènes basaux et de l'idéation délirante, soit le délire. La dimension idéo-verbale perd également sa prédominance.

1-3. *Le syndrome S [1927]*

En 1927, apparaît le Syndrome S dérivant du précédent syndrome de passivité où le « délire intellectuel et hallucinations sont autonomes ⁴». Il pourrait tout aussi bien s'appeler « Syndrome d'Echo » car l'écho est « un phénomène central ⁵» dans ce syndrome. Il est composé de phénomènes positifs, négatifs et mixtes : « parmi les phénomènes positifs, il en est de précis [écho] et de diffus [mentisme] ; de même, parmi les phénomènes négatifs, il en est de précis [inhibition] et de diffus [perplexité] ; de même parmi les phénomènes mixtes [fausses reconnaissances, étrangeté] ⁶». En outre, « Le Syndrome [S] bien qu'essentiellement psychique [verbal, idéique, émotionnel, volitionnel], doit, au point de vue doctrinal, être constamment rapproché de son cortège facultatif, tout spécialement des troubles sensitifs et moteurs, auxquels l'hypothèse d'une origine idéo-affective semble être difficilement applicable. ⁷» L'origine primitive de la psychose clinique est un processus général, « intermédiaire parce qu'il s'interpose [dans le temps et dans le moment] entre les deux idéations l'une normale et l'autre pathologique». Outre, que ce « primum movens de la psychose crée parfois au début de la psychose une excitation euphorique avec mentisme ⁸», une certaine continuité est promue entre les deux idéations. En conséquence, Clérambault émet des réserves sur l'inhérence d'un trouble affectif initial : « les débuts de vésanie souvent neutres éliminent la nécessité de la

1. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme (suite) » [1926], *op. cit.*, p. 573.

2. *Idem.*

3. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme » [1925], *op. cit.*, p. 543.

4. Clérambault G.G (de). « Discussion de rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois » [1927], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 587-599, p. 589.

5. *Idem.*

6. *Ibid.*, p. 599.

7. *Ibid.*, p. 588.

8. Clérambault G.G « Du rôle de l'affectivité dans les psychoses hallucinatoires chroniques » [1927], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 580-587, p. 580.

dépression antécédente, et, nous ne voyons pas qu'un malaise insoupçonné du sujet puisse se transmuier en hostilité. ¹».

S'il s'avère plutôt juste de considérer la clinique clérambaltienne comme une « clinique synchronique et non diachronique ²», Clérambault centrant ses investigations sur le syndrome d'automatisme mental et ses dérivés, cette perspective mérite d'être infléchi. Clérambault justifie sa démarche par l'argument clinique suivant : « L'Automatisme Mental est un processus primitif susceptible de subsister longtemps ou indéfiniment à l'état pur. A lui seul il ne suffit pas à engendrer l'Idée de persécution. ³» Nous retrouvons là, sous une formulation quelque peu différente, certaines des propriétés essentielles de la clinique esquirolienne des hallucinations. Une seconde filiation, également à un autre aliéniste, Georget cette fois-ci, est à reconnaître dans l'examen clérambaltien des délires proprement dit succédant à un syndrome inaugural⁴. Toutefois, il serait erroné de vouloir appliquer une telle lecture, univoque, au syndrome S et notamment dans ses ultimes développements, Clérambault arguant alors de la dimension nucléaire des phénomènes initiaux au détriment de la dimension basale. En conséquence, qu'ils subsistent seuls sans qu'un délire ne soit généré ou bien qu'ils soient suivis d'un délire, un même et unique processus engendre les deux. Thèse qui diffère sensiblement de cette métaphore de « socle qui attend la statue ⁵» reprise par Ploumarc'h. Si leur statut psychopathologique en est quelque peu modifié celui du délire également comme nous allons à présent l'examiner.

1-4. *Le délire : une superstructure*

Bien que le syndrome de l'automatisme mental puisse exister à l'état autonome, il peut participer, conjointement à une autre condition, à l'engendrement d'un délire. Clérambault appréhende cette autre condition en partie grâce la doctrine des constitutions fortement répandue dans la psychiatrie française de l'entre-deux guerres. Le délire est alors conçu comme une « superstructure ⁶» c'est à dire « la réaction d'un intellect et d'une affectivité, l'un et

¹. *Idem*.

². Garrabé J. *Préface*, in Gaëtan Gatian de Clérambault. *L'automatisme mental*, *op. cit.*, p. 31.

³. Clérambault. « Automatisme mental et scission du moi » [1920], *op. cit.*, p. 466.

⁴. Il nous semble que Clérambault ne reconnu ni l'une ni l'autre.

⁵. Ploumarc'h C. « Gaëtan Gatian de Clérambault... », *op. cit.*, p. 58.

⁶. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 482.

l'autre restés sains [sauf réserves conciliables avec notre théorie] ¹» déterminée par la constitution antérieure du sujet et dans une moindre mesure par le vécu de celui-ci.

Clérambault a tout d'abord considéré que « le travail de l'esprit » à l'œuvre dans le délire proprement dit, n'est « qu'un processus secondaire ²» défini comme « la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant, et souvent intact, aux phénomènes qui sortent de son subconscient, c'est à dire de l'automatisme mental ³». Si la présence de ce dernier s'avère indispensable elle n'est cependant pas suffisante pour « déclencher un délire ⁴». Conformément à la doctrine constitutionnaliste, Clérambault postule que l'« état constitutionnel ⁵» ou disposition antérieure du sujet induit le type de délire, autrement dit que les « constructions mégalomaniaques, mystiques ou paranoïaques, [délirante sont] conditionnées par le fonds psychique antérieur. ⁶» Dans ce schéma explicatif, la paranoïa est l'expression clinique d'une « innéité paranoïaque ⁷» équivalente à une « constitution paranoïaque ⁸». De sorte que sa conception de la psychose à base d'automatisme mental inclut chez le psychotique une « constitution psychique ⁹» particulière ou *fonds psychique antérieur* d'où dériveront toutes les couleurs des délires, qu'elles soient mystique, hypocondriaque, de grandeur ou bien encore mythomaniacale¹⁰. Ainsi « tout délire revêt une certaine forme qui lui est imposé par l'état du caractère et du sens moral de l'individu chez lequel il éclôt ¹¹».

Dans le cas du délire de persécution, « l'Idée de persécution, quand elle se produit, est secondaire ; elle résulte à la fois d'un essai d'explication et d'une prédisposition hostile [constitution paranoïaque] ¹²». Dans ce sens, il écrit qu'« à l'A. Mental, ou bien au Triple Automatisme, s'ajouteront des constructions mégalomaniaques, mystiques ou paranoïaques,

1. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme » [1925], *op. cit.*, p. 532.

2. Clérambault G.G (de). « Automatisme mental et scission du moi » [1920], *op. cit.*, p. 459.

3. *Idem*.

4. Clérambault G.G (de). « Un cas de délire à deux avec modes de début un peu spéciaux », in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 47-71, p. 50.

5. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 484. Parmi les nombreuses locutions assimilées, notons celles de « caractère paranoïaque » et de « fonds paranoïaque ». Il utilise également au moins une fois la locution de « constitution mentale » in « Erotomanie pure, érotomanie associée », p. 364.

6. Clérambault G.G (de). « Absence de caractère paranoïaque chez la majorité... », *op. cit.*, p. 469.

7. *Ibid*.

8. Clérambault G.G (de). « Automatisme mental et scission du moi » [1920], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 457-467, p. 466.

9. Clérambault G.G (de). « Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée » [1902], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 3-25, p. 23.

10. Clérambault évoque en effet l'existence d'une « disposition mythomaniacale » in « Attaques comitales délire consécutif mnésique » [1909], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 271-286, p. 283.

11. Clérambault G.G (de). « Absence de caractère paranoïaque chez la majorité... », *op. cit.*, p. 469.

12. Clérambault G.G (de). « Automatisme mental et scission du moi » [1920], *op. cit.*, p. 466.

conditionnées par le fonds psychique antérieur, et aussi les nuances intrinsèques des phénomènes automatiques ¹». Mieux encore, « le délire surajouté provient principalement du fonds ou patent ou caché de l'individu ²» ou bien d'une « aptitude délirante ³» dérivant de la classique *aptitude à délirer* de J.-P Falret.

Puis dans ses derniers développements, Clérambault introduira de façon toujours plus accentuée la dimension mécanique du délire où le travail du sujet sera réduit à la portion congrue. Là réside une seconde conception clérambaltienne du délire selon Geier⁴, où il convient de relativiser l'implication du sujet dans la construction délirante dans la mesure où « une bonne partie de l'idéation n'est pas construite par la réflexion du sujet, mais s'élabore mécaniquement dans le subconscient..... ⁵». Le délire se réalise grâce à la mobilisation quasi-mécanique du vécu du sujet : « les préoccupations anciennes et les souvenirs anciens du malade sont assez souvent réveillés par la psychose, mais leur intérêt n'est pour ainsi dire que littéraire. Nul ne peut délire à vide ; nul ne délire qu'avec son trésor de souvenirs, et ce trésor chez chacun de nous est polymorphe ⁶».

Cette seconde perspective est corrélée chez Clérambault aux notions de personnalité prime et de personnalité seconde. En effet, « le déclenchement de cet automatisme ⁷» mental engendre la formation d'une « Personnalité Seconde » qui est « un système d'associations » et d'une « Pensée Néoplastique ⁸» qui sont métaphoriques. Le processus postulé par Clérambault impliquerait que la personnalité Seconde dont les « dominantes » sont « Animalité, Vanité, Hostilité ⁹», « fournit à la première des renseignements sur l'inconscient viscéral ainsi que sur le Préconscient Intellectuel ou Affectif ¹⁰». Ainsi « sur les données fournies par la personnalité Seconde, la Personnalité Prime exerce sa sagacité ; elle continue et perfectionne la systématisation ¹¹» de sorte que « toute Psychose Hallucinoïde est une sorte de délire à Deux

1. Clérambault G.G (de). « Absence de caractère paranoïaque chez la majorité... », *op. cit.*, p. 469.

2. Clérambault G.G (de). « Définition de l'automatisme mental » [1924], *op. cit.*, p. 493.

3. Clérambault G.G (de). « Ivresse psychique avec transformation de la personnalité selon P.Garnier » [1907], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 93-125, p. 122.

4. Geier S. « La conception des maladies mentales et l'automatisme mental dans l'œuvre de Clérambault », *op. cit.*, p. 425 et sq.

5. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme » [1925], *op. cit.*, p. 543.

6. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme (suite) » [1926], *op. cit.*, p. 567.

7. Clérambault G.G (de). « Définition de l'automatisme mental » [1924], *op. cit.*, p. 493.

8. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme (suite) » [1926], *op. cit.*, p. 563.

9. *Ibid.*, p. 570.

10. *Ibid.*, p. 565.

11. *Ibid.*, p. 566.

où les Psychismes sont unis dans un même cerveau et où le psychisme le plus fruste domine l'autre, parce qu'il est plus inventif et tenace. ¹»

Au surplus, Clérambault postule qu'« entre le fait d'une idée quelconque et le fait de son exaltation dans un délire, il y a toujours un Phénomène Interposé, ou plutôt deux : Sélection et Amplification. » En définitif, Clérambault en discernera trois « sélection, amplification et déformation ²».

1-5. *L'hypothèse étiologique*

Sans entrer dans le détail des hypothèses étiologiques de Clérambault, il convient de souligner qu'elles s'inscrivent résolument dans une perspective moniste, annulant notamment le geste séparatiste de Georget. L'hypothèse de l'agent toxique ou infectieux associées aux théories neurologiques des lésions auxquelles Clérambault accordent une importance majeure dans son schéma explicatif sont foncièrement affiliées à la tradition issue des travaux de L.-A Bayle, et de ses successeurs³. On peut même relever qu'elles s'appuient en partie sur la notion de « vulnérabilité ⁴» s'appliquant notamment aux cellules nerveuses : « nous devons penser que les troubles histologiques, base de l'Automatisme Mental et des deux autres Automatismes, n'est pas seulement involutif, mais reconnaît pour cause, au moins occasionnelle, un agent toxique ou infectieux ⁵». Se référant à l'histologie, en tant « partie de l'anatomie qui étudie au microscope la structure tissulaire des êtres vivants ⁶», Clérambault introduisait de fait une dimension structurale non seulement dans ses hypothèses étiologiques mais aussi dans les développements cliniques de ses prétendues lésions et l'on comprend, dès lors, que son souci d'insérer ces descriptions de l'automatisme dans un cadre structural faits de constantes ordonnées.

¹. *Ibid.*, p. 567.

². *Ibid.*, p. 569.

³. Soulignons que cette tradition s'appuie sur une lecture partielle de l'œuvre de Bayle, les historiens J. Postel et G. Lantéri-Laura rappelant l'ambivalence de Bayle lui-même à étendre sa trouvaille au champ psychiatrique, respectant tout d'abord l'autonomie relative des deux champs puis annexant la psychiatrie par la neurologie à la fin de sa vie.

⁴. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme » [1925], *op. cit.* Dans cet article, on dénombre au moins deux occurrences du terme *vulnérabilité* (p. 532).

⁵. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 487.

⁶. Article Histologie. in Garnier, Delamare. *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, Editions Maloine, 2000.

2. Les psychoses passionnelles : le cas du syndrome de l'Érotomanie pure¹.

Historiquement, il revient à Clérambault le mérite d'avoir regroupé, en 1920-1921, dans la même catégorie des délires passionnels ou syndromes psychologiques à base de postulat, les délires de revendication, de jalousies et érotomaniaques. Mieux, il les rapporte à un mécanisme générateur passionnel². Si les thèses de Clérambault s'accordent avec la différenciation opérée antérieurement par Sérieux et Capgras entre le revendicateur et l'interprétatif, en revanche, ces positions sur la nature du mécanisme de l'Érotomanie³ divergent de celles de Capgras. De sorte que ces deux champs, celui des psychoses hallucinatoires chroniques et paranoïaques et celui des psychoses passionnelles se distinguent foncièrement selon Clérambault à partir de leur déclenchement et mécanisme générateur. Les psychoses passionnelles ou « délires passionnels morbides ⁴ » ou « syndromes passionnels ⁵ » sont l'effet de la production d'un postulat fondamental, absent dans la paranoïa et les P.H.C. « La passion de l'érotomane ou du revendicateur a une date de début précise ⁶ ». C'est là la promotion d'une certaine discontinuité de la réalité du sujet lors du déclenchement de sa psychose. En outre, le champ passionnel des psychoses, selon Clérambault, ne nécessite nullement, à l'inverse des P.H.C, l'intervention de la notion de constitution dans son apparition si bien que la condition constitutionnelle est pour lui un critère différentiel permettant une répartition nosographique.

Nous allons à présent examiner le syndrome de l'Érotomanie pure dont l'investigation clérambaultienne se rapporte fondamentalement à une analyse structurale de ces caractéristiques formelles pures grâce à laquelle son auteur a pu dégager la « structure complète ⁷ » du syndrome psychologique d'Érotomanie⁸ qui sont « la Triade Affective (Orgueil, Amour, Espoir), le Postulat, enfin les Formules Dérivées du Postulat : 1° l'Objet ne peut avoir de

¹. Centré sur la forme Pure, Clérambault n'en reconnaît pas moins la réalité clinique des autres formes : « l'Érotomanie est tantôt un syndrome Clinique Surajouté et Transitoire, tantôt un Syndrome prémonitoire, tantôt une entité complètement autonome ». In Clérambault. « Un cas d'Érotomanie pure dépit érotomaniaque après possession » [1921], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 373-404, p. 404.

². Clérambault G.G (de). « Ce qu'il faut entendre par 'passion' lorsqu'on parle de 'délires passionnels' » [1923], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 423-425, p. 425.

³. Clérambault G.G (de). « Autonomie du syndrome érotomaniaque. Réponse à diverses critiques de M. Capgras » [1923], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 414-419.

⁴. Clérambault G.G (de). « Les délires passionnels ; érotomanie. Revendication. Jalousie. » [1921], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 337-346, p. 337.

⁵. *Idem*.

⁶. *Ibid.*, p. 342.

⁷. Clérambault G.G (de). « Érotomanie pure. Érotomanie associée » [1921], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 347.

⁸. Clérambault est sans doute l'un des tout premiers promoteurs au XX^e siècle de cette approche syndromique. Cf « Les délires passionnels ; érotomanie. Revendication. Jalousie. » [1921], *op. cit.*, p. 337.

bonheur sans le Sujet ; 2° la conduite de l'Objet est paradoxale, contradictoire, à double sens. Cette dernière formule est inévitable, car elle résulte du besoin d'accommoder les faits indéniables avec l'infrangible Postulat ¹ ». Cette structure tripartite s'ordonne suivant une temporalité déterminée : « l'élément générateur des Délires Erotomaniaques réside dans une Triade affective [Orgueil, Espoir, Amour], laquelle engendre le Postulat, lequel engendre des Constantes [...] Nous avons dit que dans l'Erotomanie l'élément Orgueil l'emporte de beaucoup sur l'élément Amour... ² ». Clérambault rejoint là François Leuret qui au milieu du XIX^e siècle notait déjà à propos de son observation, M. Jean, la priorité et la prévalence de la vanité de l'aliéné³.

A présent, centrons notre examen de ce syndrome pur sur l'une de ces constantes, son mécanisme générateur : le postulat. Il le définit ainsi : « Le postulat a ce caractère d'être primaire, fondamental, générateur ⁴ ». En outre, il est à la fois affectif et idéatif ⁵ si bien qu'il peut être appréhendé tel un nœud idéo-affectif. Toutefois, des deux éléments du postulat, « le premier en date est la passion ⁶ ». Clairement, Clérambault l'investit d'une « valeur d'embryon logique ⁷ ». Il convient de souligner que le « Postulat fondamental » de ce syndrome dans sa forme pure formulée comme suit par Clérambault, « c'est l'Objet qui a commencé et qui aime le plus ou qui aime seul ⁸ », représente de façon exemplaire et épurée la structure des délires chroniques : l'initiative vient de l'Autre⁹. Dans ce sens, Lacan a pu définir au milieu des années 50 le *primum movens* de cette initiative comme le déclenchement du délire : « Le délire commence à partir du moment où l'initiative vient de l'Autre, avec un A majuscule, où l'initiative est fondée sur une activité subjective. L'Autre veut cela et il veut surtout qu'on le sache, il veut le signifier. Dès qu'il y a délire, nous entrons à pleines voiles dans le domaine de l'intersubjectivité ¹⁰ ». Rapportée au postulat de l'érotomanie, cette initiative équivaut à la « formule freudienne : 'il m'aime' ¹¹ ». De sorte que de ses débuts à ses développements

1. Clérambault G.G (de). « Un cas d'Erotomanie pure dépit érotomaniaque... » [1921], *op. cit.*, p. 397.

2. *Ibid.*, p. 394.

3. On trouve déjà sous la plume de François Leuret, en 1845, la description d'une forme de folie appelée depuis érotomanie pure. Toutefois, Leuret ne systématise pas cette observation en une structure ni n'en formule la séquence pourtant cliniquement présente. In *Indications à suivre dans le traitement moral de la folie* [1845], Paris, L'Harmattan, 1998.

4. Clérambault G.G (de). « Les délires passionnels ; érotomanie. Revendication... » [1921], *op. cit.*, p. 343.

5. Clérambault G.G (de). « Coexistence de deux délires. Persécution et érotomanie » [1921], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 323-337, p. 336.

6. Clérambault G.G (de). « Les délires passionnels .. » [1921], *op. cit.*, p. 344.

7. *Idem.*

8. *Ibid.*, p. 338.

9. Selon Jean-Claude Maleval les délires chroniques sont « ceux dont le sujet éprouve que l'initiative vient de l'Autre ». In *Logique du délire*, *op. cit.*, p. 2.

10. Lacan J. *Le séminaire III, Les Psychoses*, Paris, Le Seuil, 1981, p. 218.

11. Ploumarc'h C. « Gaëtan Gatian de Clérambault... », *op. cit.*, p. 60.

ultérieurs le délire passionnel pur reste en « secteur ¹» et de fait s'oppose au délire interprétatif s'étendant en « réseau circulaire et infini ²».

Dans son schéma explicatif de l'apparition d'un délire passionnel, Clérambault insère la présence d'un « choc émotif ³» ou « crise spéciale ». En effet, une « crise spéciale est nécessaire entre l'émotivité banale et la Passion ⁴». Le passionnel pathologique se distingue du passionnel normal par son postulat et la séquence qu'il génère : *espoir, dépit, rancune*. Au reste, nulle référence explicite n'est faite dans ce schéma au cadre conceptuel de la neurologie, les syndromes passionnels sont des syndromes psychologiques.

3. Le déclenchement : une dimension mécanique.

Les travaux de Clérambault sont communément apparentés à ce qu'il convenu d'appeler la théorie mécaniste de la psychose dans la mesure où il admet « la pathogénie mécanique des psychoses de persécution et des psychoses en général ⁵». Il nous semble qu'elle recouvre une double réalité d'une part la mécanique atomiste des hypothèses étiologique comme nous l'avons vu et d'autre part cliniquement « la mécanique du délire ⁶» et plus largement les « mécanismes générateurs d'une psychose ⁷». Dans cette seconde perspective, il a notamment pu formuler, comme nous venons de le voir, les propriétés du « mécanisme passionnel ⁸». C'est vraisemblablement dans cette conception qu'il nous faut situer le choix clérambaultien du substantif *déclenchement* et du verbe *déclencher*.

Attesté depuis 1863, le terme de déclenchement semble fortement emprunt du contexte scientifique de la seconde moitié du XIX^e siècle au début de laquelle naquirent les sciences modernes dont les sciences techniques et mécaniques mais aussi la psychiatrie organiciste avec la théorie de la dégénérescence et de l'héréditarisme⁹. A cet égard, il ne serait pas abusif, à

1. Clérambault G.G (de). « Les délires passionnels... » [1921], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 342.

2. *Ibid.*, p. 343.

3. Clérambault G.G (de). « Conditions d'apparition de développement et de durée des états passionnels » [1923], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 428-443, p. 439.

4. *Ibid.*, p. 443.

5. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie » [1924], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 495-526, p. 526.

6. Clérambault G.G (de). « Les délires passionnels » [1921], *op. cit.*, p. 344.

7. Clérambault G.G (de). « Folie à deux » [1923], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 74-80, p. 78.

8. Clérambault G.G (de). « Les délires passionnels » [1921], *op. cit.*, p. 344.

9. Roudinesco Élisabeth. *Histoire de la psychanalyse en France. 1 1885-1939* [1982], Paris, Fayard, 1994.

suivre Henri. F Ellenberger, d'estimer plus largement que la modélisation de la médecine sur la mécanique et la physique proviendrait originellement du siècle ou mouvement des Lumières¹.

Il nous faut vraisemblablement considérer les sciences techniques et mécaniques comme le champ d'origine étymologique et d'usage du terme déclenchement. En effet, si l'on situe vers les années 1850-1860 l'avènement du positivisme défini comme *courant culturel*² fondant les sciences mécaniques, l'invention du terme de déclenchement lui est donc contemporaine, d'où sa co-présence avec le terme de mécanisme par exemple chez le mathématicien, mécanicien et membre de l'Académie française Henri Poincaré [1854-1912]³ mais aussi dans le corpus clérambaltien. A noter que l'on trouve également dans ce dernier, le terme d'automatisme. A cet égard, cette notion plus ancienne d'automatisme avait acquis une certaine diffusion dans le champ psychopathologique depuis la thèse de philosophie de Pierre Janet, *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*⁴. A noter également que l'on trouvait déjà le terme de déclenchement chez Louis Figuier [1819-1894] dans un ouvrage de vulgarisation scientifique, *Les merveilles de la science ou Description populaire des inventions modernes*⁵. Une dizaine d'années plus tôt, Hirsch utilise à deux reprises le terme dans son *Rapport sur les machines et les appareils de la mécanique générale* constituant la classe 54 dans le groupe VI du livre *Exposition universelle de 1878 à Paris. Rapports du Jury international*⁶. Il y est question d'un mécanisme incluant une clenche.

Et si l'on tient compte de l'indication faite par Clérambault lui-même par laquelle il dit reprendre ce terme de son ancien professeur Benjamin Ball⁷ sans toutefois le citer explicitement, on peut le considérer comme en partie légataire de cet esprit scientifique

1. Ellenberger H.F. *Histoire de la découverte de l'inconscient* [1970], Paris, Fayard, 1994, p. 226 et sq.

2. Roudinesco É. *Histoire de la psychanalyse en France*, op. cit.

3. Poincaré Henri. *La théorie de Maxwell et les oscillations hertziennes*, Paris, G. Carré et C. Naud, 1899. On y trouve de multiples occurrences du terme de déclenchement.

4. Janet Pierre. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, Paris, Félix Alcan., 1889. Réédition Paris, L'Harmattan, 2005. Il n'est pas question pour nous d'ignorer l'impact de son utilisation par J. Baillarger puis par Pierre Janet dans le champ psychiatrique, mais il nous importe de faire valoir son origine ou tout moins son contexte d'avènement. Leuret déjà en 1845 avait repéré la dimension *mécanique* de certains phénomènes chez l'un de ses patients. In *Indications à suivre dans le traitement de la folie* [1845], op. cit., p. 74.

5. Figuier Louis. *Les merveilles de la science ou Description populaire des inventions modernes*, (1867-1891), Paris, Librairie Furne, Jouvet et Cie. On y trouve une occurrence dans le sixième volume intitulé Supplément à la photographie, p. 65.

6. Hirsch. *Exposition universelle internationale de 1878 à Paris. Rapports de jury international*, Paris, Imprimerie nationale, 1883, p. 169 et p. 197.

7. Clérambault G.G (de). « Psychose hallucinatoire et pratiques spirites » [1930], in *Œuvres psychiatriques*, op. cit., p. 631-637, p. 632. La formulation exacte est : « Ball comparait le déclenchement... ». Rappelons que Ball [1833-1893] fut le premier titulaire en 1877 de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale de Sainte-Anne. Il co-fonda en 1881, avec Jules Luys, la célèbre revue *L'Encéphale*.

positiviste, la théorie de l'hérédité-dégénérescence à laquelle souscrivait Ball étant une de ses sources doctrinales dans son appréhension des délires hallucinatoires chroniques.

A présent examinons, les définitions de ce terme de *déclenchement*. Selon *Le Grand Robert*, on lui connaît deux sens. En premier, il nomme l'« action de déclencher » et le « résultat de cette action ¹ ». Si l'on va consulter le verbe *déclencher*² dans ce même dictionnaire, on constate qu'il est attesté depuis 1732 : il est donc plus ancien que son substantif. Dans le sens commun déclencher signifie « ouvrir [une porte] en soulevant la clanche ³ ». D'un point de vue technique, il s'agit de « manœuvrer la déclenche d'un assemblage pour séparer deux pièces liées d'une machine ⁴ ». Et spécialement, il signifie « déterminer par l'intermédiaire d'un mécanisme relativement simple la production d'un phénomène plus complexe. ⁵ » Enfin un troisième sens où déclencher équivaut à « mettre en mouvement, déterminer brusquement [une action, un phénomène, un processus] ⁶ » est attesté depuis 1899. Selon toute vraisemblance, Clérambault se réfère à ce troisième sens lorsqu'il emploie le verbe déclencher. En second lieu, toujours selon *Le Grand Robert*, déclenchement signifie « le fait de se déclencher. ⁷ » Remarquons d'ailleurs que Clérambault emploie quasi-systématiquement cette forme et non la forme pronominale [sens passif] *se déclencher* dont *Le Grand Dictionnaire Universel du XIX^e siècle* [1877-1888] de Pierre Larousse donne la définition suivante : « se séparer par accident, en parlant de deux pièces qui travaillaient ensemble. ⁸ » *Le Trésor de la Langue Française* répertorie deux sens au terme déclenchement dont il signale l'existence d'une autre seconde écriture, *déclanchement*, totalement inusitée de nos jours. Le premier sens est identique à celui inaugurant la définition dans *Le Grand Robert*. Le second rejoint la définition de déclencher puisqu'il signifie au sens figuré une « action de déterminer brusquement, de provoquer spontanément un mouvement ou une réaction. ⁹ »

Il ressort que les choix lexicaux opérés par Clérambault s'avèrent congruents avec le principe même de la mécanique clérambaultienne de la psychose. Partant, Clérambault étend ce

¹. Article Déclenchement in *Le Grand Robert*, Paris, 2001.

². On trouve un article consacré à ce verbe sous l'orthographe ancienne de déclancher [avec un a à la place du e]. In *Grand Dictionnaire Universel du XIX^e siècle* [1866-1877] de Pierre Larousse. Il possède alors un sens en mécanique : « Manœuvrer la déclanche pour séparer deux pièces qui étaient liées ».

³. Article Déclencher, in *Le Grand Robert*, Paris, 2001.

⁴. *Idem*.

⁵. *Idem*.

⁶. *Idem*.

⁷. *Idem*.

⁸. Précisément il s'agit de la définition de se déclancher, avec un a. In Larousse Pierre. *Grand Dictionnaire Universel*, *op. cit.*

⁹. Article Déclenchement, in *Trésor de la Langue Française*, CNRS-Klincksieck, 1978.

terme natif des sciences modernes à l'ensemble de ses champs d'investigation qu'il s'agisse des délires alcooliques, comitiaux, passionnels, hallucinatoires chroniques. De sorte qu'il l'applique aussi bien à l'automatisme¹, qu'au délire², qu'au trouble³, ou bien encore à la Manie⁴. Mais surtout, ce qui nous importe pour notre recherche, et à double titre, c'est qu'il applique le verbe déclencher à une psychose⁵. On peut estimer en premier lieu que Lacan a repris telles quelles ces expressions et en second lieu que Clérambault appliquait indistinctement ce terme de déclenchement et notamment au délire et à la psychose. De sorte qu'il ne s'agissait nullement chez lui d'un concept précis. Quoiqu'il en soit, ces occurrences infirment l'affirmation erronée de G. Morel et H. Wachsberger selon laquelle ce terme « est absent du glossaire traditionnel d'une psychiatrie française... [...] Pas de trace de déclenchement, donc dans le corpus psychiatrique avant Lacan.⁶»

Une telle analyse sémantique s'accorde avec la démarche clérambaltienne centrant ses investigations sur le mécanisme, la genèse du délire délaissant par conséquent le thème du délire. Il appert donc que la notion de déclenchement participe d'une analyse rationnelle de la clinique dans un objectif de formulation de « Lois mécaniques ⁷».

III-2. Paul Guiraud : le délire chronique et ses troubles primitifs

Dans le cadre de notre recherche sur l'entrée dans la psychose, l'examen par Paul Guiraud des troubles primitifs des délires chroniques n'est pas à négliger d'autant que sa démarche rappelle sensiblement celle de Georget un siècle plus tôt. En effet, dans une sorte de filiation avec l'aliéniste, Guiraud a procédé à l'établissement d'une chronologie relativement

¹. On en trouve l'occurrence « déclenchement de cet automatisme », in « Définition de l'automatisme mental » [1924], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 493.

². Clérambault G.G (de). « Un cas de délire à deux avec modes de débuts un peu spéciaux » [1907], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 47-71, p. 50. On peut y lire : « toute cause pouvait déclencher le délire ».

³. Clérambault G.G (de). « Notes sur l'éthérisme » [1910], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 211-250, p.223.

⁴. Clérambault G.G (de). « Le sympathique chez les passionnels » [1923], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 449-451, p. 450. On peut y lire : « le mécanisme de déclenchement est, dans le cas de la Manie... ».

⁵. Ainsi, on peut lire, « chez les primitifs un traumatisme psychologique peut déclencher une psychose ». In « Identité du fondement des psychoses dans toutes les races » [1928], in *Œuvres psychiatriques, op. cit.*, p. 732.

⁶. Morel G, Wachsberger H. « Recherches sur le début de la psychose » [1999], in *La psychose ordinaire*, Paris, Agalma/Le Seuil, 2005, p. 69-88, p. 82.

⁷. Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme (suite) » [1926], *op. cit.*, p. 565.

détaillée et fixe des troubles des délires chroniques dans son article éponyme de 1925¹, avant de procéder à quelques rectificatifs en 1929.

1. Une chronologie des débuts du délire chronique

1-1. *L'élément pathologique primordial*

Reprenant le tableau clinique hérité de la psychiatrie classique, Guiraud fait débiter le délire chronique par « une phase d'inquiétude, pré-hallucinoïde, accompagné d'un état dépressif ² » qualifié « d'élément pathologique primordial. ³ » Entrant davantage dans le détail, Guiraud précise que « souvent il s'agit d'un état dépressif avec sensation de déficience dans le fonctionnement de l'organisme ressemblant à la neurasthénie ou à l'hypocondrie ⁴ ». A la suite de ce malaise initial « apparaît bientôt ou d'emblée, la cénesthésie pénible [qui] n'est pas éprouvée comme un malaise naturel. ⁵ » Dans ce sens, « elle semble avoir une cause endogène, [et] les douleurs vagues, multiples, erratiques, la lourdeur des muscles, la dyspepsie ont une qualité, une tonalité spéciale de sensation non personnelle. ⁶ » Reprenant la classique bipartition formelle des débuts de la folie, Guiraud distingue incidemment une forme lente et une forme d'emblée où le malaise physique est éprouvé primitivement par le sujet comme non personnel.

En outre, il s'avère que « parfois le malaise physique est faible ou nul, [et que] c'est la quiétude mentale qui est atteinte primitivement. [...] et] que cet état de quiétude ou d'inquiétude [...] nous apparaît comme un état psychologique pur, comme un état affectif [...] ⁷ ».

A ces deux origines du délire systématisé classiquement identifiées et cliniquement prévalentes, cénesthésique et affective, pour reprendre les termes de Guiraud, celui-ci en ajoute une troisième, certes bien moins fréquente mais en partie inédite : « dans certains cas [...] l'origine du délire est une anomalie non cénesthésique, mais instinctive ⁸ ». En appui et à titre

1. Guiraud Paul. « Les délires chroniques », in *L'Encéphale*, n°9, 1925, p. 663-673.

2. *Ibid.*, p. 669.

3. *Ibid.*, p. 664. Sans que Guiraud le mentionne expressément, cette notion provient vraisemblablement de Moreau de Tours.

4. *Idem.*

5. *Idem.*

6. *Idem.*

7. *Idem.* Cette perturbation de la quiétude morale est assimilée à une perturbation de l'affectif : est-ce aussi ce que Grivois entend par affectif dans la psychose naissante ?

8. Guiraud Paul. « Délire systématisé et inversion sexuelle », in *Annales médico-psychologiques*, Tome 2, 12^{ième} série, 1922, p. 128-132, p. 128.

d'exemple de son assertion, Guiraud livre une observation « où l'inversion sexuelle [...] au lieu d'être acceptée par le patient comme une chose naturelle, ou bien de provoquer des impulsions reconnue morbides par le sujet lui-même, se manifeste chez le délirant par des interprétations, des pseudo-hallucinations, des hallucinations vraies qui s'organisent en un vrai roman ; les tendances homosexuelles sont repoussées avec dégoût, leur apparition est attribuée à l'activité malveillante d'ennemis mystérieux ¹» Incontestablement, cette troisième occurrence d'anomalie originaire du délire chronique dérive de la thèse freudienne concernant l'étiologie pulsionnelle de la psychose clinique, Guiraud faisant mention de la place accordée, excessive à son avis², par les psychanalystes aux tendances homosexuelles dans les délires systématisés.

Enfin, d'un point de vue causal, Guiraud estime que l'hypothèse « d'une constitution antérieure associée pour expliquer la phase pré-hallucinatoire ne nous paraît pas acceptable ; la maladie est une, s'amplifie progressivement sans transformation foncière ³» Clairement, Guiraud récuse la doctrine des constitutions dominante à l'époque, et, ce faisant inscrit l'apparition du délire chronique dans une perspective graduelle où la maladie est un tout indivisible. Plus de cent vingt ans après Pinel, Guiraud n'hésite pas à réaffirmer cette propriété pourtant mise à mal par J.-F Falret et Moreau de Tours, par le truchement de la *métamorphose* du sujet.

1-2. *Le trouble psychique*

En admettant que le trouble primaire ou *élément pathologique primordial* des délires chroniques soit prioritairement un trouble cénesthésique et/ou de la quiétude morale, Guiraud se conforme avec le savoir psychiatrique des classiques et la plupart de ces contemporains. De plus, non seulement ce trouble peut persister « pendant assez longtemps à l'état de pureté ou s'accompagnant seulement d'hypothèses dubitatives destinées à l'expliquer », mais il est dans la perspective de Guiraud, « indispensable pour l'éclosion de ce que G. de Clérambault appelle l'automatisme mental [hallucinations, pseudo-hallucinations, phénomènes psycho-moteurs]⁴. Dans un mouvement d'unification, Guiraud réunit sous la même notion de « trouble psychique ⁵» tout les troubles idéo-verbaux étudiés à maintes reprises par ses contemporains,

¹. *Idem*.

². *Ibid.*, p. 132.

³. Guiraud P. « Les délires chroniques », *op. cit.*, p. 669.

⁴. *Ibid.*, p. 664-665.

⁵. *Ibid.*, p. 663.

« sous les divers noms : automatisme mental, syndrome d'action extérieure, sentiment d'influence, etc., par Séglas, de Clérambault, Claude, Hesnard, Mignard, Cellier, etc. ¹».

Cliniquement, ce trouble psychique se présente notamment sous les espèces d'hallucinations olfactives, gustatives, visuelles, de voix intérieures, d'obligation « de prononcer mentalement ou réellement certaines paroles, à réaliser certains mouvements ²». Il est dès lors compréhensible que dans sa temporalité Guiraud considère que « les hallucinations verbales sont souvent très retardées [pendant des années] ³ » S'il rejoint sur ce point Mangan en situant le trouble hallucinatoire à une époque tardive du délire, ce faisant, il se démarque du fondateur de la clinique de l'hallucination, Esquirol, dont nous avons présentés les positions.

Reprenons de l'auteur sa propre présentation schématique de ce trouble psychique en trois points « 1° Que des phénomènes mentaux parasites en discordance avec le cours normal de la pensée apparaissent chez le délirant chronique ; 2° qu'ils sont éprouvés comme non personnels ; 3° qu'ils sont désagréables surtout par leur nature et aussi par le mystère de leur apparition. ⁴» A cet égard, si la perspective chronologique des troubles développée par Guiraud concorde avec le discours psychiatrique dominant, il s'accorde également avec lui sur ce troisième point, celui de la tonalité du trouble psychique : « avec la majorité des auteurs, nous croyons également que les phénomènes idéo-verbaux ne sont pas neutres. Parfois, avant de les accueillir dans la conscience sous forme verbale distincte, le sujet entend des murmures contre lui, avant qu'il ait pu le transformer en mots le sentiment de méfiance pénible existe [...] ⁵»

Il importe également de souligner que « les phénomènes idéo-verbaux quand ils apparaissent ne font que continuer et exprimer d'une façon nouvelle de la cénesthésie et de la quiétude ⁶» de sorte que nulle discontinuité n'intervient entre le malaise initial et le trouble psychique. En effet, « le caractère antérieur du sujet –très variable- est pour beaucoup dans la façon dont il subit les symptômes nouveaux, dans sa manière de les interpréter et de les systématiser et dans ses réactions médico-légales ⁷».

Au surplus, si les troubles idéo-verbaux constituent l'essentiel du trouble psychique, à l'occasion « des troubles instinctifs spécialement sexuels s'y adjoignent parfois. Le mécanisme

¹. *Idem.*

². *Ibid.*, p. 664.

³. *Ibid.*, p. 669.

⁴. *Ibid.*, p. 664.

⁵. *Ibid.*, p. 669.

⁶. *Idem.*

⁷. *Idem.*

par lequel la sexualité de l'organisme intervient sur le cerveau et prend la forme psychique de tendances de désirs et de productions artistiques ou délirantes, est encore bien obscur. Il suffit de constater l'apparition de sensations douloureuses et voluptueuses à la fois éprouvées comme non personnelles, d'un étrange sentiment de dégoût physique ou affectif masqué souvent par d'amples rêveries compensatrices et enfin d'inversion sexuelle latente non reconnue par la conscience et donnant l'impression de changement de sexe ¹». Il ressort de ces lignes que si Guiraud reprend en partie son indication de 1922, il lui en donne toutefois une consistance clinique plus fine grâce à la prise en compte du vécu du sujet éprouvant ces troubles sexuels comme non personnels. Dès lors, l'inversion sexuelle n'est plus assimilée à une anomalie originaire à part entière mais peut à l'occasion accompagnée l'une des deux anomalies principales, du physique et du moral.

En résumé nous pouvons présenter ainsi la temporalité dégagée par Guiraud : au malaise inaugural, ou « élément initial ²», succède un trouble psychique à partir duquel « dérivent les thèmes délirants ³», ce qui apparente, selon nous, ce malaise initial au *fond maladif* de J.-P Falret.

1-3. *L'hypothèse étiologique*

L'hypothétique mécanisme étiologique avancé par Guiraud apparaît comme un trouble moniste où conflue des éléments psychiatriques et neurologiques, réitérant ainsi la confusion des deux champs du délire psychotique et du délire symptomatique. Il en vient à considérer les délires chroniques comme des cénesthopathies dystoniques, « cénesthopathiques parce que l'atteinte siège au-dessus des centres réflexes végétatifs [...] dystoniques à cause de la discordance chronaxique avec l'ensemble des neurones voisins. ⁴»

2. 1929 : quelques rectificatifs

Quelques années plus tard dans une intervention lors de la séance du 25 novembre 1929 de la Société médico-psychologique, Guiraud et Le Cannu présentent un travail éponyme sur

¹. *Ibid.*, p. 665.

². *Ibid.*, p. 664.

³. *Ibid.*, p. 663.

⁴. *Ibid.*, p. 673.

les « symptômes primitifs et secondaires de la psychose hallucinatoire chronique ¹». Les auteurs y modifient quelque peu le tableau clinique initial du délire en reconnaissant que si la cénesthésie et l'inquiétude constituent les symptômes primitifs « dépourvus d'appropriation personnelle à la personnalité²» dans le délire chronique, il convient d'y ajouter « les hallucinations olfactives et gustatives [qui sont fréquentes], et assez souvent des troubles moteurs [beaucoup plus rares]. » Ils admettent en outre que « les itérations [répétitions et stéréotypies motrices et verbales] nous paraissent également un symptôme primitif dans la psychose hallucinatoire chronique [...] Il en est de même pour les barrages ³». Cependant, ils campent sur la position antécédente de Guiraud en soutenant que « les hallucinations verbales et les phénomènes psychomoteurs verbaux ne sont pas des symptômes primitivement pathologiques mais ne sont qu'un corollaire de véritables symptômes primitifs [cénesthésiques] qu'elles expriment en utilisant les complexes idéo-affectifs antérieurement acquis.⁴» Autrement dit, sauf exceptions attribuables à l'hébéphrénie, les auteurs considèrent que « les phénomènes verbaux [auditifs, oraux, et par transmission de pensée] sont des symptômes secondaires ⁵». Au reste, l'automatisme auditif « ne nous semble ni neutre ni athématique, surtout au début, contrairement à ce que dit Clérambault. ⁶»

En définitive, Guiraud réaffirme son point de vue sur la temporalité des troubles qui s'accorde avec celui de Lasègue, et, ce faisant s'oppose à celui de Clérambault et à son école ainsi qu'il le souligne lui-même⁷. Partant, il va à nouveau à l'encontre du fondateur Esquirol.

¹. Guiraud P, Le Cannu Y. « Symptômes primitifs et secondaires de la psychose hallucinatoire chronique », in *Annales médico-psychologiques*, tome 2, décembre 1929, p. 422-428, p. 427.

². *Ibid.*, p. 426. Il semblerait que cette expression soit de Cellier comme l'indique Guiraud lui-même.

³. *Ibid.*, p. 427.

⁴ *Ibid.*, p. 426.

⁵. *Ibid.*, p. 427.

⁶. *Ibid.*, p. 426.

⁷. *Idem.*

IV. Les recherches contemporaines : le cas de *la psychose naissante*

Sans conteste, la psychiatrie française est entrée depuis quelques décennies dans une ère nouvelle de son histoire, se départissant avec peu de retenue des avancées conceptuelles et nosographiques constitutives de l'ère précédente, nommément celle des « structures psychopathologiques ¹ ». Alors qu'historiquement, elle s'était électivement appuyée sur les recherches de l'École allemande et dans une moindre mesure sur celles de l'École italienne afin d'alimenter les deux courants de recherches prévalant en son sein, l'un clinique et l'autre biologique, elle est désormais soumise depuis une trentaine d'années à un véritable rapprochement entre ses deux courants, notamment sous l'impulsion des recherches pharmaceutiques américaines et des théories cognitivo-comportementales. Dans ce sens, le contexte économique de l'époque a exercé une influence décisive dans la mesure où il a pu astreindre les psychiatres à se convertir « massivement à une approche neuroscientifique ² ». De sorte que « faute de crédits suffisants pour soigner au long cours, ils se transforment quand ils le peuvent en chercheurs, et soumettent à des commissions composées exclusivement de scientifiques 'durs', biologistes, chimistes ou physiciens, des projets orientés par les présupposés de ceux à qui ils s'adressent.[...] ³ » De fait, leurs hypothèses ou modèles de la psychose et par conséquent d'entrée dans la psychose sont fortement emprunts des caractéristiques paradigmatiques de cette ère dite « post-moderne [...] qui se prétend dépourvue de toute théorisation, ignorant délibérément que l'empirisme est une philosophie parmi d'autres, d'ailleurs fort estimable, et réduisant notre discipline à la juxtaposition de syndromes sans aucune unification possible [...] ⁴ » selon Lantéri-Laura.

Sans procéder à une cartographie exhaustive de ces recherches contemporaines relatives au paradigme de l'apparition de la psychose, il est aisé de constater que depuis quelques décennies sont très fréquemment associées dans le même modèle prévalant d'approche de la psychose, nommément le modèle de stress-vulnérabilité, les notions de psychose débutante, de psychose unique et celle de vulnérabilité. Appelé aussi « génétique

¹. Lantéri-Laura G. « Réflexions sur l'hypothèse d'une pathologie mentale unitaire » in *Neuro-psy*, volume 15, n°2, mars-avril 2000, p. 62-65, p. 64.

². Hochmann Jacques. *Histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 120.

³. *Idem*.

⁴. Lantéri-Laura G. « Principales théories dans la psychiatrie contemporaines », *op. cit.*, p. 2.

des psychoses ¹», ce modèle possède une place majeure et même dominante dans l'abord contemporain neuroscientifique de l'entrée dans la psychose. Natif de recherches anglo-saxonnes et américaines mais aussi françaises par l'entremise de celles menées par Henri Laborit, il s'est diffusé et imposé comme le modèle représentatif des normes actuelles de scientificité excluant catégoriquement toute dimension subjective. Situé à la confluence de plusieurs disciplines ou champ de recherches, il ne pouvait avec sa volonté totalisante qu'engendrer le consensus dont il est indéniablement l'objet ainsi que la littérature spécialisée en témoigne. Laborit ne prétendait-il pas une avec son *essai d'intégration bio-neuro-psycho-sociologique* tendre « vers une psychiatrie totale ²».

Ainsi lors de la *Conférence de consensus* portant sur les schizophrénies débutantes qui s'est tenue en janvier 2003 le jury de recommandations a pu lui-même souligné qu'« un vaste consensus existe pour dire que la schizophrénie résulte d'interactions complexes entre vulnérabilité génétique et facteurs de risques environnementaux ; par ceux-ci on entend les facteurs de risque biologique, psychologiques et sociaux. ³». En conséquence, on peut le trouver tout aussi bien dans des recherches neurodéveloppementales, génétiques et même de psychiatrie cognitive et sociale portant essentiellement sur la schizophrénie débutante, et de façon générale, sur la psychose débutante définie alors comme un syndrome ou psychose unique. A cet égard, l'ouvrage de Luigi Grosso et Henri Grivois sur *La schizophrénie débutante* ⁴ est démonstratif d'une convergence transdisciplinaire vers ce type de modèle. C'est notamment à ce titre, que les recherches d'Henri Grivois sur la *psychose naissante* méritent toute notre attention. Nous examinerons la genèse d'une telle notion du début des années 90 à ses dernières formulations de 2007, en passant par ses développements neuroscientifiques du milieu des années 90.

¹. Tatossian A. « La vulnérabilité psychotique », *Synapse*, numéro spécial, mars 1996, p. 30-34, p. 30.

² Laborit H. « Vers une psychiatrie totale : un essai d'intégration bio-neuro-psycho-sociologique », *Prospective et Santé*, n°1, printemps 1977, p. 65-78.

³. Marie-Cardine. M (sous la présidence du Pr.). « Schizophrénies débutantes : recommandations du jury », in *Schizophrénies débutantes*, Conférence de consensus 23 et 24 janvier 2003, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, p. 403-430, p. 409.

⁴. Grivois H, Grosso L. *La schizophrénie débutante*, Paris, John Libbey Eurotext, 1998.

IV-1. La psychose unique : de l'aliénation mentale à la psychose débutante

En France, le geste fondateur de Pinel, la médicalisation de la folie grâce aux théories philosophiques des passions, ne perturba guère la nosographie traditionnelle. Pinel reprit à peu de choses près la classification en vigueur à son époque tout en lui appliquant le principe moniste suivant : les espèces cliniques sont des déclinaisons d'une seule et unique maladie, l'aliénation mentale. Pinel ne se différençait là en rien de ses contemporains : « Pendant la première moitié du XIX^e siècle, les traditions médicales germanique et française, dans le domaine de la pathologie mentale, s'accordaient au moins en un point : le paradigme de toutes leurs références revenait à admettre, comme condition préalable à toute médecine mentale possible, cette idée fondatrice : tout ce qui, dans le registre de la folie, pouvait se réduire légitimement à la médecine constituait une maladie, mais une maladie foncièrement unique, malgré la diversité apparente de ses manifestations cliniques, maladie différente de toutes les autres maladies dont s'occupait la médecine de pareille époque. [...] Dans la tradition française, cette maladie avait été dénommée par P. Pinel l'aliénation mentale. ¹».

Cette conception perdura jusqu'au milieu du XIX^e siècle avant d'être délaissée sous l'influence capitale de la rupture nosographique opérée notamment par Jean-Pierre Falret, au profit de la pluralité des maladies mentales foncièrement distinctes et irréductibles les unes des autres, et pouvant être l'objet d'un diagnostic positif et différentiel. Falret père appliquait à la médecine mentale les innovations et préceptes de l'École de Paris : « On a voulu étudier la folie comme une maladie unique, au lieu de rechercher dans ce groupe si vaste et si mal limité, des espèces vraiment distinctes, caractérisées par un ensemble de symptômes et par une marche déterminée. Cette erreur fondamentale a été, à nos yeux, la plus fatale à l'avancement de la science ; elle a dominé la plupart des travaux de notre époque et l'on doit surtout s'efforcer de la combattre, si l'on veut imprimer à notre spécialité un mouvement progressif dans une voie différente ²». Cette réfutation, capitale dans l'introduction d'une nouvelle conceptualité de la pathologie mentale, engendra un tel mouvement réformateur des mentalités nosographiques, étiologiques tout aussi bien, qu'à la « fin du XIX^e siècle, sauf exception, plus personne, dans notre domaine, ne se référerait à l'unicité de cette pathologie. ³» Puis, dans la période de l'entre-deux guerres, « sous l'influence de la nosologie globaliste, de la théorie de la forme, de la phénoménologie et, à certains égards, de la psychanalyse, ceux

¹. Lantéri-Laura G. « *Réflexions sur l'hypothèse d'une pathologie mentale unitaire* », *op. cit.*, p. 62.

². Falret J-P. « Introduction » [1863] in *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* [1864], *op. cit.*, p. XXX-XXXI.

³. Lantéri-Laura G, « *Réflexions sur l'hypothèse d'une pathologie mentale unitaire* », *op. cit.*, p. 63.

qui, en France, voulaient rénover la psychiatrie [...], se méfiaient de la multiplication des maladies mentales et des formes cliniques de chacune d'elles ¹» de sorte qu'ils déclinèrent celles-ci en deux grandes structures psychopathologiques, la névrotique et la psychotique, estime Lantéri-Laura.

En Allemagne, au milieu du XIX^e siècle, la perspective unitaire connaît un certain essor. En effet, selon Bercherie, Griesinger « emprunte à son maître Zeller l'idée très en faveur en Allemagne à cette époque de la 'monopsychose' que Neumann systématisera dans son traité de 1860 : toutes les formes cliniques de folie ne seraient que les phases successives d'une même maladie. ²». Cette psychose unique ou *Einheitspsychose* repose sur la thèse d'un trouble primaire associé à un continuum santé-maladie et son « esprit unitaire s'intègre naturellement dans le modèle de vulnérabilité, dont il est le précurseur. ³» Par la suite, le modèle unitaire de la psychose connu un certain déclin avant d'être réinvesti dans des « hypothèses unitaires plus complexes ⁴» comme celle de Kretschmer ou plus récemment celle W. Janzarik dont le modèle se trouve intégré parmi les modèles de vulnérabilité dans la psychose de J-M Azorin. Intégration pouvant prêter à discussion si l'on se réfère aux travaux de F. Sauvagnat, celui-ci inclinant volontiers à le ranger parmi les tenants du approche structurale « ce qui est le cas couramment de l'École allemande à partir des années trente. ⁵».

Azorin, quant à lui, considère que le modèle de Janzarik est « l'aboutissement d'un certain nombre de conceptions psychopathologiques qui se sont développées outre-Rhin dans la postérité de Jaspers et réactualisent le concept de psychose unitaire. L'école de Heidelberg y joue un rôle décisif. ⁶». Les travaux de Kurt Schneider sur la notion de perception délirante participe largement à ce modèle, notion dont les origines germaniques se rapportent aux travaux des cliniciens allemands sur *l'Eigenbeziehung*⁷, sur le versant humeur délirante. De sorte que l'instabilité dynamique constitue « le trouble de base de la schizophrénie » [...] « une vulnérabilité commune : elle a un fondement biologique » et probablement génétique, mais peut être déclenchée par un stress somatique ou psychosocial. ⁸». En définitive, affirme

¹. *Ibid.*, p. 64.

². Bercherie P. *Les fondements de la clinique*, op. cit., p. 52.

³. Grosso L. « Aux origines de la conception unitaire des psychoses dans la psychiatrie allemande du XIX^e siècle », in *Neuro-psy*, vol 15, n°2, mars-avril 2000, p. 66-75, p. 67.

⁴. *Ibid.*, p. 72.

⁵. Sauvagnat F. « De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques ont-ils l'indice ? » in *Psychose naissante, psychose unique* (dir. Grivois), Paris, Masson, 1991, p. 69-83, p. 69. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question.

⁶. Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, op. cit., p. 41.

⁷. *Infra.*, p. 194 et p. 314.

⁸. Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, op. cit., p. 44.

Azorin, « le modèle de Janzarik réactualise la notion de psychose unitaire [*Einheitspsychose*] en mettant l'accent sur l'hypothèse d'une vulnérabilité commune qui, en fonction du niveau de stress et des variables de personnalité [structure acquise et niveau dynamique ou tempérament biologique], conduit à telle ou telle variété clinique de psychose. ¹»

Par une sorte de permanence de cette perspective, les principaux modèles actuels de l'apparition de la psychose reposent sur l'existence implicite d'une psychose unique très fortement associée au modèle de la vulnérabilité ainsi que le souligne Azorin : « On peut schématiquement distinguer pour la psychose unitaire des modèles génétiques, des modèles mixtes et des modèles multifactoriels. Tous ces modèles font appel à la notion de vulnérabilité ²». De sorte que cette notion doit être considérée comme nodale et même cardinale dans cette approche psychopathologique. En effet, comme le signale Lanteri-Laura «elle [la psychose unique] renvoie à la fois au concept germanique de *Einheitspsychose*, à la notion française d'aliénation et à la doctrine, beaucoup plus actuelle, de psychose naissante ³». De sorte que ces notions « se réfèrent à un domaine [...] approximativement homogène. ⁴» né au début des années 50. La notion de psychose unique étant vaste, elle fait figure de matrice tout aussi bien aux notions contemporaines de psychose naissante que de schizophrénie débutante dont les linéaments datent des années 50. En effet, en 1958, Conrad fait paraître *Die Beginnende Schizophrenie*⁵ traduit par Henry Ey « La schizophrénie au début ⁶». Il y examine les premiers troubles de la schizophrénie et inaugurent par sa démarche toute une série de travaux qui s'en distinguent toutefois par leur approche. Si l'on en croit H. Ey, le livre n'étant pas malheureusement traduit en français nous ne pouvons faire autrement, Conrad caractérise « le développement de l'expérience schizophrénique initiale [...] selon trois aspects : ce qu'il appelle le tréma initial [sorte de modification de la 'tonalité psychique', de fond ineffable de sentiments d'étrangeté] – ce qu'il nomme l'apophanie délirante, irruption du délire primaire au sens de Gruhle – et enfin ce qu'il propose de désigner comme

¹. *Ibid.*, p. 45.

². Azorin J.-M, Dassa D. « La psychose unique : aspects conceptuels » in *Neuro-psy*, vol 15, 2, mars-avril 2000, p. 82-85, p. 84.

³. Lanteri-Laura G. « Réflexions sur l'hypothèse d'une pathologie mentale unitaire », *op. cit.*, p. 62.

⁴. *Idem.*

⁵. Conrad Klaus. *Die Beginnende Schizophrenie. (Versuch einer Gestalt analyse des Wahns)*. Stuttgart, Ed. Georg Thieme, 1958.

⁶. Ey Henri. « A propos de 'La schizophrénie au début' de Klaus Conrad », in *L'Évolution psychiatrique*, 23, 1958, p. 697-698. J-M Azorin estime qu'il s'agit de trois temps de la schizophrénie débutante inaugurée par le tréma qui dériverait de l'humeur délirante de K. Schneider : « L'humeur délirante en est la première étape : elle correspond à l'impression d'un changement global et mystérieux de l'expérience, suite auquel plus rien n'est évident ni naturel. » In *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, *op. cit.*, p. 41.

expérience délirante apocalyptique. ¹» Azorin estime que l'*apophanie*, est la seconde étape de la schizophrénie débutante, « dans laquelle la majorité des événements acquiert un sens spécial en relation avec leur physionomie et les expériences antérieures du sujet. » De plus, avance-t-il, « Conrad désigne par *anastrophé* le sentiment éprouvé par le sujet que les événements ont un rapport avec lui et qu'il est le centre dans ce qui constitue la base du concernement ou de l'autoréférence pathologique erronés. Cet état s'accompagne d'une impuissance à retrouver les coordonnées de l'expérience commune et ses facteurs d'ordonnement. ²» Une troisième étape se concrétise sous les espèces de la phase apocalyptique selon Azorin. Il est notable qu'Azorin utilise le terme de concernement dont l'on verra la place majeure dans la théorie d'Henri Grivois et ne fasse aucunement référence à la traduction française communément admise de signification personnelle. Il convient de préciser, en nous appuyant sur les travaux de F. Sauvagnat, que le tréma initial et l'apophanie sont, à condition de les rapporter respectivement aux notions de *Krankhafte Eigenbeziehung* et de *Wahnstimmung*³, deux sortes de phénomènes élémentaires⁴ non pas uniquement successifs comme le laissent entendre Azorin mais pouvant être synchrones ou isolés.

Par ce rapide aperçu historique, il s'agissait pour nous de montrer sommairement d'une part quelques uns des principaux fondements historiques du modèle unitaire de la psychose et ses développements ultérieurs modernes et d'autre part de rendre sensible l'existence de liens électifs entretenus par la psychose unique avec le modèle de la vulnérabilité que nous allons maintenant examiner.

IV-2. Les recherches contemporaines sur les modèles stress-vulnérabilité

1. La notion de vulnérabilité

Attesté depuis 1836, le terme de vulnérabilité dérive de l'adjectif vulnérable du latin *vulnerabilis*, dont la première occurrence datée de 1676 signifie « qui peut être blessé ⁵». En 1807, intervient une extension sémantique de cet adjectif par laquelle il signifie, en outre,

¹. *Ibid.*, p. 697-698.

². Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, op. cit., p. 41.

³ Traduite également en français par « ambiance délirante » comme le signale Lucien Israël. In Israël L. *Initiation à la psychiatrie*, Paris, Mason, 1984, p. 54

⁴. Sauvagnat F. « De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques sont-ils l'indice ? », op. cit., p. 70.

⁵. Article « Vulnérabilité » in *Trésor de la Langue Française*, CNRS, 1978.

« qui peut être facilement atteint, attaqué ¹ ». Ainsi, la vulnérabilité désigne une certaine fragilité à être atteint d'un mal ou d'une maladie. De sorte que « dans le vocabulaire médical classique, on retrouve le concept de vulnérabilité à travers les notions de terrain et de diathèse. Le terrain est constitué par l'environnement endogène et exogène du sujet, la diathèse, quant à elle, est définie comme la tendance constitutionnelle à répondre à diverses stimulations par des réactions anormalement violentes, voir franchement pathologiques. La diathèse est l'extériorisation phénotypique d'un génotype anormal caractérisé par une prédisposition à contracter certaines maladies. ² » Dans ce sens, et en conformité avec Bonnot et Mazet, Abdelfattah estime que la notion de vulnérabilité est « une reformulation moderne du terme de 'diathésis', utilisé par les Grecs et les Romains, c'est-à-dire 'une prédisposition pour une maladie ou une anormalité' ³ ». De nos jours, cette notion est définie par « la tendance constitutionnelle à répondre à diverses stimulations par des réactions anormalement violentes ou franchement pathologiques » voire « par l'extériorisation phénotypique d'un génotype anormal, caractérisé par une prédisposition à contracter certaines maladies. ⁴ » A ce propos, signalons que la notion de diathèse a pu être employée, à l'occasion, dans le champ psychiatrique tel Clérambault évoquant chez un de ses patients « une diathèse psychique héréditaire ⁵ ».

En outre, Abdelfattah estime que cette notion de vulnérabilité était utilisée par Freud, en 1905, sous le terme de « *Erganzungsreihe* » [lignes complémentaires] afin d'« expliquer les connexions existant entre les facteurs constitutionnels et transitoires qui coïncident et cohabitent dans le traitement de la névrose ». Il considère également, que cette notion est apparentée à la notion de prédisposition « *Anlage* » de Jaspers [1913] « qui, dit-il, a insisté sur le phénomène psychopathologique résultant de l'influence environnementale et la prédisposition héréditaire. ⁶ » Bouisson partage également ce point de vue considérant que Freud a utilisé la notion de 'série complémentaire' « pour désigner une série de facteurs –

¹. *Idem*.

². Bonnot Olivier, Mazet Philippe. « Vulnérabilité aux schizophrénies : revue de la littérature et applications cliniques », in *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 54, 2006, p. 92-100, p. 93.

³. Abdelfattah A. « Troubles cognitifs et vulnérabilité dans les psychoses schizophréniques », in *Annales médico-psychologiques*, 1, 152, 1994, p. 45-49, p. 46.

⁴. Manuila A, Manuila P, Nicole M et al. Article Diathèse. In *Dictionnaire français de médecine et de biologie*, Manuila A et al (eds), Paris, Masson, t 1, 1970, p. 82. Cités par Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, *op. cit.*, p. 10.

⁵. Clérambault G G.de. « Un cas de délire à deux avec modes de début un peu spéciaux » [1907], in *Œuvres psychiatriques*, *op. cit.*, p. 47-71, p. 51.

⁶. Abdelfattah A. « Troubles cognitifs et vulnérabilité dans les psychoses schizophréniques », *op. cit.*, p. 46.

endogènes, exogènes- rendant compte de l'étiologie de la névrose ¹» comme relative à celle de vulnérabilité.

Se centrant sur les recherches liées à cette notion et portant sur la schizophrénie, Bonnot et Mazet affirme que le trio « Bleuler, Morel et Kretschmer sont à l'origine de cette notion de vulnérabilité dans la schizophrénie ²». Ils évoquent dans ce sens la doctrine de la dégénérescence de Morel et sa notion d'*aptitude à délirer*³. Selon Marie.-Odile Krebs, si les premières occurrences du terme de vulnérabilité dans la littérature psychiatrique internationale sont relativement récentes, il convient de lui reconnaître des antécédents chez Kraepelin ou chez Dupré notamment : « Dupré avait de son côté souligné l'existence d'une prédisposition héréditaire qu'il décrivait comme le 'germe' d'une pathologie mentale ultérieure ⁴». Remarquons que cette ascendance est discordante avec celle de Mazet et Bonnot. En conséquence, il apparaît que les sources généalogiques ou préfigurations ne sont pas clairement identifiées, par ces auteurs tout du moins. A cet égard, l'histoire de la psychiatrie nous enseigne que l'hypothèse d'une prédisposition héréditaire à la folie est bien antérieure à la seconde moitié du XIX^e siècle ainsi que nous l'avons vue précédemment. En outre, l'un des premiers auteurs ayant introduit le terme de psychose dans la terminologie psychiatrique, l'allemand Carl. Friedrich. Canstatt [1807-1850] le fit afin de « définir l'ensemble des troubles mentaux majeurs, dont la prédisposition individuelle [psychische Vulnerabilität] favoriserait la survenue. ⁵» De sorte que non seulement Canstatt participa à l'introduction du terme de psychose dans le champ psychiatrique mais également le terme de vulnérabilité trouvait sous sa plume l'une de ses premières occurrences psychiatriques. D'ailleurs, il n'est pas inintéressant de souligner qu'il reprit ce terme de la terminologie médicale allemande du XVIII^e siècle afin de caractériser une prédisposition ou sensibilité ou

¹. Bouisson P. « Le syndrome de vulnérabilité », in *Nervure*, VIII, 3, avril 1995, p. 17-27, p. 18. Freud aurait employé cette locution dans son *Introduction à la psychanalyse*. La traduction parue chez Payot est « séries de complément », p. 237. Nous verrons dans la seconde partie que les rapprochements opérés par ces auteurs ont peu de réalité dans la mesure où les thèses étiologiques freudiennes induisent l'existence d'une sorte de structure psychique.

². Bonnot O, Mazet P. « Vulnérabilité aux schizophrénies : revue de la littérature et applications cliniques », *op. cit.*, p. 93.

³. A notre connaissance, cette notion ne se trouve pas chez Morel mais fut employée par Jean-Pierre Falret dans son « Introduction » de 1863. In *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 12. On trouve la variante « d'aptitude délirante » chez G.G de Clérambault. Cf, *supra.*, p. 98.

⁴. Krebs Marie-Odile. « Concept de vulnérabilité appliqué aux troubles schizophréniques », in *Recherche et enseignement à l'hôpital Sainte-Anne*, 2^{ième} journée Pierre Deniker, mars 2003, Paris, Masson-Acanthe, 2003, p. 49-55, p. 49.

⁵. Grosso L. « Aux origines de la conception unitaire des psychoses dans la psychiatrie allemande du XIX^e siècle. », *op. cit.*, p. 66. Précisons que si les premières occurrences du terme de psychose se situent dans l'Allemagne des années 1830, il sera largement diffusé par E. von Feuchtersleben dans son manuel de psychiatrie paru en 1845.

vulnérabilité non pas somatique mais psychique. Toutefois, l'origine somatique de cette notion ne la quitta jamais véritablement au point qu'elle réapparut au milieu du XX^e siècle dans une conception ou modélisation profondément génétique de la schizophrénie. Aussi, on peut considérer que la vulnérabilité psychique telle que Canstatt semblait la penser fut dénaturée par cette modélisation, Freud et sa prédisposition psychique étant sans doute plus proche de celle-ci.

Du point de vue de Bonnot et Mazet, historiquement « l'introduction de la notion de vulnérabilité en médecine est un apport de la génétique. En effet, la découverte de transmission n'appartenant pas au modèle mendélien a fait apparaître la notion de seuils variables d'expression des gènes. Ainsi, être porteur d'un gène, même sur deux chromosomes, ne conduit pas nécessairement au développement de la pathologie qui y est associée. Le sujet est 'vulnérable'.¹ ». Partant, la notion de vulnérabilité est synonyme de prédisposition dans la mesure où elle implique « qu'il existe des sujets porteurs de dérèglements de leur fonctionnement métabolique, psychique, génétique ou autres qui sont susceptibles d'exprimer une maladie. Ces sujets à risque sont dits 'vulnérables'.² »

S'il appert de ces précisions terminologiques et historiques que le terme de vulnérabilité au sens moderne n'est en rien primitivement relatif à un objet psychiatrique étant « similaire à celui d'autres pathologies complexes comme l'hypertension ou le diabète³ », il le devient ensuite, ses premières occurrences dans la littérature psychiatrique internationale datant des années soixante avec les travaux menés par Rado ou par Meehl⁴, toujours selon Marie.-Odile Krebs. Il connaît depuis une diffusion massive sous les espèces des modèles stress-vulnérabilité, comme nous allons le montrer, au point d'être devenu dans certains courants de recherches, indispensable à toute conceptualité dite scientifique⁵ de la psychose. Dans sa diffusion massive, la notion de vulnérabilité a même été employée par la suite dans un ouvrage de psychopathologie clinique de l'enfant, *L'enfant vulnérable*⁶. On la trouve également intégrée à des recherches sur les pratiques addictives devenant par exemple une

1. Bonnot Olivier, Mazet Philippe. « Vulnérabilité aux schizophrénies ... », *op. cit.*, p. 93.

2. *Idem.*

3. Krebs Marie-Odile, Canceil Olivier. « Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau », in *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2004, p. 91-102, p. 99.

4. Krebs M.-O. « Concept de vulnérabilité appliqué aux troubles schizophréniques », *op. cit.*, p. 49.

5. Rejetant toute dimension subjective, il conviendrait mieux, à la suite de nombreux auteurs J.-C. Maleval, de la qualifier de scientifique.

6. Anthony EJ, Chiland Colette, Koupernic C. *L'enfant vulnérable*, Paris, PUF, 1982.

vulnérabilité à l'héroïnomanie ¹ ou bien encore en tant que vulnérabilité à la dépression². Elle tend, à moins qu'elle ne le soit déjà, à être la notion cardinale c'est à dire dominante des recherches fondamentales contemporaines dans le champ psychopathologique et ce à la mesure de son caractère indéfini³.

2. La modélisation stress-vulnérabilité

2-1. Aperçu historique du modèle stress-vulnérabilité

Ainsi que nous le signalions dans notre propos introductif, la notion de vulnérabilité au sens moderne s'est imposée dans le champ psychopathologique notamment depuis les travaux de Rado et Meehl⁴ qui ont jeté les bases d'une modélisation centrée sur la notion de vulnérabilité et plus largement « basé[e] sur la prise en compte de facteurs génétiques correspondant à une prédisposition héritée et se traduisant par un phénotype de 'schizotaxie', en interaction avec différents facteurs environnementaux. ⁵» Bien que s'inspirant de ce modèle, différentes voix dissidentes se font tout de même entendre, certains considérant en effet que la prédisposition génétique est une condition nécessaire mais pas suffisante, comme le rappelle Marie.-Odile Krebs. C'est dans cette perspective que Zubin et Spring, introduisent en 1977 dans leur article princeps « Vulnerability – a new view of schizophrenia ⁶», l'incidence des facteurs de stress, nécessaires à l'expression d'une « vulnérabilité latente ⁷». Ils sont depuis communément considérés comme les réels concepteurs du modèle stress-vulnérabilité. En revanche, il est relativement méconnu, et de ce fait pas suffisamment pris en compte, que la même année, c'est à dire en 1977, le chercheur français Henri Laborit formulait un essai d'intégration bio-neuro-psycho-sociologique préfigurant sans conteste l'approche bio-psycho-sociale⁸. Ne se référant nullement aux recherches de Zubin et Spring

¹. Dervaux A, Krebs M-O. « Les facteurs de vulnérabilité de l'héroïnomanie », in *Annales médico-psychologiques*, 162, 2004, p. 307-310.

². Lecrubier A. « De la vulnérabilité à la dépression : la neuroplasticité en question », in *Synapse*, n°211, janvier 2005, p. 40-42.

³. En effet, il est notable que R. Doron et F. Pavot la définissent dans leur article comme « prédisposition somatique et psychique ». L'étendue du champ de la prédisposition tend à la rendre inefficace conceptuellement. Article. Vulnérabilité in *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, PUF, 1991.

⁴. Point de vue congruent avec celui d'Azorin. In *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, p. 8.

⁵. Krebs M.-O. « Concept de vulnérabilité appliqué aux troubles schizophréniques », *op. cit.*, p. 49.

⁶. Zubin J, Spring B. « Vulnerability – a new view of schizophrenia », *Journal of abnormal Psychology*, 86, 2, 1977, p. 103-126.

⁷. Krebs M.-O. « Concept de vulnérabilité appliqué aux troubles schizophréniques », *op. cit.*, p. 50.

⁸. Laborit H. « Vers une psychiatrie totale : un essai d'intégration bi-neuro-psycho-sociologique », *op. cit.*

dans son article, pourtant contemporaines aux siennes et même simultanées, Laborit tentait d'intégrer certaines notions freudiennes à son essai, initiant sans doute une démarche encore présente chez certains de nos jours.

Quant à O. Bonnot et P. Mazet, ils attribuent à Zubin et Spring le mérite d'avoir produit les premiers modèles 'modernes' liés à la notion de vulnérabilité et partant d'avoir « posé les bases de la théorie de la vulnérabilité ¹» Considéré également par J.M Azorin comme le premier véritable modèle de vulnérabilité, leur modèle se différencie des travaux de Rado ou de Meehl notamment par : « - l'existence de contributions multiples à la vulnérabilité ; - la volonté de mesurer cette vulnérabilité ; - la différence faite entre vulnérabilité permanente et épisodes temporaires de l'affection ²». Il appert qu'une large place est accordée à la notion de variable dans ce modèle, relative au degré de vulnérabilité du sujet et les événements provocateurs. Chacune de ces deux variables de base se décomposent elle-même en deux types, soit deux types de vulnérabilité et deux types d'événements provocateurs. Ainsi, la vulnérabilité peut être innée, elle est alors « de nature génétique et se reflète dans l'environnement interne et la neurophysiologie de l'organisme », ou acquise, celle-ci étant « liée à l'influence de traumatismes d'affections spécifiques, de complications périnatales, d'expériences familiales et développementales voire d'autres facteurs. ³» Quant aux événements provocateurs, ils peuvent être décrits selon leur « nature endogène ou exogène ⁴». Si les événements endogènes se rapportent à des « événements biochimiques ou neurophysiologiques en relation avec la maturation, la prise de toxiques, la nutrition, une infection ou d'autres causes ⁵», ils s'avèrent plus difficiles à élucider. Les événements exogènes se laissant facilement appréhendés comme des « événements de vie qui sont source de stress [...] le modèle a fini par se résumer à celui d'une vulnérabilité au stress ⁶» Spring et Zubin le définissent comme « une discordance entre la sollicitation d'un organisme et la perception par celui-ci des réponses possibles. ⁷»

Ce modèle, selon Azorin, implique un second type de variables dites modératrices intervenant pour l'adaptation au stress et provenant des théories élaborées par Murphy d'une

¹. Bonnot O, Mazet P. « Vulnérabilité aux schizophrénies : revue de la littérature et applications cliniques », *op.cit.*, p. 94.

². Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, *op. cit.*, p. 20.

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. *Idem.*

⁷. *Ibid.*, p. 21.

part et French et Steward d'autre part. Sans entrer plus en détail dans celle-ci, notons tout de même, que les premières reposent notamment sur les efforts d'initiatives appelés coping.

Il importe de souligner les relations entre cette vulnérabilité et les événements exogènes ou stress. Selon Azorin, ces relations peuvent être définies comme suit : « tant que le stress induit par l'événement provocateur demeure en dessous du seuil de vulnérabilité, l'individu répond de façon adaptative et demeure dans les limites de la normalité. ¹» Lorsque ce seuil se trouve être dépassé alors « l'individu est susceptible de développer un épisode ²» psychotique limité par nature dans le temps. « Quand le stress retombe en dessous du seuil de vulnérabilité, l'épisode cesse et l'individu retourne à un niveau antérieur d'adaptation. ³». Pas de doute, nous sommes bien ici dans une perspective mécaniciste.

Quelques années plus tard, émerge le modèle de Ciompi, dit intégratif⁴, décrit par la succession de trois phases allant de la phase prémorbide à la phase d'évolution à long terme en passant par la deuxième phase de déstabilisation du terrain vulnérable sous l'action d'un stress biologique ou psychosocial. La première phase dite prémorbide « s'étend de la conception à l'apparition du premier épisode et correspond à la phase d'élaboration d'un terrain vulnérable sous l'influence interactive et prolongée de facteurs biologiques et psychosociaux, qui vont labiliser certains des systèmes référentiels dans leur constitution, compromettant ainsi la formation de l'identité et du sens de la réalité. ⁵». Se différenciant du modèle de Zubin, Ciompi estime que la vulnérabilité amenuise les capacités d'initiative personnelle d'adaptation aux événements provocateurs. La phase suivante apparaît suite à « une déstabilisation de ce terrain vulnérable, sous l'influence d'un processus d'escalade entre l'interaction d'une capacité d'initiative amoindrie et de facteurs additionnels de stress biologiques et/ou psychosociaux. [...] Un tel processus conduit le système à un point de non-retour où il passe d'un état fonctionnel à un régime psychotique. ⁶» Contrairement au modèle de Zubin, le sujet entrant dans la psychose lors de la deuxième phase ne peut revenir à la normale dans le modèle de Ciompi considéré par Bonnot et Mazet comme un « véritable modèle de vulnérabilité au stress qui dépasse le cadre de la schizophrénie ⁷». L'un des écueils

¹. *Ibid.*, p. 21-22.

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴. Nul doute que l'essai d'*intégration* de Laborit et le modèle *intégratif* de Ciompi représentent deux sources conceptuelles de la contemporaine méthode intégrative qui se décline notamment en pédopsychiatrie intégrative.

⁵. *Ibid.*, p. 28.

⁶. *Ibid.*, p. 29.

⁷. Bonnot O, Mazet P. « Vulnérabilité aux schizophrénies : revue de la littérature et applications cliniques », *op. cit.*, p. 94.

de ce modèle provient de la diversité des évolutions engendrant l'impossibilité de dégager un nombre restreint d'évolutions types de sorte que Ciompi dut augmenter notablement le nombre de variable et « postuler l'existence de différents types et intensités de vulnérabilité, en mettant l'accent sur l'influence des modalités du processus psychotiques ainsi que sur les facteurs biologiques, psychologiques ¹» selon Bonnot et Mazet. Ils considèrent que ce modèle envisage « une compréhension de la crise avec la notion de décompensation progressive. Les conséquences de la situation 'stressante' vont évoluer en fonction de l'événement et du sujet. La symptomatologie sera dans un premier temps peu spécifique, de l'ordre de la nervosité, de l'angoisse, de l'insécurité pour ensuite évoluer vers une déréalisation puis une dépersonnalisation et enfin, un délire et des hallucinations ²». En effet, en 1987, Ciompi promeut une symptomatologie progressive de crise dont la perspective de gradation est flagrante : « tension, nervosité, angoisse, insécurité, ambivalence, excitation, irritation agressive ou retrait dépressif, confusion, déréalisation, dépersonnalisation, délire et hallucinations. ³» On peut estimer que cette perspective rattache implicitement le modèle de Ciompi à une forme insidieuse d'entrée dans la schizophrénie.

Il est à noter l'existence d'un autre modèle basé sur la vulnérabilité, tel celui de Nuechterlein promu dès 1984, accordant une place prépondérante aux hypothèses de psychologie cognitive d'un filtrage défectueux de l'information chez les patients, reposant sur un défaut de l'attention. L'une de ses originalités réside dans son souci de prendre en compte certains résultats expérimentaux, affirme Azorin. Dans ce modèle conflue des données génétiques, biologiques, psychopathologiques et cognitives. Conformément à ce type de modélisation, son promoteur « distingue de façon très nette l'étape de vulnérabilité prémorbide de celle caractérisée par la survenue d'un épisode psychotique Dans cette perspective, Nuechterlein et Dawsan ont répertorié, selon Krebs, trois types d'indicateurs de vulnérabilité : premièrement, des indicateurs stables de vulnérabilité ou facteurs 'trait', deuxièmement, des facteurs médiateurs de la vulnérabilité moins stables qui varient avec la symptomatologie psychotique et troisièmement et dernièrement des indicateurs épisodiques n'apparaissant qu'au cours des épisodes psychotiques.

¹. *Idem.*

². *Idem.*

³. Ciompi L. « Schizophrénie aiguë, vulnérabilité permanente. Un nouveau modèle psycho-biologique intégratif », in *Psychologie médicale*, 19, 1987, p. 331-334.

Ce modèle a été enrichi par Peter Berner dans les années quatre vingt-dix grâce au concept de vulnérabilité cognitive, en référence au modèle du traitement de l'information. Il est situé à la confluence des recherches anglo-saxonnes et germaniques traditionnelles et contemporaines. Ces travaux de Berner apportent « un éclairage intéressant en introduisant plusieurs notions fondamentales : celles de facteurs prédisposants et de facteurs déclenchants ¹ ». Les premiers « abaissent le seuil de tolérance » aux seconds et « jouent par eux-mêmes un rôle pathoplastique au sein du tableau morbide ». Plus précisément, les facteurs prédisposants « peuvent être des facteurs psychosociaux correspondant à des processus d'apprentissage déficients ou inadéquats mais aussi à des facteurs somatiques ». Ils sont en génétiquement psycho-affectivement en liens. A l'instar des autres modèles de vulnérabilité, les facteurs dits déclenchants sont relatifs au stress psychologique ou physique. L'école de Vienne, sous l'impulsion de P. Berner, a proposé un modèle constitué de cinq vulnérabilités, une prédisposition à une faiblesse cognitive (déficit ou perturbation du traitement de l'information), la « prédisposition à des déraillements dynamiques et aux altérations des rythmes biologiques ² », une hypo ou hyper-réactivité autonome et un niveau dynamique habituel très bas ou haut ; une sensibilité psychogène³ qu'il a étendu à l'ensemble des psychoses fonctionnelles selon Bouisson⁴. De manière générale, remarque Krebs, ce modèle stress-vulnérabilité a favorisé de nombreux travaux contemporains « avec notamment la caractérisation et l'exploitation des marqueurs phénotypiques liés à la vulnérabilité » dont les résultats montrent « l'existence de tels marqueurs de vulnérabilité ⁵ » hors toute expression pathologique chez certains apparentés de patients schizophrènes. Il convient de bien préciser que « tous les marqueurs de vulnérabilité ne reposent vraisemblablement pas sur un support génétique ». De plus, « ils sont pour certains variables dans le temps ⁶ ». Ainsi, il conviendrait d' « évoquer des vulnérabilités plurielles, plus qu'une vulnérabilité unique et commune » dans la mesure où ces vulnérabilités génétiques et environnementales « sont en interaction les unes avec les autres ⁷ ». En outre, il ne faut pas oublier l'existence de facteurs protecteurs, génétiques et /ou environnementaux.

¹. Bonnot O, Mazet P. « Vulnérabilité aux schizophrénies : revue de la littérature et applications cliniques », *op. cit.*, p. 94.

². Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, *op. cit.*, p. 51.

³. Berner P. « La trans-nosographie dans la perspective du modèle de vulnérabilité », in *Annales médico-psychologiques*, 152, 1, 1994, p. 50-52, p. 51. Son approche transnosographique participe du mouvement contemporain de démembrement des catégories cliniques des trois grandes structures de sorte qu'un continuum normal pathologique s'impose.

⁴. Bouisson P. « Le syndrome de vulnérabilité », *op. cit.*, p. 19.

⁵. Krebs M.-O. « Concept de vulnérabilité appliqué aux troubles schizophréniques », *op. cit.*, p. 50

⁶. *Ibid.*, p. 54.

⁷. *Idem.*

De nombreuses études visent à repérer les marqueurs de vulnérabilité pour la schizophrénie. Ainsi, des recherches ont montré la fréquence de signes neurologiques mineurs dans la schizophrénie. Sont désignés ainsi, des anomalies subtiles et diffuses, qui comprennent notamment des troubles de la coordination motrice, de l'équilibre, de l'intégration sensorielles ou encore de la latéralisation, ainsi que des mouvements anormaux. Selon Krebs, ces divers signes « sont présents dès le début de la maladie, voire antérieurs d'après différentes études prospectives longitudinales ¹ » ce qui corrobore le fait que l'« on sait déjà que qu'une forte proportion de schizophrènes adultes présente des antécédents prémorbides psychopathologiques pendant l'enfance ²».

Face à la propagation massive de ce modèle, Bonnot et Mazet estiment que « depuis une dizaine d'années, la notion de vulnérabilité a pris insidieusement l'allure d'un véritable modèle de compréhension des troubles dans le cadre d'une théorie neurodéveloppementale liée aux récents progrès dans le champ des neurosciences. ³», reléguant ainsi au second plan les aspects cliniques et psychopathologiques. On saisit dès lors pourquoi ont été avancées des hypothèses neurodéveloppementales de la psychose dans le cadre de ce modèle : elle est conçue comme une maladie du développement et apparaissant au cours du développement de l'individu. Au surplus, les auteurs considèrent que « la notion de vulnérabilité, malgré sa force conceptuelle, reste peu efficace comme modèle explicatif et étiopathogénique » et à ce titre parlent de « modèle de compréhension ⁴». Toutefois notent-ils, « elle est un outil pertinent pour la recherche ainsi qu'une aide clinique permettant de mettre l'accent sur le développement de l'enfant dans ses composantes affectives, cognitives ou neurobiologiques ⁵». Dans le cadre des « High Risk Studies » ces deux auteurs proposent l'établissement d'un « phénotype clinicopsychopathologicobiologiques ⁶». Sous couvert d'affiner les outils de pronostic, ils rendent caduque toute approche fine, du détail clinique qui se trouve noyé par de multiples variables et marqueurs de trait. En outre encore une fois, la dimension subjective est réduite au cliché du domaine de l'affectif.

¹. *Ibid.*, p. 52.

². Bonnot O, Mazet P. « Vulnérabilité aux schizophrénies : revue de la littérature et applications cliniques », *op.cit.*, p. 95. Les auteurs se réfèrent Mc Kenna, K, Gordon CT, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia : timely neurobiological research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994, 33 , 6, p. 771-81.

³. *Ibid.*, p. 92.

⁴. *Ibid.*, p. 93.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 95.

2-2. Le modèle de Pierre Lalonde

De nombreux auteurs peuvent être placés dans la filiation du modèle stress-vulnérabilité de Zubin [1977], notamment Liberman [1992] et Lalonde [1999] qui dans une perspective plus large appartiennent, aux « modèles transactionnels du stress ¹ ». Dans une publication collective fondée sur les travaux de Lalonde il est écrit que « ce modèle fait état de deux composantes essentielles associées à l'apparition de la maladie : une vulnérabilité neuro-psychologique exacerbée par des stressseurs socio-environnementaux. Ainsi, il existe chez certains individus une prédisposition génétique, des anomalies cérébrales ou encore un dysfonctionnement des neurotransmetteurs du cerveau qui les rendent plus sensibles aux stressseurs socio-environnementaux ² ». Toutefois, et les auteurs le précisent, « la seule présence de ces facteurs biologiques est insuffisante pour provoquer l'apparition de la schizophrénie ; il faut que s'y ajoutent certains types de stress, un stress toxique comme les drogues, par exemple, un stress social ou encore des pressions de performance [Lalonde 1999] ³ ». Aussi, « ces stressseurs peuvent donc avoir un effet déclencheur de schizophrénie et provoquer l'apparition de symptômes. ⁴ ». Il n'est pas inintéressant de souligner que l'on retrouve là aussi la notion selyenne de stressseur. En voici le schéma :

¹ Graziani Pierluigi, Swendsen Joel. *Le stress. Émotions et stratégies d'adaptation*, Paris, Armand Colin, 2005.

² Morin C, Briand C, Lalonde P. « De la symptomatologie à la résolution de problèmes : approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie », in *Santé mentale au Québec*, 1999, XXIV, 1, p. 101-120, p. 103.

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

Vulnérabilité

neuro-psychologique

- Erreur génétique
- Anomalies du cerveau
- *Hypofrontalité
- *Anomalies limbiques
- *Anomalies temporales
- Dysfonction des neurotransmetteurs
- *Dopamines, sérotonine

Stresseur socio-environnementaux

- Alcool
- Emotions exprimées (EE)
- Evénements de la vie quotidienne
- Pression de performance (travail, études)
- Insuffisance du soutien social

Schizophrénie

Symptômes résiduels

- Symptômes négatifs
- Détérioration du fonctionnement
- Troubles cognitifs
- *Troubles de l'attention
- *Troubles d'anticipation
- *Troubles de mémoire
- Handicap, invalidité

Traitements (Facteurs de protection)

- Antipsychotiques
- Psychoéducation pour le patient et la famille
- Entraînement aux habiletés sociales et de communication (coping)
- Programme de réadaptation individualisée
- Soutien social continu

Dans une publication datée de 2002¹, Lalonde reprend ce modèle en lui apportant quelques éléments nouveaux. Parmi les *Stresseurs socio-environnementaux*, il ajoute les

¹. Lalonde P, Barabé P. « Le traitement contemporain de la schizophrénie », in *L'Information Psychiatrique*, 78, 6, 2002, p. 579-583, p. 580.

complications obstétricales et les drogues. Aux *Traitements* déjà répertoriés, il joint la psychothérapie cognitive alors qu'il complète la liste des *Symptômes résiduels* avec la stigmatisation et le découragement.

2-3. La notion de stress de H. Selye

Depuis l'article princeps de Spring et Zubin [1977] jusqu'aux dérivés les plus récents de leur modèle, dont celui de Lalonde, il convient de constater la présence inhérente de la notion de stress à toute modélisation relative à la vulnérabilité. Il importe donc maintenant de prendre connaissance de cette notion intervenant dans ce type de modèle au titre de dénomination générique des facteurs dits déclenchants. Il semble qu'elle provienne primitivement de recherches biologiques et tout spécialement des travaux menés par H. Selye à partir de 1936. Dans une perspective historique, les travaux de Selye prolongeaient ceux que Cannon avaient entrepris depuis 1928 sur « la réaction physiologique d'un organisme soumis à un stresser ¹» et ceux portant sur un syndrome non-spécifique précurseur, le syndrome d'irritation de Reilly d'après Jean Rivolier². Selye fut « le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger dues à la libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale. Il décrit un pattern de réponses particulières, le syndrome d'Urgence, mis en place de façon 'stéréotypée' face à toute menace pour l'individu pour éliminer ou éviter un éventuel état de souffrance. ³» Reprenant la régulation homéostatique de l'organisme de Cannon, Selye décrit en 1936 dans son article princeps « A syndrome produced by diverse noxious agents ⁴», une contre-réaction non-spécifique de l'organisme, c'est à dire indépendant de la nature de l'agent stresser, appelé le Syndrome Général d'Adaptation⁵. Cependant ce n'est qu'en 1946, dans son texte traitant de ce syndrome que Selye utilise pour la première fois le terme de stress, nous apprend Jean Rivolier⁶, les agents stressants venant à la place des agents nocifs.

Aussi selon Rokaya Sauvagnat-Boubakeur et François Sauvagnat « s'agissant de la notion de stress, on a affaire à rien de moins qu'un paradigme tentant d'expliquer de façon

¹. Gaziani P, Swendsen J. *Le stress, op. cit.*, p. 19-20.

². Rivolier Jean. « Le concept de stress », in Chneiweiss. L, Albert. E (dir.) *Stress et anxiété : les faux-semblants*, Upjohn Editeurs, 1993, p. 11-55, p. 32.

³. Gaziani P, Swendsen J. *Le stress, op. cit.*, p. 19-20.

⁴ Selye Hans. « A syndrome produced by diverse noxious agents », *Nature*, 38, 2, 4 July, 32, 1936.

⁵ Gaziani P, Swendsen J. *Le stress, op. cit.*, p. 19-20.

⁶. Rivolier J. « Le concept de stress », *op. cit.*, p. 37.

globale – à la fois psychique et physiologique- toute réaction à une situation de danger ¹». Dans cette perspective, le « sujet supposé est un sujet complet, d'une complétude qu'on pourrait dire animale, l'expérimentation animale ayant toujours eu un rôle de premier plan dans les recherches sur le stress. C'est le sujet de l'adaptation, c'est-à-dire celui de la lutte pour la vie caractéristique des conceptions évolutionnistes ²».

Face à la diffusion massive, et donc à la propagation de définitions erronées de sa notion de stress issues de théories cognitives ou transactionnelles³, Hans Selye précisa dans son dernier article, « La nature du stress ⁴» [1976], ce que le stress n'est pas. Au regard de notre recherche, il importe de noter son quatrième point : « Le stress n'est pas exclusivement le résultat non spécifique d'un dommage. Des activités normales et mêmes agréables –jouer au tennis ou un baiser passionné – peuvent produire un stress considérable sans causer de dommage évident ⁵». Dans ce sens, le dixième point promet que le « stress n'est pas nécessairement indésirable. Tout dépend de la façon dont on le prend. Le stress de l'échec, de l'humiliation ou de l'infection est nuisible, mais celui d'un travail jubilatoire, créatif et plein de succès, est source de bienfaits. La réaction de stress, comme la consommation d'énergie, peuvent avoir des effets positifs ou négatifs. ⁶» Il possède donc un sens relativement large.

Retenons également la définition suivante proposée par Selye : « Le stress est la réponse non-spécifique du corps à toute sollicitation, qu'elle soit causée par, ou résulte en des états agréables ou désagréables. Le stress en tant que tel, comme la température en tant que telle, est global et inclut à la fois des aspects positifs et négatifs de ce concept ⁷». Il désigne par le terme de stressor l'agent pathogène : « les stressors ne sont pas exclusivement de nature physique. Les émotions, c'est-à-dire l'amour, la haine, la joie, la colère, le défi et la peur, appellent également les changements caractéristiques du syndrome de stress⁸.»

La réponse aux stressors est corrélée au franchissement du seuil de tolérance au stress de chaque individu dont l'on ne sait profondément rien.

1. Sauvagnat-Boubakeur Rokaya, Sauvagnat François. « De la poussée d'adrénaline au syndrome général d'adaptation (stress) : à la recherche d'un corrélât physiologique du trauma », *Psychologie Clinique*, n°24, Hiver 2007, p. 188-199, p. 188.

2. *Idem*.

3. D'après Graziani et Swendsen il existe trois grands modèles du stress, les théories biologiques, cognitives et transactionnelles. In *Le stress, op. cit.*

4. Selye Hans. « La nature du stress » [1976], trad François Sauvagnat, *Psychologie Clinique*, n°24, Hiver 2007, p. 202-215.

5. *Ibid.*, p. 203.

6. *Ibid.*, p. 204-205.

7. *Ibid.*, p. 210.

8. *Ibid.*, p. 208.

Il est à noter à la suite de Rivolier que si Selye a jeté les bases scientifiques du *stress biologique*, il ne peut cependant être tenu pour l'instigateur du *stress psychologique*. Parmi les auteurs qu'il cite aux sources de cette notion et à ses développements, se trouvent aussi bien Durkheim [1893], Grinker et Spiegel [1945], Janis [1958] Seeman [1959], Spence [1966] Hinckle [1977], lui-même, Rivolier [1992] que Freud¹. Nous y reviendrons ultérieurement.

2-4. Chronologie de l'apparition de la schizophrénie

H. Grivois et L. Grosso ont décrit dans leur ouvrage *La schizophrénie débutante*², l'évolution clinique de la schizophrénie débutante telle qu'elle est communément admise par les auteurs affiliés au modèle stress-vulnérabilité et à ses dérivés. Nous pouvons dégager de leur tableau et à l'aide de leur propre lexique la chronologie suivante : Alors que le patient se situe tout d'abord en phase prémorbide apparaît le premier symptôme prodromique qui inaugure la phase prodromique ou syndrome prodromique. Cette phase ou syndrome prodromique est aussi conçue comme une phase prépsychotique. Puis la survenue du premier symptôme psychotique ouvre le Premier épisode psychotique [PEP] qui se divise en deux temps. D'une part le syndrome psychotique ou phase psychotique non traitée et d'autre part la phase active traitée. Le PEP se clôt avec la rémission des symptômes psychotiques. L'on saisit que cette bipartition est déterminée par la mise en place d'un traitement médicamenteux. Nous verrons dans la quatrième partie l'incidence et les implications thérapeutiques dans cette chronologie prise dans son ensemble. Ces deux auteurs font mention de l'évolution chronologique de la schizophrénie débutante établie en 1995 par Häfner et al³. La phase prodromique dont d'une part les limites sont le premier signe [négatif ou non spécifique] d'un trouble psychique et d'autre part le premier symptôme positif durerait en moyenne 5 ans soit en terme d'âge entre 24,2 et 29 ans. Puis la phase psychotique initiale ouverte par le premier symptôme positif et finit avec le maximum de la symptomatologie positive dure 1,1 an c'est à dire de 29 à 30,1 ans. Ces chiffres sont une moyenne réalisée à partir de données concernant les hommes et les femmes alors qu'en réalité il existe des différences entre ces deux catégories ainsi que l'ont montré des études menées par Häfner et al⁴. Il y aurait une antériorité sensible de cette chronologie chez les hommes. Par ailleurs, notons qu'ils ne situent pas explicitement l'intervention d'un stress pourtant impliqué dans le modèle.

¹ Rivolier J. « Le concept de stress », *op. cit.*, p. 47-48.

² Grivois H, Grosso. *La schizophrénie débutante*, *op. cit.*, p. 50.

³ Häfner et al [1995] in Grivois H, Grosso L. *La schizophrénie débutante*, [figure5], *op. cit.*, p. 131.

⁴ Häfner et al. [1998]. *Idem*.

IV-3. La *psychose naissante* d'Henri Grivois

Parmi les chercheurs contemporains afférents au paradigme de l'apparition de la psychose, le psychiatre Henri Grivois s'étant particulièrement intéressé à l'entrée dans la psychose mérite à ce titre toute notre attention. Ses travaux menés et élaborés dans le cadre de sa pratique aux urgences de l'Hôtel-Dieu à Paris depuis la fin des années soixante¹ l'ont amené à promouvoir à partir de la fin des années 80, une modélisation de l'apparition de la psychose dénommée *psychose naissante*. Grivois a voulu ainsi caractériser la phase initiale de la psychose clinique en se distinguant résolument des approches psychiatrico-psychanalytiques. Afin de dégager les lignes de forces et spécificités théorico-cliniques de cette notion, nous procéderons à son examen en distinguant quatre étapes de sa genèse à sa formulation la plus récente.

La description inaugurale du tableau clinique de la psychose naissante définie celle-ci comme une séquence déterminée par un trouble générateur entendu comme dérèglement du concernement, se situant en amont des formes cliniques connues de la psychose dans les diverses nosographies. Puis, les travaux de Grivois prennent une orientation cognitive allant jusqu'à s'apparenter avec des recherches neuroscientifiques sur la schizophrénie débutante. Alors que Grivois refusait toute approche théorique de la psychose naissante, nous verrons qu'à partir du milieu des années 90, un rapprochement entre la théorie de la psychose naissante et les sciences cognitives a été opéré notamment par les travaux de Joëlle Proust, Marc Jeannerod et Jean-Pierre Dupuy. Dans les dernières élaborations de cette décennie, Grivois adhère aux thèses des modèles stress-vulnérabilité. Ainsi la psychose naissante se voit doter d'un déterminisme génétique grâce auquel il nous semble possible de la considérer comme représentative des recherches contemporaines sur l'apparition de la psychose au titre de *psychose débutante*. Dès lors, elle se confond avec la notion de premier épisode psychotique [PEP]. Enfin, dans un mouvement de retrait vis-à-vis de ces recherches par trop déterministes, il se concentre à nouveau sur le tableau clinique de la psychose naissante en le centrant sur ses deux invariants déjà dégagés, la centralité et l'indifférenciation subjective. En effet, dans ses dernières publications, Grivois opère un retour à ses premières positions déniaient tout intérêt à la problématique étiologique de l'entrée dans la psychose. Un tel revirement, loin d'être anodin, devra être abordé.

¹. Grivois H. *La psychiatrie des urgences*, Paris, Robert Laffont, 1978.

Précision d'importance, la présentation suivante est centrée sur le tableau clinique de la psychose naissante, n'abordant quasiment pas ses modes de sorties, dans la mesure où nous les analyserons en détail dans la troisième partie de notre recherche.

1. Première approche de la séquence de la psychose naissante

La naissance de la psychose composée de deux temps majeurs, le concernement et l'expérience centrale, s'avère chronologiquement orientée. En effet, la psychose naissante est temporellement caractérisée en tant que « morphogenèse de la séquence psychotique initiale ¹ » à partir de laquelle peut être émergera une forme de psychose nosographiquement connue. Elle est donc le temps antécédent conçu comme « séquence d'envahissement ² » du sujet au sens de « morphogenèse phénoménologique ³ ».

1-1. Le concernement

Le début de la séquence de la psychose naissante se caractérise par la survenue de phénomènes inhérents à une telle expérience ainsi que le soutient le promoteur de la psychose naissante : « Cela commence toujours par du "déjà vu", des reconnaissances inattendues ou surdéterminés, la sensation d'un monde mécanique, des gens qui vous imitent, des sosies ou de moins curieuses ressemblances, des répétitions incompréhensibles ou des mots qui n'ont plus de sens ou trop. Le patient a perdu un à un tous les liens qui l'unissaient habituellement aux autres, liens de parenté, d'amitié, de hiérarchie, de réciprocité. Tout s'est noyé dans le groupe de tous les hommes de plus en plus indifférenciés ». Etant entendu que le sujet plongé dans une telle expérience « n'est absolument pas confus au sens neuro-psychiatrique traditionnel du terme ⁴ », de tels phénomènes doivent être rapportés à un trouble du concernement, Grivois reprenant là un terme utilisé par Starobinski à propos de Jean-Jacques Rousseau⁵. De sorte que « depuis plusieurs jours, quelques fois depuis plusieurs semaines, les sujets qui entrent dans cette expérience ont le sentiment qu'autour d'eux s'est créé ce qu'on

¹. Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien » in *L'Information psychiatrique*, 66, 9, 1990, p. 849-854, p. 854.

². Grivois H. *Urgence folie*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1993, p. 22.

³. *Ibid.*, p. 44.

⁴. Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 851.

⁵. *Idem.*

peut appeler un ‘concernement’ et que celui-ci s’étend, s’accentue ¹». Autrement dit, le sujet se trouve en proie au concernement que Grivois décrit en ces termes : « tout le monde alors semble vous considérer, vous êtes en quelque sorte le centre d’intérêt et bientôt le centre des intentions d’une foule d’inconnus ou d’un petit groupe. Ce concernement commence de façon très discrète et sous forme interrogative ²». Comme le souligne Grivois « c’est un vécu de constatation qui au départ est neutre. La découverte ou plutôt la révélation de la centralité est tout à fait extraordinaire et incroyable mais inexprimable au début. Elle repose sur des gestes, des mouvements, ça n’est pas une idée, c’est un vaste mouvement irréversible, une mécanique inexorable ³»

Ainsi, au départ, ce concernement n’est pas véritablement problématique pour le sujet d’autant qu’il se caractérise par une certaine neutralité initiale : « le problème est plutôt de son amplification, de son emballement, mais avant tout de l’intentionnalité que le sujet perçoit chez les autres et bientôt chez tous les autres hommes sans exception ⁴». Dans une progression ou mouvement d’accentuation, le concernement prend des proportions telles qu’il introduit le sujet à l’expérience centrale : il « s’étend, il devient de plus en plus intense. Il touche l’individu et l’accompagne n’importe où, dans la rue, dans les transports en commun et ne l’abandonne plus, même dans la solitude. Au point qu’un jour pour lui s’installe la conviction qu’il n’est indifférent à personne. Le sujet, vivant cela en toutes circonstances, est pris dans ce bain avant même de le penser clairement. ⁵». Il y a donc un accroissement de ce concernement au point que le sujet éprouve une certitude. Dès lors, le concernement apparaît comme le trouble générateur de cette séquence et par conséquent de la psychose naissante.

1-2. L’expérience centrale : unanimité, arbitraire, singularité

Un jour dans le procès du concernement, le sujet en arrive à se considérer au centre des autres, faisant alors l’expérience subjective momentanément irréversible de centralité caractéristique de l’épisode central. Dans ce sens, Grivois le définit comme « le moment où le patient atteint un niveau de certitude et de croyance absolus qui, sur le plan clinique, se traduit, entre autre, par une irréversibilité momentanée de cette croyance ⁶». Si le sujet a donc la certitude qu’il est au centre du monde en revanche celle place centrale n’est pas référée à un

¹. Grivois H. *Urgence folie, op. cit.*, p. 9-10.

². *Ibid.*, p. 10-11.

³. *Ibid.*, p. 12.

⁴. *Ibid.*, p. 14.

⁵. *Ibid.*, p. 10-11.

⁶. *Ibid.*, p. 37.

sens précis comme l'indique Grivois : « cela doit prendre sens, il a peut-être une mission à remplir, mission qui va lui être annoncée ou qui va lui arriver par une voie quelconque. Il vit dès lors dans l'attente de quelque chose extraordinaire. On entre là dans différents scénarios tous instables ». La certitude de centralité du sujet ne signifie pas qu'il a la certitude d'une signification précise. Cette instabilité caractérise justement pour Grivois l'épisode central : « l'épisode central, c'est toute la période pendant laquelle le patient va rester dans cette certitude absolue et irréversible d'être au cœur de tout, période pendant laquelle il interprète cette situation et fait sur elle des hypothèses à tout de bras ¹ ». Grivois insiste là dessus, le psychotique naissant n'a « aucune autre certitude que celle de la centralité ² ». Toutefois, Grivois remarque que « le thème de la mission est presque toujours présent, mission attendue en tout cas mais jamais clairement révélée. Enfin qu'est-ce qui m'arrive ? Pourquoi cela m'arrive ? ³ » Toutes les instabilités, toutes ces angoisses et revirements affectifs du sujet possèdent une certaine cohérence selon Grivois, celle de la « polarisation centrale ⁴ »

Trop souvent présenté « en termes de perte de contact avec le monde ou formulé comme un vide conservant, en périphérie, des mécanismes mentaux spécifiques », cet épisode représente fondamentalement un vécu subjectif global où se laissent discernés trois vécus convergents « – Sentiment d'être au centre de la totalité des autres [unanimité] ; - surprise et étonnement d'occuper seul cette place [singularité] ; - incapacité de donner une signification à cette situation [arbitraire] ⁵ ». Foncièrement, ces trois points subjectifs constituent son approche séquentielle de la psychose naissante : « Ainsi présenté, notre modélisation n'est pas une structure vide mais une morphogenèse de la séquence psychotique initiale. Notre thèse est que ces trois points définissent l'expérience centrale de la séquence psychotique naissante ⁶ ». En outre, ce sentiment de centralité est accompagné pour beaucoup de sujets de moment où ils éprouvent un « sentiment de mort imminente. Ils ont l'impression que tous ces gens autour d'eux ou à distance s'intéressent à eux pour les mettre à mort et ça ⁷ »

En définitif, Grivois considère que si « l'invasion psychotique est parfois d'une force insoupçonnée, il tient cela de la centralité, le carburant de la psychose c'est les autres ⁸ ». En conséquence, la psychose est « un problème de relation interindividuelle ⁹ ».

¹. *Ibid.*, p. 38.

². *Ibid.*, p. 40.

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 854.

⁶. *Idem.*

⁷. Grivois H. *Urgence folie*, *op. cit.*, p. 41.

⁸. *Ibid.*, p. 48.

⁹. *Ibid.*, p. 54.

1-3. *La psychose naissante : un tronc commun psychotique à l'adolescence*

Survenant prioritairement sinon exclusivement au cours de l'adolescence entendue au sens « de période de passage entre l'enfance et l'âge adulte ¹», cette séquence représente un « véritable tronc commun de la psychose ²» où l'instabilité est tout aussi thymique que cognitive, se distinguant ainsi de « l'orthodoxie morcelante de l'approche psychiatrico-psychanalytique ³» qui séparerait ces deux dimensions.

En outre, elle possède une autonomie relative au regard des psychoses chroniques. En effet, autant cette séquence est inhérente à la psychose chronique, autant elle ne lui succède pas systématiquement.

1-4. *La dimension causale et le refus de tout déterminisme*

En cette année 1991, Grivois est on ne peut plus clair sur son refus de toute hypothèse étiologique visant à définir un déterminisme de la psychose. Il repousse indifféremment les approches génétique, moléculaire mais aussi psychanalytique et plus particulièrement celle développant la thèse d'une structurale subjective. « Psychose naissante cela ne signifie pas plus la mise à nu d'un vécu identique et commun de premiers instants que dévoilement d'une mystérieuse structure toujours invisible [...] Nous souhaitons nous dégager aussi des vulnérabilités fondatrices de psychose qu'elles soient issues de données, génétiques, statistiques ou moléculaires ou encore des psychanalyses structurelles. Peu importe le type de cette vulnérabilité si elle est inscrite dans le sujet, même comme hypothèse, quelle violence et quelle altérité pour ce sujet ! » Toujours dans le registre de la causalité, actuelle cette fois-ci, il est illusoire, selon Grivois, de vouloir repérer « un démarrage quelconque ». Il poursuit en soulignant l'inanité de la démarche consistant à repérer « à partir de quoi quelqu'un se trouverait-il affecté par une légère surchauffe de ce mécanisme d'imitation, c'est-à-dire concerné par un changement quelconque ? ⁴»

Néanmoins, Grivois concède que « quand même, quand on étudie bien à fond les choses, on retrouve très souvent dans les antécédents quelque chose de l'ordre d'une liaison amicale ou amoureuse ou encore une relation avec un parent. Cette relation a compté

¹. *Ibid.*, p. 28. Une telle approche ressort de la psychologie du développement.

². Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 852.

³. *Idem.*

⁴. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », in *Mécanismes mentaux, mécanismes centraux* (dir : Grivois H, Dupuy J-P), Paris, La découverte, 1995, p. 23-65, p. 27.

énormément sur le plan affectif, a été très importante et s'est effondrée brutalement sans raison, sans autre raison qu'un départ... je pense que l'on retrouve ça presque toujours et ce qui est frappant alors, c'est le fait que cette relation à deux annonce la dérive. Est-ce déjà la psychose ? Des situations plus accidentelles sont bien connues. Tels sont les voyages à l'étranger, la solitude brutale, justement le service militaire. Il n'y a d'ailleurs pas de différence fondamentale entre ces situations de dépaysement et les situations à deux qui s'effondrent. Ce sont des situations presque expérimentales de perte brutale d'identité avec la difficulté...¹». Pourquoi la psychose naissante succéderait-elle à cette perte ?

Au reste, pour Grivois « même si cette origine lointaine peut être postulée » l'essentiel reste pour lui la compréhension « sur-le-champ et dans les premières heures cet homme et cette femme en choc psychotique, en psychose à l'état naissant²»

2. Deuxième approche : la perspective mimético-motrice

Si la psychose naissante est toujours conçue comme le premier temps commun à toutes les formes cliniques de psychose, précisément comme tronc commun ou « affection unique » d'où s'ensuivront les variétés cliniques de la psychose, elle est désormais affiliée à la manie sans délire comme on peut le déduire de ces lignes : « La naissance à la psychose commence par un épisode moteur et comportemental. C'est sur cette manie sans délire on le sait, que les pères fondateurs de la psychiatrie ont dû admettre leur impuissance, comme si l'absence de délire ne permettait pas d'utiliser le traitement moral de la folie [Gauchet, Swain, Dumouchel] Ce que le patient fait ensuite sa position centrale est une toute autre histoire ; ce sont les formes cliniques, fort bien décrites par la psychiatrie. Elles dépendent des circonstances, des cultures, des traitements et des histoires individuelles, ainsi elles relèvent toutes de l'affection unique qui a atteint son paroxysme dans la polarisation centrale³».

L'approche de Grivois s'est quelque peu modifiée sous l'influence du modèle cognitivo-comportemental dans la mesure où la théorie de la psychose naissante repose sur une hypothèse qui corrèle un ensemble de symptômes à « une dérive de la coordination interindividuelle ». Son promoteur procède à un abord des « faits initiaux sous leur angle

¹. Grivois H. *Urgence folie*, op. cit., p. 16-17.

². Grivois H. « Psychose naissante », in *Psychose naissante, psychose unique ?* (Grivois H, sous la dir. de), Paris, Masson, 1991, p. 1-4, p. 4.

³. Grivois H. « Entrer en psychose », in *L'Évolution psychiatrique*, 62, 2, 1997, p. 349-356, p. 353.

relationnel ¹». Il émet des réserves à la notion de « trouble individuel » en ce qu'elle lui semble inapte à rendre compte de la réalité du début de la psychose. Au contraire, la théorie de la psychose naissante s'appuie sur les « deux notions cliniques majeures, le concernement et la centralité ²», déjà dégagées et forgeant le cadre interindividuel de la psychose naissante.

3. Troisième approche : le Premier Episode Psychotique (PEP)

A la fin des années 90, Grivois raccorde la clinique de la psychose naissante aux modèles dominants dans les recherches du paradigme de l'apparition de la psychose, notamment la modélisation stress-vulnérabilité. Ainsi affiliée, la clinique de la psychose naissante tend à perdre sa spécificité. Dans ce sens, elle est apparentée au premier épisode psychotique [PEP], conçu également comme un syndrome dans la littérature internationale.

3-1. *Le premier épisode psychotique comme syndrome*

Les recherches de Grivois l'ont emmené vers « la schizophrénie débutante » ou « psychose débutante », deux notions, fédérant de nombreux chercheurs³. En fait, un certain consensus existe pour ne pas considérer le premier épisode psychotique dans une perspective différentielle mais comme un syndrome rappelle Grivois. Retrouvant là ses propres thèses chez le chercheur australien McGorry promoteur d'une « approche syndromique ⁴» de l'entrée dans la psychose, la « psychose naissante » devient le premier épisode psychotique. Pour Grivois, la psychose naissante est une notion visant à définir et à décrire de façon serrée le *premier épisode psychotique* dans une perspective non-différentielle. On comprend ainsi pourquoi convergent les notions de « psychose naissante » et celle de « schizophrénie débutante ». Pour Grivois il s'agit d'une conception clinico-thérapeutique répandue et utilisée notamment dans le cadre de la thérapie cognitive des psychoses⁵. En définitive, définie primitivement comme un tronc commun, la psychose naissante devient un syndrome.

¹. Grivois H. « Coordination et subjectivité dans la psychose naissante », in *Subjectivité et conscience d'agir*, (sous la dir. de Grivois H, Proust J), Paris, PUF, 1998, p. 35-73, p. 36.

². Grivois H. « Coordination et subjectivité dans la psychose naissante », *op. cit.*, p. 37.

³. Elles ont fait l'objet d'une *Conférence de consensus* à Paris les 23 et 24 janvier 2003, *op. cit.*

⁴. Grivois H, Grosso L. *La schizophrénie débutante*, *op. cit.*, p. 24.

⁵. *Ibid.*, p. 26.

3-2. *La dimension causale : le modèle de stress-vulnérabilité*

Il est évident que pour Grivois la nature de « l'événement déclenchant » a peu d'importance puisque insuffisant selon lui à provoquer la psychose naissante. Comme il le constate, des hypothèses étiologiques « permettent de développer des modèles propres à expliquer l'origine de la psychose. Ces modèles visent à établir des liaisons entre un niveau étiologique à proprement parler et les facteurs de protection ou risque individuels et environnementaux lors de l'apparition de la symptomatologie clinique initiale ¹».

Première remarque : Grivois parle lui aussi d'apparition à propos de la psychose naissante.

Seconde remarque : il évoque des facteurs de risque individuels et environnementaux. Grivois adhère donc au modèle de la trilogie factorielle évoqué dans la modélisation de la vulnérabilité génétique qu'il cite lui-même : « le facteur génétique [...] ne suffit pas à expliquer la survenue de l'affection. On parlera donc d'une prédisposition ou d'une susceptibilité à développer la maladie mais pas encore de causalité. ²». Cette dimension nécessite justement dans le modèle de la vulnérabilité les facteurs environnementaux évoqués par Grivois.

3-3. *L'envahissement irrésistible du concernement*

Reconduisant l'emballlement du concernement comme trouble générateur de la psychose naissante, Grivois estime que « le concernement dans ses formes mineures est une expérience normale, commune à tous les hommes lorsqu'il se côtoient. [...] Il ne prend sa forme spécifique, propre à la psychose, que lorsqu'il s'amplifie devient permanent et persiste hors de la présence des autres. Incertitude, perplexité, souci, méfiance s'ajoutent peu à peu à ce concernement encore instable mais irrésistiblement envahissant. La confirmation d'un tel concernement, non seulement intense mais incoercible, représente, dans la reconstitution ultérieure du vécu des patients, le véritable point de départ d'un processus désormais incontrôlable ³»

¹. *Ibid*, p. 75.

². *Ibid.*, p. 78.

³. *Ibid.*, p. 141.

3-4. La centralité

La notion centralité se rapporte expressément dans la théorie grivoisienne à un vécu subjectif. Elle ne connaît pas de modification dans ses propriétés déjà définies par son promoteur. Il est à noter qu'il la rapproche de l'*anastrophe* ou retournement du sujet sur lui-même décrite par Conrad¹.

3-5. La chronologie du syndrome PEP

La chronologie de la psychose naissante ou syndrome PEP est la suivante :

- 1) Etat initial.
- 2) Phase prodromique ou sensori-motrice hors conscience [concernement², indifférenciation subjective, généralisation du concernement],
- 3) Psychose naissante ou phase de centralité avec « l'alternance et la coexistence des interprétations et des hallucinations auditives ³» où se retrouvent « les premières visions globales et unitaires de la réalité - divinisation, monstruosité, exclusion, mission ⁴»,
- 4) Délire [« nosographie psychiatrique traditionnelle ⁵»].

Pour Grivois, « cette chronologie du PEP [premier épisode psychotique] est commune à tous nos patients. Il est évident que les différentes phases n'apparaissent jamais dans toute leur pureté mais que le plus souvent elles se chevauchent ⁶»

4. Quatrième approche : le mimétisme humain interindividuel et son dérèglement

Récemment, en 2007, Grivois a fait paraître deux publications dans lesquelles il fait montre d'un certain désengagement vis-à-vis des orientations cognitives et génétiques prises

¹. *Ibid.*, p. 142.

². Il est à noter une fois n'est pas coutume que Grivois apparente le concernement avec une notion préexistante de la psychiatrie classique. En effet, il écrit qu'il « est très proche des expériences que Conrad a corrélié aux idées de référence et à la perception délirante de l'apophénie. Huber le situe parmi les formes de passages entre symptômes de base et psychose (« Subjekt-Zentrismus »), in *La schizophrénie débutante, op. cit.*, p. 140-141.

³. *Ibid.*, p. 143.

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. *Idem.*

par sa théorie sous l'impulsion de chercheurs en philosophie de l'esprit telle Joëlle Proust, Marc Jeannerod ou bien encore Jean-Pierre Dupuy. Ce désengagement s'accompagne d'un recentrement sur les deux invariants de la psychose naissante mutuellement indissociables : l'indifférenciation subjective et la centralité dont il donne alors les définitions les plus abouties.

4-1. *L'hypothèse du trouble générateur*

Dans sa dernière publication, Grivois conçoit le trouble initial de la psychose naissante, en tant qu'irruption des semblables résultant de la perturbation, de l'interruption de la fonction interindividuelle, chez le sujet. Partant, ce trouble engendre à la fois le concernement universel ou centralité et l'indifférenciation subjective¹ qui apparaissent donc comme les conséquences symptomatiques d'un trouble initial, celui de la fonction de régulation interindividuelle : « Je fais ici l'hypothèse d'un dérèglement, d'un emballement d'une fonction interindividuelle nécessaire certes à l'apparition de sens dans la psychose, mais qui ne relève cependant pas lui-même du domaine de la signification. ²»

En temps normal affirme Grivois, cette fonction interindividuelle « est silencieuse et insaisissable comme tout ce qui nous maintient en vie et en bonne santé et comme sont régulées de grandes fonctions vitales : pression artérielle, taux hormonaux ou température interne. Le caractère majeur de cette fonction est de s'exercer exclusivement entre être humains, de se régler seulement sur eux et potentiellement sur tous. Chacun est émetteur et récepteur. ³» Cette fonction participe de « l'hominisation ⁴» de tout à chacun. « La plupart des hypothèses actuelles psychologiques, sensori-motrices ou autres, font de la psychose un trouble de l'imputation subjective du mouvement. Ces prémisses sont fausses, il n'existe pas de confusion subjective dans la psychose. ⁵». En outre, « les premières manifestations des psychoses naissantes résultent de la dérégulation d'une fonction proprement humaine [...] Cette fonction interindividuelle [qui ne doit pas être confondue ni avec la réciprocité interpersonnelle ni avec les multiples mécanismes mimétiques] favorise et stabilise toutes nos relations ainsi que la réciprocité intersubjective. Dans la psychose cette fonction se dérègle. Aucun autre trouble de nature psychologique, cognitive, aucune carence sensori-motrice,

¹. Elle n'avait pas auparavant la place qu'elle possède ici. Grivois la situait dans la phase prodromique ou sensori-motrice notamment lors de son établissement de la chronologie du PEP. Cf *La schizophrénie débutante*, *op. cit.*, p. 143.

². Grivois H. *Parler avec les fous*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2007.

³ Grivois H. « Le point aveugle des psychoses », in *Santé mentale*, décembre 2007, n°123, p. 66-72, p. 70.

⁴. *Ibid.*, p. 71.

⁵. *Ibid.*, p. 72.

affective ou autre, ne transforme ainsi un homme non confus en chacun des hommes et des femmes : ses semblables. Sans cette protection, il vit cela comme leur irruption en lui et l'envahissement soudain de lui-même. ¹»

4-2. Les deux invariants : l'indifférenciation subjective et la centralité

Grivois délaisse les symptômes annexes pour centrer son approche sur le vécu subjectif de l'expérience initiale ² : « Afin d'approfondir l'expérience initiale, on isolera de façon systématique ses deux aspects essentiels : les patients ne se sentent plus seuls auteurs de leurs pensées et ils se vivent au centre de l'intérêt des hommes. 'Indifférenciation' et 'centralité', ces deux termes [...] sont les invariants subjectifs de la psychose naissante. ³» Il est tout à fait important de souligner que la psychose naissante « n'est pas une simple accentuation de ce concernement banal. Le concernement y est d'emblée assez marqué pour que l'indifférence des gens étonne et rende perplexe le patient. ⁴» En conséquence, il convient de discerner, selon Grivois, « une discontinuité, un débordement du concernement qui surgit du vécu interpersonnel des patients. ⁵» Aussi, l'emballement de ce concernement amène le sujet à avoir la certitude qu'il est le fait de tous les être humains, Grivois insiste là-dessus, qu'il s'est universalisé : « ce point, momentanément irréversible, est à lui seul fondamental et il signe vraiment la psychose. » Le sujet psychotique naissant se trouve dès lors en position de concernement universel, ayant la certitude d'un « concernement généralisé et [d'un] sentiment d'être unique [qui] résumant cette situation ⁶»

Il n'est pas inintéressant de noter qu'à propos du premier invariant, Grivois estime qu'à être « disséqué, il devient désordre, trouble du cours de la pensée, automatisme, hallucinations verbales, dissociation. ⁷» De la sorte, « les travaux français sont très représentatifs de cette tendance à la fragmentation quasi neurologique de la subjectivité ⁸». Dans ce sens, Grivois considère que la psychiatrie « a confondu la centralité avec la mégalomanie, les idées de grandeur, voire, jadis, l'orgueil. » Il nous semble que Grivois fait montre d'une certaine approximation dans sa critique, au surplus oublieuse de notions fondamentales éminemment

¹. *Ibid.*, p. 72.

². Grivois H. *Parler avec les fous*, op. cit., p. 20.

³. *Idem.*

⁴. Grivois H. « Le point aveugle des psychoses », op. cit., p. 68.

⁵. *Idem.*

⁶. *Idem.*

⁷. Grivois H. *Parler avec les fous*, op. cit., p. 112.

⁸. *Idem.*

plus précise et proche de la centralité, telle que la *signification personnelle*. Comment peut-il arguer d'une telle confusion alors que la littérature psychiatrique abonde en référence à cette notion initialement germanique de signification personnelle et a fortiori de celle de phénomène élémentaire? Cela méritera d'être discuté par la suite.

4-3. *La dimension causale : un retour en arrière*

Toutefois, aucune référence, ni même aucune allusion, n'est faite sur les circonstances engendrant une telle interruption fonctionnelle. Dans quelles conditions survient-elle, de quelles causes est-elle la résultante ? Grivois fait silence là-dessus, cette dimension n'ayant que trop peu d'intérêt pour lui. Tout au plus signale-t-il, à propos des psychoses naissantes, « l'imprévisibilité de leur déclenchement et de leur évolution¹ », usant là du terme déclenchement dans son sens courant, médical, dirions-nous. En définitif, Grivois assure que « le point aveugle de la psychose et sa cause » doivent être rapportés à « un pur dérèglement interindividuel ».

Il y a tout lieu de penser qu'il s'agit là de la part de Grivois d'un véritable reniement de ses positions tenues au milieu des années 90 du siècle dernier lorsque l'on compare précisément certains textes. Vraisemblablement, mais Grivois ne le confesse pas ouvertement, les chercheurs en psychologie cognitive qui se sont emparés de ses travaux antécédents, ont sans doute dénaturé ses propres thèses en les faisant dériver vers des hypothèses contraires aux siennes propres. Prenons pour preuve, sa remarque selon laquelle la plupart des hypothèses psychologiques actuelles concevant la psychose comme « un trouble de l'imputation subjective du mouvement » qui signifie selon lui, qu'elles considèrent présente une confusion subjective dans la psychose : rien de tel, assure-t-il.

4-4. *Le tronc commun*

Conformément à ses premiers travaux, la psychose naissante est toujours conçue comme un tronc commun antérieur aux formes chroniques : « Les tableaux de psychoses sont trop nombreux pour que l'on puisse parler de psychose au singulier. En revanche, leur période initiale –psychose naissante, débutante ou émergente, etc. – conserve une unité, au point que si la psychose n'a pas perdu sa spécificité, c'est à la psychose naissante qu'elle le doit.² ».

¹. Grivois H. « Le point aveugle des psychoses », *op. cit.*, p. 66.

². Grivois H. *Parler avec les fous*, *op. cit.*, p. 19.

Autrement dit, existe une seule et même phase inaugurale, la psychose naissante, au singulier, à laquelle succède des psychoses chroniques au pluriel. En outre, la qualification de psychose naissante ne s'applique qu'une seule fois à la toute première entrée dans la psychose de sorte que « beaucoup d'épisodes aigus [...] ne sont pas des psychoses naissantes mais des rechutes. L'épisode initial n'a jamais clairement été séparé de ces rechutes et les termes de 'bouffée délirante aiguë', 'épisode psychotique', 'trouble schizophrénique' sont rarement les débuts d'une psychose ¹».

Dans cette perspective unitaire, « lorsque des propos délirants apparaissent, la psychose n'est plus débutante ²». Or, il ressort au contraire des vignettes cliniques données par Grivois que fréquemment le sujet tient des propos délirants, tel Etienne, retrouvé nu dans Paris, se disant le Christ³. Nous y reviendrons plus avant.

¹. *Ibid.*, p. 24.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 23.

Conclusion de la première partie

Si le tableau clinique de l'entrée dans la psychose s'origine dans une tradition dont les fondements proviennent des écrits des Pères de la psychiatrie française moderne, notamment P. Pinel et E. Esquirol ou de leurs élèves E. Georget ou J. Moreau de Tours, il s'est, toutefois, notablement enrichi au fur et à mesure de l'histoire de la psychopathologie par des travaux originaux classiques et modernes. Les dates importantes de sa constitution sont indéniablement corrélées à l'histoire de la nosographie psychiatrique, en ce sens qu'elles sont relatives aux premières recherches des fondateurs, puis au détachement par Lasègue du délire de persécutions¹ et à ses examens successifs par Falret père, et fils et enfin à l'établissement de la périodisation quadripartite du délire chronique à évolution systématique opérée par V. Magnan. Il appert de cette première partie que les auteurs étudiés appartiennent principalement au XIX^e siècle, ce qui rejoint les propos tenus par Lacan lors de son « Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne² ». Constatant qu'il n'y avait pas eu « la moindre découverte » dans le champ de la psychiatrie depuis une trentaine d'années, exceptées les découvertes de Clérambault, il souligna alors le « bel héritage du XIX^e siècle ». Au demeurant, parmi les nouveautés sémiologiques afférentes à notre clinique, il ne faut pas oublier la description par Paul Abély du « signe du miroir³ » à la fin des années 1920. Il fera l'objet d'un examen approfondi dans la troisième partie.

Indissociable de toute approche de la réalité psychopathologique de la psychose, ce tableau peut être considéré comme une œuvre collective, composée de recherches plus ou moins concordantes entre elles, et nourrissant en son sein plusieurs courants d'approche. De sorte que certains faits cliniques lui sont reconnus, depuis Pinel, comme inhérents. Nous avons pu en dénombrer cinq. - 1^o La perplexité ou malaise inaugural, d'ordre moral et/ou physique. - 2^o Les phénomènes hallucinatoires. - 3^o La permanence de la bipartition traditionnelle d'origine gréco-romaine, de deux formes d'entrée dans la psychose, insidieuse et brusque dont Clérambault a donné les deux épures : le syndrome d'automatisme mental dans la psychose hallucinatoire chronique et le syndrome érotomaniaque. A cet égard, si l'on rapporte la première forme à l'existence d'une constitution, on comprend dès lors pourquoi les tenants de la doctrine prédispositionnelle et ses dérivés [constitution, vulnérabilité] ne

¹ . De la mélancolie esquirolienne.

² . Lacan J. « Petit discours aux psychiatres », Paris, Sainte-Anne, inédit, 10 novembre 1967.

³ . Abély Paul. « État schizophrénique et tendances homosexuelles », séance du 18 juillet 1827, in *Annales médico-psychologiques*, n^o2, 1927, p. 251-257.

considèrent pas l'expérience de discontinuité subjective comme inhérente à l'apparition de la psychose. Il s'agirait d'une actualisation clinique d'une potentialité, déjà exprimée a minima dans certains cas par le caractère etc. Les manifestations cliniques sont dès lors, pour partie, l'exagération de ces potentialités. - 4° La permanence du schéma classique d'entrée dans la psychose implique d'une part un terrain prédisposant nécessaire, mais pas suffisant pour l'apparition de la psychose, et d'autre part une cause occasionnelle que nous examinerons dans la troisième partie. Il nous faut souligner que loin d'élucider les fondements de la (pré)disposition à la folie, les recherches contemporaines l'obscurcissent notablement en tentant d'imposer une modélisation aux prétentions globalisantes. Car si elles reprennent l'héritage aliéniste et classique, à travers la notion de prédisposition ou de vulnérabilité, - K.F Canstatt parlait déjà en 1841, comme nous l'avons vu, de *psychischer Vulnerabilität*, traduisible par *vulnérabilité* ou *prédisposition psychique*, et même antique avec celle de *diathèse*, - sa conceptualité de la psychose repose sur la notion de facteurs de risque, parmi lesquels le facteur génétique occupe une place prédominante. Il apparaît que sous l'aspect progressiste des avancées scientifiques, se cache en réalité une permanence méconnue d'hypothèses séculaires, sans pour autant en posséder la pertinence clinique. A cet égard, Freud peut être considéré comme le véritable légataire et continuateur de la notion de *prédisposition psychique*. Nous avons également montré la récurrence de l'hypothèse constitutionnaliste, modifiée il est vrai, en fonction des avancées des recherches biologiques, mais faisant appel aux facteurs prédisposants tels que la personnalité schizoïde au XX^e siècle. Il ne s'agit résolument plus d'une prédisposition psychique mais psychologique, renvoyant à la psychologie de la conscience et des facultés. - 5° La tentative de repérer et d'établir une classification des prodromes, appelés préludes aux temps premiers, et troubles prémorbides de nos jours. Nous examinerons plus en détail leur valeur clinique et prédictive dans la troisième partie.

D'autres faits cliniques sont l'objet de débat tel que la temporalité ou classification des données formelles. Si le souci de la dimension chronologique est partagé par l'ensemble des auteurs du paradigme, nous avons vu que Georget, Clérambault et Guiraud lui portent une attention toute particulière. Bien que de points de vue divergents sur la primauté chronologique des symptômes, ces auteurs corrélaient tous la valeur psychopathologique des symptômes à leur ordre d'apparition. Nous avons vu à cet égard le désaccord affiché par Guiraud avec la doctrine clérambaultienne, refusant même d'admettre la priorité de l'automatisme mental. En outre, nous avons essayé de souligner l'existence d'une tradition syndromique, initiée par Georget et reprise par Clérambault, dont l'un des représentants

français contemporains n'est autre que Grivois. Et enfin, nous avons soumis les mécanismes déterminants de la psychose clinique à un premier examen, que nous approfondirons dans la troisième partie.

Notre démarche de regrouper en un seul paradigme des auteurs de courants de pensées ou de traditions doctrinales plus ou moins convergents, postulait, au fond, l'existence d'une même et unique problématisation de l'entrée dans la psychose. La notion de (pré)disposition médicalisée dont faisait déjà mention J. Daquin et P. Pinel dans leur schéma explicatif respectif, accrédite notre hypothèse d'une représentation ou conception commune de l'entrée dans la psychose. Elle se distingue foncièrement de la prédisposition psychique que Freud, et à sa suite Lacan, ont pu faire valoir en la rapportant à une structure inconsciente¹. Au-delà des différences et des débats qu'il ne s'agissait pas pour nous d'aplanir, une relative homogénéité dans la conceptualité de la folie et de ses débuts s'est dégagée, de sorte qu'une certaine expérience de l'entrée de la psychose peut être appréhendée comme *apparition de la psychose*. En son principe, cette expérience se trouve déconnectée de l'économie psychique du sujet, et partant, explore le « canton² » clinique de l'entrée dans la psychose par le truchement d'une modélisation chronologique. Cette dernière dérive d'une mécanique héréditaire proche de la psychologie des facultés et de la conscience dont l'organo-dynamisme d'Henry Ey serait peut-être une forme moderne³. En tout état de cause, il est aisé de constater que cette expérience de l'apparition de la psychose peine, notamment pour ces raisons, à donner un quelconque ordonnancement à cette clinique.

¹. On la trouve fréquemment associée chez Freud au terme psychique, mais aussi chez Lacan « pour être fou, il y faut quelque prédisposition, sinon quelque condition ». In *Le séminaire III. Les psychoses*, Paris, Le Seuil, 1981, p 23. Bien entendu sous ce même terme, co-existent deux acceptions ou traditions résolument divergentes.

². Lantéri-Laura G. « Psychopathologie et processus », *op. cit.*, p. 607.

³. Peut-être opérons-nous là un forçage en mettant ainsi en perspective l'organo-dynamisme d'Henry Ey ? Cela mériterait d'être approfondie.

- DEUXIÈME PARTIE -

LE PARADIGME

DU DÉCLENCHEMENT DE LA PSYCHOSE

Dans la poursuite de notre recherche sur la détermination et la réalité clinique de l'entrée dans la psychose, nous allons nous intéresser à présent au second paradigme psychopathologique de cette clinique, à savoir celui du déclenchement de la psychose. Référé à un cadre théorique et épistémologique précis, il renvoie directement au concept éponyme, natif des recherches de Jacques Lacan sur la psychose et son éclosion. Et ce, d'autant plus que Lacan, dès 1931, se donnait comme programme de « chercher les bases d'un mécanisme cohérent des éclosions délirantes ¹ ». Quant au syntagme lui-même, de *déclenchement de la psychose*, il semble difficile de dire avec certitude à qui Lacan l'a emprunté. Pour notre part, nous inclinons à penser qu'il l'a hérité en partie ² de G.G de Clérambault, « seul maître en psychiatrie ³ » que Lacan se soit reconnu, alors que d'autres l'attribuent volontiers à Kraepelin ou Bleuler ⁴.

Une mise en perspective historique du paradigme du déclenchement de la psychose permet de corréler le socle théorico-clinique, dont il s'institue, à un contexte psychiatrique situé à la charnière entre l'ère classique et l'ère dynamique au cours de laquelle s'imposa la

¹. Lacan J. « Structure des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*, p. 18.

². A notre connaissance, Clérambault n'a pas utilisé ce syntagme mais en revanche ses *Œuvres psychiatriques* font mention du substantif de *déclenchement* et de *déclencher une psychose*. Cf, *supra*, p. 102 et sq. De sorte que le syntagme *déclenchement de la psychose* devrait être attribué à Lacan lui-même.

³. Lacan Jacques. « *De nos antécédents* », in *Écrits*, *op. cit.*, p. 65.

p. 65-72, p. 65. A en croire F. Sauvagnat cette expression « était au total plus de l'ordre de la provocation que d'un hommage profondément ressenti. » In « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », *Ornicar ?*, *digital*, n°76, 1/2/1999. Disponible et consulté le 21/5/2009 sur le site :

<http://www.lacanian.net/Ornicar%20online/Archive%20OD/ornicar/articles/svg0086>.

⁴. De leur côté, Morel. G et Wachsberger. H avancent l'idée d'un emprunt à la psychiatrie de langue allemande : « Certaines citations de la thèse laissent à penser que Lacan aurait emprunté ce terme à Kraepelin. De fait, son équivalent germanique, *Auslösung*, est rare chez Kraepelin, plus fréquent chez Bleuler ; ils désignent tous deux l'effet d'une cause accidentelle. » In « Recherches sur le début de la psychose », *op. cit.*, p. 81. Il y a là sans doute une indécision historique en quelque sorte. Dans sa thèse, Lacan cite à plusieurs reprises Kraepelin dont il a assuré lui-même la traduction semble-t-il. Au cours de l'une de ces citations, notons la présence du verbe déclencher (p. 85). On trouve également le terme de déclenchement employé dans une citation de Kretschmer traduite par Lacan (p. 93).

modélisation structurale relative aux trois grandes structures psychopathologiques¹ que sont la névrose, la psychose et la perversion. En effet, c'est dans ce contexte de transition des paradigmes historiques de la psychiatrie que doit être située la découverte freudienne de l'inconscient à la fin du XIX^e siècle, et partant, la naissance de la psychanalyse. Rompant avec les connaissances traditionnelles médicales et psychologiques dans le champ de la psychopathologie, Freud instigua une approche novatrice du symptôme, tout d'abord sous les espèces de la théorie de la séduction, puis à partir de 1897, grâce à sa découverte du fantasme inconscient. Ainsi qu'il le reconnaît lui-même à la fin de sa vie : « il n'a pas été indifférent pour elle [la psychanalyse] de commencer son travail sur le symptôme, la chose la plus étrangère au moi qui se trouve dans le psychisme² ». Corrélée à une nouvelle catégorie clinique, la théorisation des psychonévroses de défense permit à Freud de renouveler les partitions nosographiques en vigueur à l'époque. C'est à partir de cette modélisation psychonévrotique, foncièrement emprunte de ses découvertes issues de son investigation de l'hystérie, et plus largement de la névrose, que Freud aborda la psychose. Nous examinerons le chemin conceptuel parcouru par le fondateur de la psychanalyse, et ses efforts fournis, afin de spécifier le champ des psychoses. A plusieurs reprises, il tenta, sans toutefois réellement y réussir, de définir un mécanisme psychique propre à la psychose, tout comme il le fit pour la névrose et le refoulement originaire dont nous verrons la triple stratification définitoire. C'est dans ce contexte, et conjointement aux phénoménologues, que Freud « tend à prendre en considération une structure latente³ ». Ce faisant, il tenta de donner aux notions séculaires de disposition⁴ et de constitution des définitions conformes à ses découvertes, en promouvant la conception d'une constitution psychique stratifiée. De sorte que l'entrée dans la psychose implique, dans la configuration freudienne, à la fois une constitution psychique singulière ou structure psychotique latente, et une cause déclenchante. Nous examinerons, dans cette perspective structurale, quatre observations relatives à la clinique de l'entrée dans la psychose présentes dans le corpus freudien.

La diffusion progressive, mais continue, de la psychanalyse a pu générer chez Freud un certain optimisme, au point qu'il puisse écrire en 1917 : « tout nous porte [...] à croire que le temps n'est pas loin où l'on se rendra compte que la psychiatrie vraiment scientifique suppose une bonne connaissance des processus profonds et inconscients dans la vie

¹. Nous reprenons ici la périodisation élaborée par G.Lantéri-Laura et déjà évoquée.

². Freud S. « La décomposition de la personnalité psychique » [1937], in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984, p. 80.

³. Maleval J.-C, Sauvagnat F. « Pour une approche structurale en psychopathologie », *op. cit.*, p. 4.

⁴. A cet égard, signalons que Freud fit paraître en 1913 un article dont le titre s'avère démonstratif : « La disposition à la névrose obsessionnelle. Une contribution au problème du choix de la névrose » [1913], in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1985, p. 189-197.

psychique. ¹» L'histoire de la psychiatrie lui a partiellement donné raison, dans la mesure où les décennies suivantes marquèrent une réelle influence de la psychanalyse sur la psychiatrie. Si la psychanalyse prit relativement tard son essor en France, au regard de la situation d'autres pays tels que l'Allemagne, la Suisse ou l'Angleterre, elle connut un renouvellement doctrinal sans précédent, grâce aux travaux de Jacques Lacan. Alors interne en psychiatrie, le jeune Lacan découvre, au début des années 30, l'œuvre freudienne. En témoigne l'un de ses premiers écrits, sa thèse de médecine *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*², où il fait mention de quelques notions freudiennes. Lacan ancrerait déjà ses recherches dans le champ de la psychose, et s'intéressait particulièrement, dans le sillon clérambaltien, à l'étude de son déclenchement. Cette première étape dans la construction du concept de déclenchement de la psychose, où Lacan était encore très influencé par sa formation de psychiatre, se poursuivra avec la publication des *Complexes Familiaux*³, et trouvera sa formalisation en 1946 avec le parachèvement de sa première théorie de la psychose. Succédera ensuite une deuxième théorisation dont l'aboutissement conceptuel concordera avec la publication de son article fondamental « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ⁴ ». Ses avancées ultérieures seront concrétisées dans une troisième thèse se rapportant au modèle de la chaîne borroméenne. Elles feront l'objet d'une analyse dans la troisième partie de cette recherche.

Grâce à l'examen respectif des deux premières étapes, nous montrerons l'existence de la permanence d'une configuration du déclenchement impliquant des liens de causalité entre le déterminisme structural de la psychose et les circonstances de son avènement clinique. Nous soulignerons que l'évolution de cette conjonction peut être conçue comme toujours plus accentuée, jusqu'à atteindre dans le point conceptuel culminant de 1959, une communauté de structure entre la psychose et son déclenchement. Ce faisant, nous discernerons une logique du déclenchement, irréductible à toute visée mécaniciste, dans la mesure où la structure psychotique est celle d'un sujet. Chacune de ces étapes étant électivement associée à l'étude d'un cas de paranoïa, nous sommes portés à considérer celle-ci comme étant la structure clinique de référence du concept de déclenchement de la psychose.

¹. Freud S. *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1961, p. 237. Précisément ces lignes proviennent de la seizième conférence intitulée « Psychanalyse et psychiatrie », p. 225-238.

². Lacan J. *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], *op. cit.*

³. Lacan J. *Les Complexes familiaux dans la formation de l'individu* [1938], Paris, Navarin Editeur, 1984. Repris in *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 23-84.

⁴. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose » [1958] in *Écrits, op. cit.*, p. 531-583.

Toutefois, si on admet que le concept de déclenchement dans la psychose est consubstantiel à la structure psychotique, déterminée à la fin des années 50 par le concept de forclusion du Nom-du-Père, on comprendra que le terme même de déclenchement n'est nullement exclusif à la psychose, mais corrélé à la structure. De sorte que Lacan pouvait tout aussi bien parler de déclenchement de la névrose. Aussi, dans l'approche structurale, l'entrée dans la névrose, définie en tant que structure subjective déterminée par la fonction paternelle, doit être appréhendée comme déclenchement de la névrose. A cet égard, Freud parlait déjà de « déclenchement [...] de névroses individuelles ¹ »

Ainsi, il ressortira de cette deuxième partie que le paradigme du déclenchement de la psychose repose sur un socle conceptuel structural allant de la constitution psychique freudienne dont la définition est affiné à celle d'une structure latente, à la structure de l'Autre défini comme trésor des signifiants par Lacan à la fin des années 50. Ce qui s'accorde avec le point de vue de J-C. Maleval et F. Sauvagnat : « Qu'il s'agisse d'une structure référée aux complexes, aux instances des topiques freudiennes, aux strates du refoulement ou à l'appréhension de l'espace et du temps, en psychopathologie toutes les approches initiales de la structure psychique postulent l'existence d'une logique des symptômes située à distance de l'expérience immédiate, et rendant compte de l'inefficacité de la dialectique rationnelle pour obtenir leur disparition. Dès lors il appartient à la nature de la structure psychique d'être inconsciente et les psychanalystes se trouvent incités à se saisir de ce concept. ²»

En définitive, il apparaîtra que le concept de déclenchement de la psychose représente un héritage précieux tirant sa légitimité de sa valeur clinique chevillée à la rationalité analytique, et possédant une réelle portée heuristique.

¹. Freud S. *La question de l'analyse profane* [1926], Paris, Gallimard, 1985, p. 84.

². Maleval J.-C, Sauvagnat F. « Pour une approche structurale en psychopathologie », *op. cit.*, p. 8-9.

I. Freud et l'entrée dans la psychose

La découverte freudienne de l'inconscient se rapporte foncièrement à son champ clinique d'origine, celui des névroses. Il n'est guère contestable qu'il pris pour Freud la fonction de paradigme conceptuel à partir duquel il aborda secondairement la psychose. Freud, ayant primitivement dégagé le mécanisme psychique central de la névrose sous les espèces du refoulement, s'attacha ensuite à spécifier un mécanisme propre à la psychose. Mais il ne réussit pas à se départir de sa conception du refoulement névrotique. De sorte que cette parenté originaire entre névrose et psychose entraîna Freud à promouvoir une nouvelle catégorie clinique, les psychonévroses de défense, centrées sur la valeur défensive du symptôme. Bien que Freud semblait abandonner au fil de ses élaborations cette modélisation psychonévrotique pour distinguer plus nettement et radicalement, névrose et psychose, en persévérant dans leur investigation spécifique, il n'y parvient pas. Il ne réussit pas à aborder la psychose hors du prisme de la névrose, pour preuve les quelques résurgences de cette modélisation qui semblait pourtant quelque peu dépassée. Par exemple en 1922, il qualifia encore la paranoïa de psychonévrose¹. C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles Freud à proprement parler n'a pas produit de véritable théorie de l'entrée dans la psychose à l'inverse de la névrose. En effet, il est sans cesse revenu sur les déterminations cliniques de cette dernière, lui consacrant même un article intitulé des « Sur les types d'entrées dans la maladie névrotique² ». Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que Freud ne se soit jamais intéressé à la clinique de l'entrée dans la psychose, le corpus freudien contenant au moins quatre observations se rapportant essentiellement à des psychoses paranoïaques à savoir celle de Schreber publiée en 1911 sous le titre « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le Président Schreber) ³ », celle d'une jeune femme présentée dans « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique ⁴ » de 1915, puis celle d'un médecin située dans *Introduction à la psychanalyse*⁵, et enfin, dernière

¹. Freud S. « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa, et l'homosexualité » [1922], in *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 271-281.

² Freud S, « Sur les types d'entrées dans la maladie névrotique » [1912] in *Névrose, Psychose et perversion*, op. cit., p. 175-182.

³. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le Président Schreber) » [1911], in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1995, p. 263-324.

⁴. Freud S. « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique » [1915], in *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 209-218.

⁵. Freud S. *Introduction à la psychanalyse*, op. cit. Précisément cette observation se trouve dans la vingt-sixième conférence « La théorie de la libido et le narcissisme », p. 389-407.

observation, rapportée dans « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité ¹ » daté de 1922.

Durant plusieurs décennies, Freud maintenu plus ou moins sa thèse pulsionnelle relative à l'entrée dans la psychose paranoïaque faisant de celle-ci une défense psychique contre une pulsion homosexuelle trop forte. La promotion d'une telle thèse impliquait dans le schéma freudien l'existence d'une prédisposition psychique qu'il n'est pas erroné d'apparenter à une structure latente. De sorte que la troisième approche majeure dans le champ de la psychopathologie qui « fut introduite par Freud et les phénoménologues, tend à prendre en considération une structure latente ² » selon Maleval et Sauvagnat. Toutefois, il convient d'avoir à l'esprit qu'à l'époque le concept de structure ne possède pas vraiment de définition basée sur des propriétés et partant n'avait pas encore acquis véritablement son statut de concept : « Il s'en faut de beaucoup que celui-ci possède une acception univoque d'un auteur à l'autre, mais il s'impose, au début du XIX^e siècle, à ceux qui cherchent l'origine des troubles mentaux en un sens voilé spécifique. Freud et les phénoménologues sont les premiers à s'y référer ³ ». L'une des premières occurrences freudiennes de ce concept doit être reconnue sous les espèces de la « morphologie des névroses ⁴ » ainsi que le soulignent ces auteurs, précisant que Freud « est conduit, afin de cerner celle de l'hystérie, à introduire pour la première fois le concept de structure. Elle est probablement la suivante, écrit-il, en 1897, 'quelques unes des scènes sont directement accessibles, d'autres seulement par l'intermédiaire de fantasmes superposées. Elles s'ordonnent suivant une résistance croissante ; les moins refoulées surgissent les premières, mais d'une façon incomplète à cause de leur association avec des scènes plus refoulées. Le travail analytique s'effectue par une série de descentes [...] la voix que nous empruntons suit une ligne à travers des pensées qui se trouvent à l'arrière-plan des symptômes' ⁵ ». Freud caractérisa ainsi ce qu'il dénomma lui-même « la structure de l'hystérie ⁶ », tout du moins dans la traduction d'Anne Berman, puisque l'équipe de la nouvelle traduction n'a pas trouvé mieux que de proposer « l'architecture de l'hystérie ⁷ ». En découle indéniablement une perte de sens à mettre sur le compte d'un parti pris, chez ces traducteurs, allant à l'encontre d'une conception freudienne structurale dont

¹. Freud S. « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa, et l'homosexualité » [1922], in *Névrose, psychose et perversion*, *op. cit.*, p. 271-281.

². Maleval J.-C, Sauvagnat F. « Pour une approche structurale en psychopathologie », *op. cit.*, p. 4.

³. *Ibid*, p. 8.

⁴. Freud S. *La naissance de la psychanalyse*, Manuscrit D, Paris, PUF, 1969, p. 78. Cité par Maleval J.-C et Sauvagnat F. « Pour une approche structurale en psychopathologie », *op. cit.*, p. 8.

⁵. La citation de Freud provient de *La naissance de la psychanalyse. Lettre du 25-2-1897*, *op. cit.*, p. 179.

⁶. Freud S. *La naissance de la psychanalyse*, Manuscrit M accompagnant la lettre du 25-5-1897, *op. cit.*, p. 179.

⁷. Freud S. *Manuscrit M* joint à la lettre 128 en date du 25-5-1897, *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*, (trad. fr, F. Kahn, F. Robert) Paris, PUF, 2006, p. 312. L'on conçoit ainsi les enjeux d'une traduction.

l'on sait qu'à l'époque Lacan fut sinon le seul du moins le plus attaché, à se faire le légataire de cet héritage structural. Nous examinerons l'évolution de cette notion chez Freud et ses tentatives de cerner au plus près son fonctionnement dans la psychose.

Au cours des années 20, Freud estima que la psychiatrie n'avait nullement entrepris d'analyser les mécanismes déterminants l'entrée dans la psychose, mécanismes « qui ont pour fonction de détourner [le sujet] de la réalité ¹», précise-t-il. C'est à lui tout d'abord, dès le milieu des années 1890, puis à ses disciples qu'est revenue la charge et le mérite d'assumer un tel programme de recherche. Nous allons à présent examiner les tentatives freudiennes de dégagement et de formulation des lois psychiques présidant la réalité clinique que représente l'entrée dans la psychose.

I-1. Les psychonévroses de défense : le cas de la paranoïa clinique

1. Les psychonévroses de défense [1894]

Dès 1894, Freud se démarquait du discours psychiatrique dominant de l'époque, considérant les psychonévroses, à savoir l'hystérie, l'obsession et la psychose hallucinatoire, états « tous liés à un clivage de conscience », comme « l'expression d'une disposition pathologique, disposition qui n'est pas nécessairement identique à une 'dégénérescence' personnelle ou héréditaire. ²» Que ces états soient assignables à une disposition pathologique du malade, Freud le soutient, mais ne reprend nullement à son compte la théorie de l'hérédité-dégénérescence fort répandue à cette époque et introduite à partir des années 1860 par le français par B.-A Morel³. Ces trois états sont appréhendés en réalité par Freud comme trois formes de défense contre une représentation inconciliable avec le moi, toutefois inégales dans leur efficacité respective. En effet, la confusion hallucinatoire est une « espèce plus énergique et efficace de défense. Elle consiste en ceci que « le moi rejette [Verwift] la représentation insupportable en même temps que son affect et se comporte comme si la représentation n'était jamais parvenue jusqu'au moi ⁴». Il n'est pas accessoire de souligner qu'en ces lignes réside

¹. Freud S, « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924], in *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 299-303.

². Freud S. « Les psychonévroses de défense » [1894], in *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 1-14, p. 5.

³. Bing François. « La théorie de la dégénérescence », in *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 233-238. Elle fut surtout développée dans les années 1850.

⁴. Freud S. « Les psychonévroses de défense » [1894], op. cit., p. 12.

la première référence au mécanisme de *Verwerfung* freudienne que Freud n'hésitera pas par la suite à appliquer à l'hystérie¹, de sorte que non seulement il ne sera en rien spécifiquement déterminant de la psychose mais également rien ne spécifiera la représentation sur lequel il porte.

En outre, il avance que « le contenu d'une psychose hallucinatoire [...] consiste précisément en la mise au premier plan de cette représentation qui était menacé par l'occasion déclenchante de la maladie. On est donc en droit de dire que le moi s'est défendu contre la représentation insupportable par fuite dans la psychose. ²» De sorte que le contenu délirant provienne de la représentation ou cause déclenchante c'est-à-dire l'institue comme représentation délirante. Freud dégage une telle thèse de l'observation d'une psychose hallucinatoire : une jeune femme amoureuse d'un jeune homme s'imagine être aimée en retour par celui-ci. Après quelques désillusions de sa part ayant engendré des symptômes hystériques survient un événement décisif. Bien qu'il fréquente à l'occasion le domicile familial de la jeune femme, elle l'attend en vain le jour d'une fête familiale. Cette attente engendre un certain état de tension psychique chez cette jeune femme, nous dit Freud. Il atteint son paroxysme à la fin de la journée lorsque toutes ces possibilités d'espérance se sont épuisées : « elle verse [alors] dans une confusion hallucinatoire. Il est arrivé, elle entend sa voix dans le jardin, elle court en chemise de nuit pour l'accueillir. A partir de ce jour elle vit pendant deux mois dans un rêve heureux dont le contenu est le suivant : il est là, il est toujours près d'elle, tout est comme par le passé.³» Ainsi, la représentation de l'absence de ce jeune homme a subi une *Verwerfung*.

Freud poursuit son analyse de l'entrée dans la psychose : « il faut le considérer [le processus psychotique] comme l'expression d'une disposition pathologique accentuée, et on peut sans doute le décrire ainsi : le moi s'arrache à la représentation inconciliable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de la réalité si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité ou en partie, de la réalité. ⁴» Freud y voit la condition pour que « des représentations du sujet se voient reconnaître une vivacité hallucinatoire ; alors après avoir réussi sa défense, la personne se trouve dans l'état de

¹. Si Freud désigne par *Verwift* (dont le substantif nous est plus familier *Verwerfung*) en ces lignes l'opération psychique d'un mécanisme défensif d'une certaine psychose, par la suite il pourra l'utiliser entre autres pour un cas d'hystérie. Pour plus de précisions se reporter à Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 39.

². *Ibid.*, p. 13. A en croire Jones, Freud aurait sensiblement repris la confusion hallucinatoire de son ancien professeur T. Meynert que celui-ci désignait par *Amentia* : « c'est l'étude du trouble appelé 'Amentia de Meynert' (psychose hallucinatoire aiguë) qui lui fournit la nette intuition du mécanisme de réalisation de désir, mécanisme dont il devait plus tard si abondamment se servir en étudiant l'inconscient ». In Jones E. *La vie et l'œuvre de Freud*, I, Paris, PUF, 1961, p. 73.

³. *Ibid.*, p. 12.

⁴. *Ibid.*, p. 3.

confusion hallucinatoire ¹». Tout simplement, Freud vient de rendre caduque la définition classique esquirolienne de l'hallucination, en ce sens qu'il l'appréhende non pas comme une perception sans objet mais comme une satisfaction défensive du moi générée par la forclusion [Verwift] d'une représentation inconciliable avec le moi.

Incontestablement, la thèse freudienne renouvelle toute conception d'entrée dans la pathologie mentale, élucidée comme défense du moi par clivage de la conscience devant une représentation inconciliable. A cet égard, il n'est pas abusif de penser que cette thèse sera reprise, remodelée et approfondie trente ans plus tard, en 1924, dans la perspective de la seconde topique.

2. Manuscrit H daté du 24. 01. 1895

L'on sait la place capitale occupée par ce manuscrit dans la première théorie psychanalytique des psychonévroses de défense : à sa lecture, il appert que Freud envisage l'entrée dans la paranoïa comme l'activation d'une défense spécifique devant certaines situations intolérables pour le sujet. En citant ce vers de Lessing, « Si quelqu'un lors de certains événements ne perd point la raison c'est qu'il n'en a point à perdre ²», Freud pense implicitement, tout comme Lacan l'écrira quelques décennies plus tard sur le mur de sa salle de garde, que « Ne devient pas fou qui veut ³» qu'il y faut quelque prédisposition. Dans ce sens, dès 1895, Freud considère que la paranoïa clinique nécessite chez le sujet une prédisposition psychique venant à la suite, tout la précisant, de la *disposition pathologique* de 1894. A son propos, il écrit : « La paranoïa chronique sous sa forme classique est un mode pathologique de défense, comme l'hystérie, la névrose obsessionnelle et les états de confusion hallucinatoire. Les gens deviennent paranoïaques parce qu'ils ne peuvent tolérer certaines choses - à conditions naturellement que leur psychisme y soit particulièrement prédisposé. En quoi consiste cette prédisposition ? En un penchant vers quelque chose qui possède certaines caractéristiques psychiques de la paranoïa ⁴». Si Freud incline volontiers à faire valoir la notion de prédisposition psychique dans le cadre de la paranoïa, lui incombe dès lors, d'en formuler les caractéristiques psychiques. Dans ce sens, et à l'appui de sa conception, Freud

¹. *Idem*.

². Lessing. *Emilia Galotti* [acte IV, scène 7]. Cité par in « Manuscrit H », Lettre du 24.1.1895, in *Naissance de la psychanalyse*, p. 98-102, p. 98.

³. Ainsi que Lacan le signale dans son « Propos sur la causalité psychique » [1946], *op. cit.*, p. 176.

⁴. Freud S. « Manuscrit H », Lettre du 24.1.1895, *op. cit.*, p. 98.

expose dans ce manuscrit, le cas d'une jeune femme d'une trentaine d'années souffrant « d'indéniables symptômes de délires d'observation et de persécutions ¹ ». Quelques années auparavant la floraison du délire, cette jeune femme avait relaté à sa sœur aînée une scène qui s'était produite entre elle et un jeune homme hébergé chez eux : « celui-ci lui mit son pénis dans la main ² ». Le délire consiste en ce que « les voisines la plaignaient parce qu'elle était un laissé pour compte et qu'elle attendait le retour de cet homme. On lui faisait des allusions de ce genre, on jasait à propos de cette histoire, etc. ³ ». Suite à l'éclosion du délire, la sœur aînée constate chez sa sœur cadette la négation de cette scène de séduction. Freud, le constatant également lors d'entretiens et d'une séance d'hypnose, s'interroge : « Quel était donc le caractère particulier de cette défense paranoïaque ? La malade voulait éviter quelque chose, le refoulait [...]. Elle tentait d'échapper au reproche d'être 'une vilaine femme'. Mais ce reproche lui vint du dehors et ainsi le contenu réel resta intact alors que l'emplacement de toute la chose changea. Le reproche intérieur fut repoussé en dehors : les gens disaient ce qu'elle se serait sans cela, dit à elle-même. Elle aurait été forcée d'accepter le jugement formulé intérieurement, mais pouvait bien rejeter celui qui lui venait de l'extérieur ⁴ ».

Remarquons que Freud ne fait aucune allusion aux conditions actuelles qui ont précipité cette paranoïa clinique et qui devraient être situées entre le souvenir de la scène de séduction et le délire proprement dit. Bien plutôt centré sur le mécanisme générant le délire, Freud repère que « le but de la paranoïa est donc de se défendre d'une représentation inconciliable avec le moi, en projetant son contenu dans le monde extérieur. Deux questions se posent : 1 Comment un pareil déplacement peut-il se produire ? 2 Tout se passe-t-il de la même façon dans d'autres cas de paranoïa ? ⁵ ». A la première question, Freud avance qu'il « s'agit d'un mésusage du mécanisme de projection utilisé en tant que défense ⁶ ». Autrement dit, il y a utilisation de façon pathologiquement inadaptée d'un mécanisme normal, dans la mesure où le sujet oublie ses propres idées et affects que ce mécanisme, cette réaction de projection implique. A la seconde question, Freud répond que « dans tous les cas, la ténacité avec laquelle le sujet s'accroche à son idée délirante est égale à celle qu'il déploie pour chasser hors de son moi quelque autre intolérable. Ces malades aiment leur délire comme ils s'aiment eux-mêmes. Voilà tout le secret [de ces réactions] ⁷ ». Il ressort de ces réponses d'une part que

¹. *Ibid.*, p. 99.

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 99-100.

⁵. *Ibid.*, p. 100.

⁶. *Idem.*

⁷. *Idem.*

Freud assimile le délire à une réaction psychique défensive et d'autre part qu'il possède un aspect narcissique pour le moins inédit dans le champ de la psychopathologie.

Autre remarque, Freud met en lien la scène de séduction et le thème du délire paranoïaque reconduisant ainsi sa thèse de 1894 sur le contenu de la psychose hallucinatoire inversant en quelque sorte celui de la représentation inconciliable. Cette conception du délire est subordonnée à l'existence d'une telle représentation inconciliable relative à une situation ou fait réel, désignée par Freud comme trauma sexuel et à un mécanisme psychique normal, la projection, permettant au sujet de s'en défendre. Le caractère psychopathologique de cette opération psychique provenant de l'exagération anormale de l'utilisation du mécanisme. De sorte que Freud interprète le délire psychotique sur le modèle du symptôme névrotique dans la mesure où le délire serait un retour du refoulé. Dans ce sens, il envisage le délire de sa patiente [allusions des voisines etc..] comme réellement un retour du dehors d'une représentation psychique interne relative à des faits sexuels. Aussi, dans cette perspective Freud considère que « les gens disaient ce qu'elle se serait sans cela, dit à elle-même ¹ ». De plus, il note dès cette époque que ce mécanisme d'extériorisation énonciative est salutaire pour le sujet dans la mesure où l'émetteur se positionnant comme récepteur peut refuser son propre message. Ainsi sa thèse de 1911 sur la valeur défensive et auto-thérapeutique du délire, élaborée lors son étude des mémoires de Schreber, trouve ici une première esquisse. Toutefois, nous verrons qu'en 1911, Freud différenciera le délire et l'hallucination psychotiques du retour du refoulé névrotique en estimant qu'ils se rapportent à des représentations psychiques primitivement abolies au dedans du sujet.

3. Manuscrit K daté du 1. 01. 1896

Reprenant ses avancées du *Manuscrit H*, Freud conçoit la paranoïa comme une psychonévrose de défense au même titre que l'hystérie et la névrose obsessionnelle : « [elles] apparaissent dans les mêmes circonstances que leurs prototypes affectifs lorsque deux conditions se trouvent remplies : il faut que l'incident provocateur ait été d'ordre sexuel et ensuite qu'il se soit produit avant la maturité sexuelle [...] Je ne possède sur les déterminants personnels aucune donnée nouvelle. ² » Ces deux caractéristiques constituent en quelque sorte

¹. *Idem*.

². Freud S. « Manuscrit K », Lettre du 1.1.1896, in *Naissance de la psychanalyse, op. cit.*, p. 129-137, p. 130.

un tronc commun aux psychonévroses. En outre, Freud y ajoute une dimension héréditaire relativement floue : « Je dirai que [...] l'hérédité constitue un facteur déterminant de plus, en ce qu'elle favorise et augmente l'affect pathologique, donc qu'elle favoriserait une condition permettant le passage par transition du normal à l'extrême. Je ne crois pas que l'hérédité détermine le choix particulier de la pathologie de telle ou telle névrose de transfert ¹». Il y a tout lieu de penser, selon Freud, que la dimension psychopathologique de ces psychonévroses de défense provienne d'une espèce de dérèglement de mécanismes psychiques normaux : « Ce sont des déviations pathologiques d'états affectifs psychiques normaux : conflits [dans l'hystérie], d'auto-reproche [dans la névrose obsessionnelle], de rancune [paranoïa], de deuil [dans le délire hallucinatoire aigu] ²». L'affect, présent en tant que tel dans le fonctionnement normal du psychisme humain, mais pathologiquement exagéré dans la paranoïa, est la rancune. Il n'est pas excessif de voir en cette façon d'expliquer le délire paranoïaque une résurgence de la théorie des passions des fondateurs de la psychiatrie moderne française. Assez explicitement s'impose l'idée d'une gradation de la rancune qui s'adjoint à la méfiance dans la paranoïa.

C'est dans cette perspective que Freud tente, dans ce texte, des rapprochements entre névrose et psychose notamment sur la base de l'argument suivant : l'éprouvé de l'incident primaire de la psychose serait analogue à celui de la névrose obsessionnelle, le plaisir. Cela a pour conséquence le déplaisir du souvenir : « déplaisir dont le prochain est rendu responsable suivant le mécanisme psychique de la projection ³» et « le symptôme primaire qui se forme est la méfiance [susceptibilité exagérée à l'endroit d'autrui] ⁴».

On peut ainsi remarquer que dans ce *Manuscrit K*, Freud revient sur sa conception exposée dans le manuscrit H⁵ où il posait l'auto-reproche comme l'affect primaire de la psychose paranoïaque de sa jeune patiente. Maintenant, il considère que celui-ci est du registre de la névrose obsessionnelle et suppose que la paranoïa se rapporte à la méfiance.

¹. *Idem.*

². *Ibid.*, p. 129-130.

³. *Ibid.*, p. 135.

⁴. *Idem.*

⁵. Cf, *supra.*, p. 156.

4. Les psychonévroses de défense [1896]

Deux ans après son premier article promouvant une nouvelle catégorie conceptuelle regroupant plusieurs espèces cliniques, Freud estime que ses vues antérieures sont confirmées, notamment celle consistant à « faire de la défense le point nucléaire dans le mécanisme psychique des névroses ¹ ». Néanmoins, elles méritent tout de même d'être approfondies et même renouvelées afin de tenir compte de ses avancées afférentes aux deux manuscrits *H* et *K*. En conséquence, il publie ses « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense ». Au regard du premier article de 1894, le fait notable de ce second article est l'introduction de la paranoïa dans le groupe psychonévrotique : « Depuis assez longtemps je nourris le soupçon que la paranoïa [...] est une psychose de défense, c'est à dire que, comme l'hystérie et les obsessions, elle provient du refoulement de souvenirs pénibles, et que ses symptômes sont déterminés dans leur forme par le contenu du refoulé ² ». Freud poursuit : « Propre à la paranoïa devrait être une voie ou un mécanisme particulier de refoulement, de même que, l'hystérie opère le refoulement par la voie de la *conversion* en innervation corporelle et la névrose obsessionnelle par *substitution* [déplacement le long de certaines catégories associatives] ³ ». Freud postule que chacune des psychonévroses de défense se singularise tant sur le mécanisme de refoulement utilisé que sur le contenu du refoulé imprimant une forme particulière aux symptômes. En effet, Freud tente de discerner des différences de traitement du refoulé à l'intérieur de l'ensemble des psychonévroses de défense.

Dans cette recherche, Freud peut s'aider d'une observation recueillie fin 1895. Grâce à Joseph Breuer, il rencontre une jeune femme de 32 ans présentant une paranoïa clinique. Il note le postulat de son intervention : « je partais là de la présupposition qu'il devait y avoir dans cette paranoïa, comme dans les deux autres névroses de défense que je connais, des pensées inconscientes et des souvenirs refoulés qui, de la même façon peuvent être amenés à la conscience lorsqu'est surmontée une certaine résistance ⁴ ». Freud trouve dans les données cliniques la confirmation de son présupposé. Il recueille de la patiente elle-même ses pensées inconscientes et refoulées, et notamment un souvenir, le plus ancien, où elle se déshabillait devant son frère sans éprouver la moindre honte. Freud estima que la patiente se reprochait après-coup, dans le présent, ces scènes de nudité réciproque avec son frère, évoquant même

¹. Freud S. « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense » [1896], in *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 61-81, p. 61.

². *Ibid.*, p. 72.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 74.

des attouchements sexuels. Aussi à propos des hallucinations de la jeune femme au cours desquelles elle voyait des sexes féminins nus, Freud écrit : « J'avais donc appris que ces hallucinations n'étaient rien d'autres que des fragments du contenu des expériences vécues infantiles refoulées, des symptômes du retour du refoulé ¹ ». Et à F. Sauvagnat de considérer qu'à propos de ces hallucinations « tout se passe comme si Freud supposait une structure d'énonciation normale que le rejet viendrait ensuite détruire, pour se trouver aux prises avec les reproches dont il avait essayé au départ de se débarrasser. ² ».

Freud s'attache à analyser ces symptômes afin de dégager le mécanisme de refoulement spécifique de la paranoïa : « Dans la paranoïa, le reproche est refoulé sur une voie qu'on peut désigner comme projection et le symptôme de défense qu'est érigé est celui de la méfiance à l'égard des autres ; la reconnaissance est ainsi refusée au reproche, et, comme par représailles, il n'existe aucune protection contre les reproches qui font retour dans les idées délirantes ³ ». Il apparaît à Freud que la projection permet de passer d'un reproche que l'on s'adresse à soi, ou auto-reproche, à un reproche adressé à autrui puis à un reproche fait par autrui. Ainsi, le lieu d'accrochage de l'affect, séparé de la représentation refoulée, se situe pour l'hystérie dans le corps, dans d'autres représentations substitutives pour la névrose de contrainte, dans l'autre, par voie de projection, dans la paranoïa. Il revient donc sur sa propre modification intervenue lors du *Manuscrit K*, et portant sur l'affect, en substituant la rancune à l'auto-reproche, celui-ci reprenant le statut d'affect primaire de la paranoïa clinique.

Freud précise, même si ce n'est pas le cas dans l'observation clinique qu'il rapporte, qu'à la suite des symptômes primaires générés par ce mécanisme projectif survient la défense secondaire, ou « formation délirante combinatoire ⁴ » sous les espèces du délire d'interprétation.

I-2. Quatre observations freudiennes d'entrée dans la psychose

Sans conteste, la catégorie des psychonévroses de défense constitue une première approche freudienne des psychoses à l'intérieure de laquelle Freud fait le postulat suivant : la paranoïa clinique est l'effet d'un refoulement singulier opérant comme la projection d'une représentation inconciliable avec le moi et où conjointement l'affect normal d'auto-reproche

¹. *Ibid.*, p. 77-78.

². Sauvagnat F. « Une pierre d'attente. Quelques particularités du premier abord freudien des hallucinations psychotiques », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°36, janvier-mars 1986, p. 52-68, p. 66.

³. Freud S. « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense » [1896], *op. cit.*, p. 80.

⁴. *Ibid.*, p. 81.

se transforme en reproche formulé par autrui engendrant en conséquence une certaine méfiance du sujet. Une telle appréhension commune de faits psychopathologiques pourtant hétérogènes permis à Freud de faire valoir l'existence d'un psychisme organisé et déterminé par des processus dynamiques fonctionnant selon des lois que la clinique permet d'inférer.

En conséquence, dirions-nous, il ressort que Freud peine à opérer une véritable clinique différentielle entre la psychose et la névrose, ayant malheureusement délaissée la *Verwerfung* de 1894. Il faudra attendre son analyse des *Mémoires d'un névropathe*¹ de Schreber pour que Freud opère un véritable saut conceptuel dans son approche de la psychose en la réintroduisant, certes sans la mentionner, et en conférant à la *phrase* du fantasme et à ses diverses modalités grammaticales de contradiction une fonction subjective de défense prépondérante. Nous examinerons ensuite les trois autres observations d'entrée dans la psychose clinique que comporte le corpus freudien.

1. Le président Schreber [1911]

En 1903, parurent les *Mémoires d'un névropathe* dont leur auteur, Daniel-Paul Schreber, est resté dans l'histoire de la psychanalyse, eu égard à ses fonctions professionnelles², sous la locution nominative du président Schreber. Quelques années plus tard, en 1906, Freud prit connaissance, grâce à Jung, de l'existence de cet ouvrage auquel il écrit en 1910 : « le merveilleux Schreber que l'on aurait dû faire professeur de psychiatrie et directeur d'asile. ³» Un tel hommage atteste que Freud se livra bien avant 1911 à l'examen de ce document de haute valeur clinique et heuristique. La *lecture* freudienne de ce témoignage fut capitale pour sa théorisation de la paranoïa et partant de la psychose. Elle consista dans le geste spéculatif d'introduire le *Sujet* dans cette clinique. De sorte que Freud en déduit que la psychose clinique de Schreber doit être considérée comme « la manifestation extérieure ⁴» d'un « grave conflit psychique qui avait éclaté en lui. ⁵» Dès lors, empruntant en partie les voies ouvertes par Karl Abraham⁶, Freud se livra à l'investigation des termes d'un tel conflit,

¹. Schreber Daniel-Paul. *Mémoires d'un névropathe* [1903], Paris, Le Seuil, 1975. Elles furent rédigées entre février et septembre 1900. Deux Compléments additionnels furent ajoutés, la rédaction du premier fut réalisé entre octobre 1900 et le 6 janvier de l'année suivante. Et le second à la fin de 1902.

². Il exerça entre autres les fonctions de Président du Tribunal de Grande Instance de Leipzig.

³. Freud S, Jung C.G. *Correspondance, 1910-1914*, II, lettre 187F du 22/4/1910, Paris, Gallimard, 1975, p. 44.

⁴. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa » [1911], *op. cit.*, p. 281.

⁵. *Idem*.

⁶. Freud l'indique à plusieurs reprises notamment dans sa correspondance avec Karl Abraham lui-même. Cf les lettres 96F, 98F et 110F. Freud-Abraham. *Correspondance complète, 1907-1925*, Paris, Gallimard, 2006.

de ses causes actuelles et prédisposantes. Ce faisant, il mettait à jour certaines propriétés de la « structure de la paranoïa ¹» appréhendée à partir d'une stratification du psychisme et de son dynamisme.

1-1. *La période d'incubation*

A la suite de plaintes hypocondriaques et d'idées envahissantes de maigrir, Schreber fut hospitalisé une première fois, en décembre 1884, à Leipzig dans la Clinique du Pr.Fleschig et n'en sorti qu'en juin 1885. N'ayant pas eu accès au dossier, Freud le signale lui-même, il en reste à des suppositions avançant tout de même qu'il ne saurait « tenir pour valable aucune théorie de la paranoïa qui n'inclurait pas les symptômes hypocondriaques presque toujours concomitants de cette psychose. Il me semble que la relation de l'hypocondrie à la paranoïa est la même que celle de la névrose d'angoisse à l'hystérie ²»

En outre, il est tout à fait important de souligner que Schreber tenta à plusieurs reprises de se donner la mort en se noyant dans sa baignoire alors qu'il était hospitalisé dans la Clinique de Leipzig du Pr. Fleschig. Dans ses *Mémoires*, il « disait qu'il allait bientôt mourir ³», puis par la suite, « se croyait mort et décomposé ⁴». Ce qui fait dire à Freud : « On voit assez souvent surgir, au stade aigu de la paranoïa, de pareilles idées de catastrophe universelle. [...] Le malade a retiré aux personnes de son entourage et au monde extérieur en général tout l'investissement libidinal orienté vers eux jusque-là ; aussi tout lui est-il devenu indifférent et comme sans relation avec lui-même [...] La fin du monde est la projection de cette catastrophe interne, car l'univers subjectif du malade a pris fin depuis qu'il lui a retiré son amour. ⁵» Cette catastrophe, qui trouvera à être qualifiée par Lacan de *mort du sujet*, est consécutive, selon Freud, du retrait de la libido d'objet investie jusque là sur des objets extérieurs, mécanisme participant à l'entrée dans la psychose dans son aspect économique.

Quelques années après cette première hospitalisation, l'état psychique de Schreber se dégrada au point qu'il fut de nouveau hospitalisé à Leipzig de mi-novembre 1893 à mi-juin 1894, puis fut transféré à l'Asile de Sonnestein. Entre temps, il fit mi-juin 1894 un bref passage à la Clinique du Dr Pierson que Schreber qualifia lui-même de « cuisine du diable ⁶».

¹. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 263.

². *Ibid.*, p. 303. Note 2.

³. *Ibid.*, p. 266. Les propos de Schreber se trouvent page 380 des *Mémoires*.

⁴. *Idem*.

⁵. *Ibid.*, p. 314.

⁶. Schreber D.-P. *Mémoires d'un névropathe*, [1903], *op. cit.*, p. 29.

L'analyse freudienne prend pour point de départ, la période d'incubation de cette seconde maladie, Freud s'exprimant ainsi. Reprenant la temporalité classique de l'entrée dans la psychose, Freud relève « qu'au cours de l'incubation de la maladie [c'est à dire entre la nomination de Schreber en juin 1893 et son entrée en fonctions, en octobre 1893], il rêva à plusieurs reprises que sa vieille maladie nerveuse était revenue. Une autre fois, pendant un état de demi-sommeil, il eut tout à coup l'impression qu'il devait être beau d'être une femme soumise à l'accouplement. Schreber rapporte à la file ces rêves et ce fantasme ¹» Opérant un rapprochement entre les deux sur la base de leur contenu, Freud en déduit « que le souvenir de la maladie éveilla aussi celui du médecin et que l'attitude manifestée dans le fantasme se rapportait à l'origine au médecin. Ou peut-être le rêve 'la vieille maladie est revenue', exprimait-il en somme cette nostalgie : 'je voudrais revoir Fleschig'. Notre ignorance du contenu psychique de la première maladie nous empêche d'aller plus loin dans ce sens. Peut-être [...] ce fantasme érotique –qui restait encore à l'écart de l'ensemble de la personnalité – fut aussitôt désavoué par la personnalité consciente de Schreber [...] ²» Il n'est pas inutile de rappeler les termes mêmes de Schreber : « Un jour, cependant, un matin, encore au lit (je ne sais plus si je dormais encore à moitié ou si j'étais réveillé), j'eus une sensation qui, à y repenser une fois tout à fait éveillé, me troubla de la façon la plus étrange. C'était l'idée que, tout de même ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement ³». Il y a tout lieu de croire, soutient Freud, en « la nature primaire du fantasme d'émasculat[i]on [...] [qui] apparut durant la période d'incubation de la maladie et avant qu'il ne ressentit les effets de surmenage de Dresde. ⁴» Dans ce sens, Freud écrit que « l'idée d'une transformation en femme aurait été le trait saillant, le premier germe du système délirant ⁵». Ce faisant, Freud accorde une valeur primitive à ce fantasme dont l'on sait qu'il deviendra le *phénomène élémentaire* à la base du délire schrebérien chez Lacan. De sorte qu'au regard du témoignage de Schreber, Freud fait valoir « l'hypothèse d'après laquelle un fantasme de désir de nature féminine [homosexuel passif] aurait été la cause occasionnelle de la maladie, fantasme ayant pris pour objet la personne du médecin. ⁶». Au reste, Freud ne tient pas compte de l'idée de Schreber selon laquelle ces maladies nerveuses seraient survenues « à la suite d'un surmenage intellectuel ⁷».

¹. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 290.

². *Ibid.*, p. 290-291.

³. Schreber D.-P. *Mémoires d'un névropathe*, *op. cit.*, p. 46.

⁴. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 272.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 295.

⁷. *Ibid.*, p. 265. Les propos de Schreber se situent à la page 34 des *Mémoires d'un névropathe*, *op. cit.*

Dans ce sens, Freud argue d'un « détail remarquable de l'histoire du malade, détail que sans cela rien ne saurait expliquer, cadre bien avec cette hypothèse. Pendant une absence de sa femme, [...] un nouvel 'effondrement nerveux' se produisit chez le malade, effondrement qui devait exercer une influence décisive sur l'évolution de sa maladie [...] Quand elle revint au bout de quatre jours, elle le trouva terriblement changé, au point que lui-même désira ne plus la revoir. 'Ce qui détermina mon effondrement mental, ce fut particulièrement une certaine nuit, au cours de laquelle j'eus un nombre tout à fait inaccoutumé de pollutions, une bonne demie-douzaine en cette seule nuit' ¹». Freud y voit l'influence conjointe de deux causes, respectivement l'absence de Madame Schreber qui exerçait jusque là « une influence protectrice contre le pouvoir d'attraction des hommes qui l'entouraient » et la participation de fantasmes homosexuels inconscients chez Schreber. Dans ce sens, il écrit que « si nous admettons qu'une pollution ne puisse pas se produire chez un adulte sans participation psychique, nous ajouterons aux pollutions qu'eût, cette nuit-là, le malade l'appoint de fantasmes homosexuels demeurés inconscients ²»

Bien qu'ayant au préalable concédé l'impossibilité d'émettre une hypothèse visant à rendre compte de l'explosion de libido homosexuelle chez Schreber à cette époque-là, entre le moment où il fut nommé et celui où il s'installa à Dresde, Freud propose tout de même, comme nous l'avons vu, de soutenir que cette explosion se rapporte à un sentiment de nostalgie éprouvé par Schreber envers son ancien médecin. Pour le dire autrement, l'hypothèse freudienne repose sur l'existence de sentiments de sympathie éprouvés par Schreber à l'endroit du Pr. Fleschig, huit ans plus tôt et désignés par la notion de transfert dans la doctrine psychanalytique pour autant que « le sentiment de sympathie éprouvé pour le médecin peut très bien être dû à un processus de 'transfert', transfert par lequel un investissement affectif du malade fut transposé d'une personne qui lui importait fort à la personne du médecin indifférente en elle-même, de telle sorte que le médecin semble avoir été choisi comme substitut de quelqu'un d'autre, tenant de beaucoup plus près au malade. En termes plus concrets, le médecin ayant rappelé d'une manière quelconque son frère ou son père au malade, celui-ci a retrouvé dans le médecin son frère ou son père, et alors il n'y a plus rien de surprenant à ce que, dans certaines circonstances, la nostalgie de cette personne substituée se réveille et exerce une action d'une violence que seules son origine et son importance originelle permettent d'expliquer. ³»

¹. *Ibid.*, p. 293. Les propos de Schreber se situent à la page 4 des *Mémoires d'un névropathe*, op. cit.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 294-295.

Freud considère que la mort du frère et celle du père de Schreber, à l'époque de sa seconde maladie, s'accordent avec son hypothèse, y participant même au titre de la nostalgie, créditant ainsi l'élucidation freudienne de l'entrée dans la psychose paranoïaque de Schreber. Autrement dit, « la racine de ce fantasme féminin, qui déchaîna une si violente opposition de la part du malade, serait une nostalgie de son père et de son frère, nostalgie exaltée jusqu'à comporter un renforcement érotique. Cette nostalgie, celle qui se rapportait au frère, se fixa par transfert sur le médecin Fleschig, mais dès qu'elle fut ramenée au père, le conflit dont Schreber était la proie commença de prendre fin ¹» Freud ne s'en tient pas là, car rien ne vient expliquer pourquoi cette nostalgie se manifesta à ce moment là. Il rapporte alors les difficultés d'enfantement rencontrées par le couple. La nostalgie de Schreber envers son frère et son père ne peut être satisfaite et par là même sa tendresse homosexuelle reste inassouvie. De sorte que si la psychose clinique de Schreber est conçue par Freud comme « un conflit actuel ²» il convient de reconnaître que ses causes actuelles se rapportent à un sentiment de frustration : « quand un fantasme de désir se manifeste, notre tâche est de le rapporter à quelque *frustration*, à quelque privation imposée par la vie réelle –or, Schreber avoue avoir subi une telle privation. Son mariage, qu'il qualifie par ailleurs d'heureux, ne lui donne pas d'enfants, en particulier ne lui donna pas le fils qui l'eût consolé de la perte de son père et de son frère, et vers lequel eût pu s'épancher sa tendresse homosexuelle insatisfaite. ³» A l'appui de cette hypothèse, Freud rapporte à la note 4, les propos suivants de Schreber : « Après la guérison de ma première maladie, je vécus avec ma femme huit années très heureuses, années où je fus de plus comblé d'honneurs. Ces années ne furent obscurcies, à diverses reprises, que par la déception renouvelée de notre espoir d'avoir des enfants. ⁴» Freud souligne qu'une telle impossibilité entraînait par surcroît l'extinction de la lignée Schreber ce qui pouvait accentuer la frustration du Président de telle sorte, écrit-il, que « Schreber peut très bien s'être imaginé que, s'il était une femme, il aurait mieux su s'y prendre pour avoir des enfants, et c'est ce qui lui ouvrit la voie de la régression jusqu'aux premières années de son enfance en lui permettant de se replacer dans l'attitude féminine envers son père qu'il avait eue alors. ⁵» Freud se risque à entrevoir dans le fait d'imagination de Schreber, par lequel il aurait réussi en tant que femme à avoir des enfants contrairement à sa propre épouse, l'élément instigateur de la régression.

1. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 298.

2. *Ibid.*, p. 303.

3. *Idem.*

4. *Idem.* Note numéro 4. Ces lignes se situent à la page 36 des *Mémoires d'un névropathe*, *op. cit.*

5. *Ibid.*, p. 304.

Concédant que le complexe paternel évoqué jusque là n'est en rien spécifique de la paranoïa, Freud procède alors à une investigation des modalités grammaticales de contradiction du fantasme homosexuel dégagé.

1-2. *Les modes paranoïaques de contradiction du fantasme homosexuel*

Constatant la place nodale du fantasme féminin de Schreber dans le délire de celui-ci, Freud en déduit que la cause actuelle dite également occasionnelle de l'entrée dans la psychose se rapporte à une motion pulsionnelle homosexuelle ayant pour objet le Pr. Fleschig et que « la lutte contre cette pulsion libidinale produit le conflit générateur des phénomènes morbides. ¹» Ce faisant, Freud réitère sa thèse originale des psychonévroses, postulant l'existence d'un conflit psychique générateur de la psychose. Toutefois, bien que tout porte à croire, dit Freud, « que ce fantasme de désir homosexuel : aimer un homme, constitue le noyau du conflit dans la paranoïa de l'homme ²», et partant de celle de Schreber, il estime néanmoins que ce conflit psychique n'est aucunement propre à la paranoïa. Il y a tout lieu de penser que « les principales formes connues de la paranoïa puissent toutes se ramener à des façons diverses de contredire une proposition unique : 'Moi [un homme] je l'aime [lui, un homme]' ; bien plus, qu'elles épuisent toutes les manières possibles de formuler cette contradiction ³» A cet égard, Freud présente trois modes paranoïaques de contradictions de l'homosexualité précisément de la proposition *je l'aime* : « le délire de jalousie contredit le sujet, le délire de persécution, le verbe, l'érotomanie, l'objet ⁴» auxquels il en adjoint un quatrième, le délire des grandeurs qui rejette entièrement la proposition. Il en ressort, dit Freud, qu'« en ce qui concerne la formation des symptômes dans la paranoïa, le trait le plus frappant est le processus qu'il convient de qualifier de *projection*. Une perception interne est réprimée et, en son lieu et place, son contenu, après avoir subi une certaine déformation [contradiction], parvient au conscient sous forme de perception venant de l'extérieur. ⁵» Bien qu'il soit sensible que Freud perçoit un lien causal entre le contenu de ce qui est réprimé et ce qui revient de l'extérieur, il ne reprend pas explicitement le mécanisme de *Verwerfung* mais celui de refoulement.

Il devient dès lors intéressant d'examiner plus en profondeur ce concept freudien de refoulement regroupant trois phases et s'apparentant ainsi fortement à une temporalité de

¹. *Ibid.*, p. 291.

². Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 308.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 310.

⁵. *Ibid.*, p. 311.

stratification allant de la fixation prédisposante la plus ancienne, et donc la plus enfouie si l'on file la métaphore archéologique, au retour du refoulé, en surface, actualisant en quelque sorte cette fixation.

Reprenons plus en détail ces trois phases de stratification : « La première phase est constituée par la *fixation* qui précède et conditionne tout 'refoulement'. La fixation réside en ce fait qu'une pulsion ou une composante instinctuelle n'ayant pas accompli, avec l'ensemble de la libido, l'évolution normale prévue, demeure, en vertu de cet arrêt de développement, immobilisée à un stade infantile. Le courant libidinal en question se comporte alors, par rapport aux fonctions psychiques ultérieures, comme un courant appartenant au système de l'inconscient, comme un retour du refoulé. Nous l'avons déjà dit c'est dans de telles fixations des instincts que réside la prédisposition à la maladie ultérieure et nous pouvons ajouter, à présent, que ces fixations déterminent surtout l'issue qu'aura la troisième phase du refoulement.¹» Dans ses *Trois essais sur les théories sexuelles infantiles*² ainsi qu'il le signale, Freud avait déjà développé la thèse des stades de la psychosexualité et les fixations afférentes « fournissant les bases d'une prédisposition ultérieure à telle ou telle psychonévrose. ³» Il parle alors de « prédisposition pathogène ⁴» ou de « fixations prédisposantes ⁵». Venons-en à la deuxième phase du refoulement qui « est constituée par le refoulement proprement dit [...] Ce processus donne l'impression d'être essentiellement actif, tandis que la fixation fait l'effet d'être un 'resté en arrière' proprement passif. Ce qui succombe au refoulement, ce sont ou les dérivés psychiques de ces instincts primitivement 'restés en arrière', ceci lorsque, par suite de leur renforcement, un conflit s'est élevé entre eux et le moi [...] ou bien sont refoulées les aspirations psychiques qui, pour d'autres raisons, inspirent une vive aversion. ⁶» Enfin, la troisième et dernière phase « la plus importante en ce qui touche les phénomènes pathologiques, précise Freud, est celle de l'échec du refoulement, de *l'irruption en surface*, du *retour du refoulé*. Cette irruption prend naissance au point où eut lieu la fixation et implique une régression de la libido jusqu'à ce point précis. ⁷»

¹. *Ibid.*, p. 311-312.

². Freud S. *Trois essais sur les théories sexuelles infantiles*, Paris, Gallimard, 1987.

³. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 307.

⁴. *Idem.*

⁵. *Ibid.*, p. 308.

⁶. *Ibid.*, p. 312.

⁷. *Ibid.*, p. 312.

En définitive, cette métaphore archéologique, ou topique pour le dire en termes freudiens, s'accorde avec la conception élaborée jusque-là par le fondateur de la psychanalyse d'un psychisme stratifié. Au reste, il serait fallacieux de le considérer immobile et statique, Freud le postulant tout au contraire *dynamique* les trois couches étant reliées entre elles par des liens libidinaux. Circule ainsi une énergie pulsionnelle par le truchement d'investissements. Régit par des lois économiques, ces trois strates ne sont donc aucunement autonomes mais assujetties à un fonctionnement global. Dès lors, la modélisation freudienne du refoulement dans ses trois phases implique une organisation dynamique structurée par des mécanismes subjectifs dont la graphie freudienne est l'appareil psychique. Les deux acceptions du concept de refoulement ont sans doute participé à une certaine confusion dans la mesure où lorsque Freud évoque un refoulement paranoïaque il ne précise pas de lui-même s'il s'agit du refoulement proprement dit, ou bien de l'ensemble des trois phases constitutives de l'organisation stratifiée du psychisme. Néanmoins, ces propos invitent à postuler une déclinaison proprement paranoïaque des trois strates du refoulement, déterminée par les trois propriétés fonctionnelles, dynamique, topique et économique, Freud ayant lui-même souligné quelques années auparavant, dans sa correspondance avec K. Abraham, que tout mécanisme psychique devait répondre de ces trois propriétés dans la mesure où « l'explication de [toute] affection ne peut être donnée que par le mécanisme, considéré d'un point de vue dynamique, topique et économique. ¹»

Si Freud avait postulé jusque là que la seconde strate ou phase du refoulement dans la paranoïa opérait par la voie de la projection au dehors, c'est à dire sur un ou plusieurs semblables d'un sentiment homosexuel réprimé, l'élucidation de la clinique schrébérienne lui permet pour faire valoir le retour du dehors de ce qui a été abolit à l'intérieur du sujet, soit le sentiment homosexuel. Mais ce détachement nécessite d'être spécifié en « détachement paranoïaque ²». L'abolition porte sur le processus normal de refoulement, de détachement de la libido des personnes aimées. Le sentiment réprimé est un attachement homosexuel. Le refoulement normal est le détachement, le retrait de la libido attachée à certaines personnes, le père et le frère chez Schreber. Nous devons donc comprendre la suppression du refoulement au sens d'abolition. En un sens, Freud cerne ce mécanisme psychotique tant cherché en le caractérisant par ces trois propriétés, dynamique, topique et économique. C'est la raison pour laquelle, il nous faut rappeler à la suite de Maleval³ que si le terme de Verwerfung n'apparaît

¹. Freud. S, Abraham. K. *Correspondance complète*, lettre 276 F, 4-05-1915, *op. cit.*, p. 383.

². Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 315.

³. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*, p. 54.

pas dans ce texte, Lacan en discerne sa réalité opérante sous les espèces de l'abolition psychique dont le matériel sur lequel elle porte fait retour de l'extérieur.

2. Un cas de paranoïa chez une jeune femme [1915]

Freud rapporte une deuxième observation d'entrée dans la psychose, dans un article de 1915, intitulé « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique ». Un avocat, embarrassé par l'une de ses clientes se plaignant de persécutions de la part de son amant, et doutant de la véracité des accusations de celle-ci, s'adresse à Freud. Lors d'une rencontre organisée en présence de la jeune femme, de son avocat et de Freud, celle-ci raconte son histoire. Fille unique, elle vit avec sa mère veuve depuis plusieurs années et « n'avait jusque là aucunement recherché les relations amoureuses avec les hommes note Freud. Appréciée à son travail où elle exerce un poste à responsabilité, elle y est courtisée depuis quelque temps par un de ses collègues. Partageant ses sentiments, elle accepte un rendez-vous chez celui-ci à condition qu'il respecte sa vertu. « Une fois-là, on en vint aux baisers et aux étreintes, ils s'étendirent l'un près de l'autre, il admira sa beauté en partie dévoilée. Au cours de cette heure d'amour, elle fut effrayée par un bruit insolite, semblable à un battement ou à un tintement [...] ¹» selon Freud. Interrogeant son amant sur ce bruit, celui-ci lui répond qu'il doit provenir d'une pendulette posée sur le bureau. Sortant de chez son amant, elle croisa deux hommes dans l'escalier « qui à sa vue chuchotèrent quelque chose. L'un des inconnus portait un objet enveloppé, paraissant une cassette. Cette rencontre la préoccupa [...], elle combina l'idée que cette cassette pourrait bien avoir été un appareil photographique, l'homme qui la portait un photographe, qui durant sa présence dans la pièce était resté caché derrière le rideau, et le tintement qu'elle avait entendu le bruit du déclic quand l'homme, ayant trouvé la situation particulièrement compromettante, avait voulu en fixer l'image ²». Non apaisée par les réponses de son amant qu'elle persécutait de questions et de lettres, elle contacta l'avocat. Allant à première vue à l'encontre de sa conception de la paranoïa, cette histoire suscita chez Freud un *désir de savoir* au point qu'il demanda et obtint une seconde rencontre. Lors de celle-ci, la jeune femme lui dit qu'en réalité, c'est au cours du deuxième rendez-vous avec son amant qu'elle fut tout à coup dérangée par le bruit sur lequel elle avait greffé ses soupçons. En outre, il apprit que le lendemain de leur premier rendez-

¹. Freud S. « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie ...», *op. cit.*, p. 210.

². *Ibid.*, p. 211.

vous, la jeune femme vit à son travail son amant en conversation avec sa supérieure « qu'elle décrivait en ces termes : elle a les cheveux blancs, comme sa mère. Elle était habituée à être traitée avec tendresse, bien que souvent taquinée aussi, par cette vieille supérieure hiérarchique, et elle se considérait comme sa petite préférée ¹». A la vue de cette conversation « soudain naquit chez la patiente la certitude qu'il lui donnait communication de l'aventure de la veille. C'était bien cela : il entretenait de longue date avec la vieille dame un rapport dont elle-même n'avait pas rien remarqué jusqu'à présent [...]. Dans le courant de la journée, les faits et gestes de la vieille dame ne firent que renforcer ses soupçons ²». Dépris de ses idées de persécutions par son amant, elle accepta le second rendez-vous. Pour Freud, « il n'est pas difficile, écrit-il, de reconnaître que la supérieure aux cheveux blancs est un substitut maternel, que l'homme aimé est mis, malgré sa jeunesse, à la place du père, et que c'est la puissance du complexe maternel qui contraint la malade à supposer contre toute vraisemblance des rapports amoureux entre ces deux partenaires si différents ³». Freud ramène le ternaire l'amante, l'amant et la supérieure aux conditions du complexe d'Œdipe : « Revenons à ce fait remarquable que la malade se défend contre l'amour de l'homme à l'aide d'une formation délirante paranoïaque. La clé du mystère est donnée par l'histoire du développement de ce délire. Celui-ci était à l'origine dirigé, comme nous pouvions nous y attendre, contre la femme, mais maintenant, sur le terrain de la paranoïa, était accompli le passage de la femme à l'homme comme objet [...] nous constatons dans la règle générale que le persécuté demeure fixé aux mêmes personnes, donc aussi au même sexe, pour lequel son choix amoureux s'était fait avant la transformation paranoïaque ⁴». Il n'est peut-être pas excessif de lire ces lignes en pensant à ce que Lacan écrira dans *Les complexes familiaux* à propos du point de rebroussement et de la lumière de l'objet paternel lors de la « phase féconde du délire ». En outre, soulignons l'allusion de Freud faite au complexe maternel sur lequel il reste très discret dans cet écrit.

A bien lire Freud, et il insiste sur cette thèse quasiment immuable, l'éclosion de la paranoïa clinique opère comme la mise en place d'une défense. Autrement dit, l'entrée dans la psychose est une réaction psychique à valeur défensive contre l'homosexualité du sujet que Freud situe dans une perspective graduée. Aussi, sa dimension psychopathologique proviendrait de son excès : « un choix homosexuel excessivement fort se présente comme la

¹. *Ibid.*, p. 212-213.

². *Ibid.*, p. 213.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 217.

condition du développement d'un délire de persécution ¹». Freud postule que la jeune femme s'était identifiée à sa mère lors du complexe d'Œdipe, induisant ainsi un choix homosexuel devant être conçu comme « la disposition à l'affection paranoïaque. ²» Dans ce cas, Freud envisageait que la jeune femme éprouvait des pulsions homosexuelles à l'égard de sa supérieure qui désapprouverait cette relation entre cette jeune femme et le jeune homme, et lui ferait savoir par des signes expressément délirants.

Deux ans plus tard, dans son *Introduction à la psychanalyse*, Freud revenant sur ce cas écrit : « La jeune fille, qui se croyait persécutée par l'homme auquel elle accordée deux tendres rendez-vous, avait en réalité commencé par diriger sa manie contre une femme qu'on peut considérer comme s'étant substituée dans ses idées à sa mère. C'est seulement après le second rendez-vous qu'elle réussit à détacher sa manie de la femme pour la reporter sur l'homme. La condition du sexe égal se trouvait donc primitivement réalisée dans ce cas [...] ³» Freud élucide ainsi cette observation dans le sens de sa thèse en s'appuyant sur l'oubli par cette jeune femme lors de son récit de la « phase préliminaire de sa folie ⁴» qui contredisait en apparence sa conception de la paranoïa.

Nous verrons plus avant comment l'entrée dans la psychose de cette jeune femme peut se laisser appréhender notamment par la théorie lacanienne du Un-père figuré ici par la supérieure dans le couple jeune femme-jeune homme.

3. Le cas d'un jeune médecin [1917]

Dans la 26^{ième} conférence de son ouvrage d'*Introduction à la psychanalyse*, Freud tente d'élucider les processus de la paranoïa et ceux de la démence précoce grâce à ses élaborations récentes sur le narcissisme. Estimant qu'une parenté incontestable existe entre ces deux affections, Freud réitère leur conjonction dans une entité plus générale, la paraphrénie. De sorte que l'entrée dans la démence précoce et la manie des grandeurs peuvent être rapportées au détachement de la libido d'objet et de son accumulation dans le moi⁵. Il semble que cette thèse provienne pour ses premières occurrences de sa correspondance avec Jung et reprise peu

¹. *Ibid.*, p. 213.

². *Ibid.*, p. 216.

³. Freud S. *Introduction à la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 403.

⁴. *Idem.*

⁵. *Ibid.*, p. 401.

de temps après dans sa correspondance avec K. Abraham. Tentant d'élucider le mécanisme de projection paranoïaque, il estime qu'il doit être divisé en deux temps, « la décomposition en refoulement de la libido et en retour de la libido ¹ ». Cette décomposition se rapporte au retrait de la libido d'objet : « je crois [...] que la libido quitte la représentation d'objet, laquelle, par là dénuée de l'investissement qui la désignait comme intérieure, peut être traitée comme une perception et projetée vers l'extérieur. » Freud propose alors trois cas de figure dont nous ne retenons que le second où « le refoulement se transforme en rejet [Verwerfung] ² » de la réalité. Peu après, Freud estime en s'adressant à Jung que cliniquement « la paranoïa, de manière générale, ne montre que le retour de la libido, le détachement [refoulement] peut être vu dans vos observations de démence ³ ». Ainsi, l'entrée dans la démence précoce possède ce privilège de rendre manifeste le retrait de la libido d'objet vers l'auto-érotique. En outre, dans sa seconde lettre à son nouveau correspondant, Karl Abraham, Freud rappelle que son « hypothèse a toujours été que les gens qu'on avait coutume de qualifier d' « idiopathique » et qui deviennent plus tard, de manière palpable, paranoïaques, sont des individus chez qui le développement auto-érotique à l'amour d'objet n'est accompli, dans l'ensemble que d'une manière défectueuse. Pour une partie des déments, ce facteur serait donc la prédisposition recherchée au déclenchement ultérieur de la maladie, et cela concorderait à merveille avec des vues de la pathologie générale selon lesquelles le déclenchement d'une maladie signifie toujours un pas en arrière dans le développement. ⁴ » Notons également que Freud avait maintenu cette thèse dans son investigation de 1911⁵ au cours de laquelle il indiquait un retrait inaugural de la libido d'objet induisant une catastrophe subjective, avant que d'être réinvesti dans son délire.

Quelques années après, en 1914, Freud réitère son affirmation en admettant « que ce malade [le paraphrène] ait réellement retiré sa libido des personnes et des choses du monde extérieur, sans leur substituer d'autres objets dans ses fantasmes ⁶ ». Dans cette perspective, « la manie des grandeurs est la conséquence immédiate de l'agrandissement du moi par toute la quantité d'énergie libidieuse retirée des objets ⁷ ». Toutefois, la paranoïa clinique, dans sa forme persécutrice, est toujours envisagée par Freud comme une défense contre une « tendance homosexuelle devenue trop forte. » Il y a tout lieu de supposer, en outre, qu'une transformation de la tendresse initiale en haine soit intervenue, constituant dès lors une

¹. Freud S, Jung C.G. *Correspondance, I, 1906-1909*, Lettre 25 F, 23-05-1907, Paris, Gallimard, 1975, p. 95.

². *Idem*.

³. *Ibid.*, p. 111-112. Lettre 30 F, 6-06-1907.

⁴. Freud S, Abraham K. *Correspondance complète*, lettre 3 F, 26-07-1907, *op. cit.*, p. 34.

⁵. Cf. *supra.*, p. 162 et sq.

⁶. Freud S. « Pour introduire le narcissisme » [1914], in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 81-105, p. 82.

⁷. *Idem*.

« grave menace pour la vie de l'objet à la fois aimé et haï ¹» Poursuivant, Freud précise qu'elle « correspond dans ces cas à la transformation des tendances libidineuses en angoisse, cette dernière transformation étant une conséquence régulière du processus de refoulement ²».

A l'appui de ses vues, Freud rapporte l'observation d'un jeune médecin qui fut obligé de quitter sa ville d'exercice suite à des menaces mort adressées à son meilleur ami, objet de son délire de persécution. Au cours de brefs entretiens avec lui, Freud apprit que les deux hommes avaient « dépassé les bornes de l'amitié : une nuit passée ensemble avait abouti à un rapport sexuel complet ³». Il apprit en outre, que par la suite, pourtant peu disposé à jouir des charmes féminins, sa « maladie s'était déclarée au moment même où il avait réussi pour la première fois à satisfaire complètement une femme. Celle-ci l'ayant embrassé avec reconnaissance et abandon, il éprouva subitement une douleur bizarre, on aurait dit un coup de couteau lui sectionnant le crâne. ⁴» Toujours au cours de ces entretiens, le jeune médecin révéla à Freud qu'il s'expliqua « plus tard cette sensation en disant qu'il ne pouvait la comparer qu'à la sensation qu'on éprouverait si on vous faisait sauter le boîte crânienne, pour mettre à nu le cerveau, ainsi qu'on le fait dans les autopsies ou les vastes trépanations, et comme son ami s'était spécialisé dans l'anatomie pathologique, il découvrit peu à peu que celui-là avait bien pu lui envoyer cette femme pour le tenter ⁵». Dès lors, il attribua à son meilleur ami, et ancien amant, l'ensemble des autres persécutions dont il était l'objet, constate Freud.

Il ressort de cette observation que les propos du jeune médecin, tels que rapportés par Freud, recèlent une chronologie allant de la sensation primitive à son explication avant que n'émerge, ce que nous désignerions de nos jours, la figure de l'Autre jouisseur en la personne de l'amant. Freud restitue, en quelque sorte, une temporalité logique depuis la situation déclenchante jusqu'à la localisation du persécuteur. Si cette temporalité implique chez Freud d'attribuer au délire paranoïaque la fonction d'une défense contre une poussée de libido homosexuelle, nous verrons plus avant qu'un demi-siècle plus tard Lacan confèrera lui aussi à la psychose clinique la même fonction de défense mais non plus contre une motion pulsionnelle homosexuelle mais contre la faille du symbolique. A cet égard, Freud notait lui-

¹. *Ibid.*, p. 402.

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. *Ibid.*, p. 402-403.

même dans cette conférence que dans la paranoïa et la mélancolie clinique « on a trouvé [...] une fissure qui nous permet d'en apercevoir la structure interne. ¹»

4. Un accès de jalousie délirante [1921]

Dans son article centré sur l'investigation psychanalytique des mécanismes psychiques de la jalousie intitulé « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité » [1921], Freud, enseigné par sa pratique analytique, estime qu'il existe chez certains sujets une jalousie renforcée au point d'être psychopathologique. Il discerne ainsi cliniquement trois « strates ou stades de la jalousie 1) concurrentielle ou normale 2) projetée 3) délirante ² ». A propos de cette dernière, Freud avance que si elle procède comme le deuxième stade de « tendances à l'infidélité qui ont été refoulées, mais les objets de ces fantasmes sont du même sexe que le sujet. La jalousie délirante correspond à une homosexualité en fermentation et peut prétendre légitimement tenir sa place parmi les formes classiques de la paranoïa. En tant que tentative de défense contre une motion homosexuelle trop forte elle pourrait être transcrite [chez l'homme] par la formule : Je ne l'aime pas, c'est elle qui l'aime ³ ». Partant, la psychose clinique paraît invariablement posséder une fonction défensive contre une poussée pulsionnelle homosexuelle. A ceci près que l'opération psychique dont elle relève s'accorde avec une contradiction grammaticale du fantasme telle que Freud l'avait dégagé en 1911. Aussi, le mécanisme d'entrée dans la psychose n'est plus uniquement pour Freud de détermination pulsionnelle mais dérive également d'un nouvel agencement des représentations articulant la phrase du fantasme, si l'on nous permet d'anticiper avec cette formulation plutôt lacanienne. Le délire assure, dès lors, une fonction défensive dont la mise en place peut être rapportée à une certaine logique portant sur les représentations de mots.

Dans cette perspective, Freud rapporte le cas d'un jeune homme présentant des accès de jalousie délirante : « Lorsque je le vis, il ne produisait plus que des accès bien séparés les uns des autres, qui persistaient sur plusieurs jours et qui, chose remarquable, apparaissaient régulièrement le lendemain d'un acte sexuel, au demeurant satisfaisant pour les deux parties. On est en droit de conclure que chaque fois, après l'assouvissement de la libido

¹. *Ibid.*, p. 404.

². Freud S. « Sur quels mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa... » [1922], *op. cit.*, p. 271.

³. *Ibid.*, p. 273.

hétérosexuelle, la composante homosexuelle excitée en même temps s'exprimait par la force dans la crise de jalousie ¹». La configuration clinique telle que Freud la présente lui permet d'attribuer à la satisfaction sexuelle l'irruption d'un accès de jalousie délirante. Plus loin, Freud ajoute, « il n'avait formé ni amitié ni intérêts sociaux; on ne pouvait s'empêcher d'avoir l'impression que c'était comme si le délire n'avait eu qu'à assumer le développement ultérieur de ses relations avec l'homme, comme pour rattraper une part de ce qui avait été manqué ²». Freud souligne que le délire possède une fonction pour le jeune homme par lequel il assume ce qu'il avait d'abord manqué. Est-ce opéré un forçage conceptuelle que de dire que le délire permette au sujet d'assumer quelque chose de primitivement non assumée. A cet égard, Freud évoque d'une part l'absence du père et un lien très fort à la mère, il avait déjà souligné un tel lien chez la jeune femme de son observation de 1915, et d'autre part du traumatisme homosexuel dans l'enfance du sujet, l'élément traumatique nodal de sa doctrine des psychoses. Troisième point : cette observation corrobore les vues de Freud : « comme nous savons que chez le paranoïaque, c'est justement la personne la plus aimée du même sexe qui devient le persécuteur ³».

Il n'est pas inintéressant de rapprocher ce cas de celui du jeune médecin [1917] en soulignant que les circonstances déclenchantes furent à peu près identiques pour les deux jeunes hommes. Pour mémoire, rappelons que l'entrée dans la psychose du jeune médecin intervint à la suite de relations sexuelles au cours desquelles il réussit pour la première fois à satisfaire sa partenaire. Dans le cas du jeune homme de l'observation de 1922, les accès se produisaient le lendemain de relations sexuelles satisfaisantes. N'y a-t-il là que pure coïncidence entre ces circonstances et la clinique de l'entrée dans la psychose ? Freud n'étant pas en possession de concepts congruents à ce fait subjectif, il faudra attendre l'enseignement de Lacan pour y saisir l'effet de la rencontre de l'Autre sexe et le désir de l'Autre.

I-3. L'entrée dans la psychose et la seconde topique freudienne

Dans le contexte de refonte de sa première topique⁴, Freud consacre en 1924 deux articles à la promotion d'une clinique différentielle des deux grandes structures psychopathologiques, à savoir la névrose et la psychose, en insistant notamment sur leurs

¹. *Ibid.*, p. 274.

². *Ibid.*, p. 275.

³. *Idem.*

⁴. L'élaboration de la seconde topique donna lieu à la publication du texte « Le moi et le ça » [1923] in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1991, p. 219-275.

éclosions respectives dans la mesure où elles « se distinguent bien plus entre elles dans la première réaction, qui les introduit, que dans la tentative de réparation qui la suit ¹».

Tout d'abord, et conformément à sa première thèse, Freud rapporte les entrées dans la névrose et la psychose à une étiologie commune à savoir une frustration. De sorte que : «l'éclatement d'une psychonévrose ou d'une psychose, demeure toujours la frustration, le non-accomplissement d'un de ces désirs infantiles éternellement indomptés qui s'enracinent si profondément dans les déterminations phylogénétiques de notre organisation. Cette frustration vient toujours, en dernière analyse, du dehors. ²» Et à Freud d'ajouter que les « névroses et psychoses naissent donc des conflits du moi avec les différentes instances qui le dominent, autrement dit elles correspondent dans la fonction du moi à un échec, qui au demeurant dénote un effort pour réconcilier ensemble les différentes revendications ³». Cependant, si les névroses et les psychoses cliniques surviennent à l'occasion d'une frustration, les déterminations de celle-ci varient selon une perspective différentielle. Ainsi dans ce texte, Freud envisage l'entrée dans la psychose comme « l'issue [...] d'un trouble équivalent dans les relations entre le moi et le monde extérieur. ⁴» Dans ce sens, la psychose clinique résulte de l'ouverture « d'une faille dans la relation du moi au monde extérieur ⁵».

Réside là, l'élément différentiel opérant une distinction entre l'entrée dans la psychose et celle dans la névrose résultant, pour cette dernière, d'un conflit opposant le ça au moi. En conséquence, Freud peut écrire peu de temps après : « J'ai récemment défini l'un des traits qui différencient la névrose et la psychose : dans la première le moi, en situation d'allégeance par rapport à la réalité, réprime un fragment du ça [vie pulsionnelle], tandis que le même moi, dans la psychose, se met au service du ça en se retirant d'un fragment de la réalité ⁶».

Il en ressort que l'introduction par Freud de la seconde topique lui permet de distinguer, à partir de relations à trois termes, les éclosions des névroses de celles des psychoses. La névrose clinique résulte de la répression par le moi d'un fragment du ça, c'est-à-dire d'une motion pulsionnelle ou désir inconscient. En revanche, la psychose clinique est précipitée par le retrait du moi d'un fragment de la réalité, si bien que si l'agent reste le même, le moi, à la fois l'opération et la nature de ce sur quoi elle porte diffèrent selon qu'il s'agisse de la

¹. Freud S. « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924], *op. cit.*, p. 301.

². Freud S. « Névrose et psychose » [1924], in *Névrose, psychose et perversion*, *op. cit.*, p. 285.

³. *Ibid.*, p. 286.

⁴. *Ibid.*, p. 283.

⁵. *Ibid.*, p. 285.

⁶. Freud S. « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924], *op. cit.*, p. 299.

névrose ou de la psychose. Dans le cas de cette dernière, Freud précise que le retrait s'effectue au profit du ça. Dès lors, il corrèle l'entrée dans la psychose à une perte de la réalité définie comme symptôme majeur tout du moins est-ce ainsi que nous entendons que « la perte de la réalité serait, pour la psychose, donnée au départ. ¹» Faute de précision sur la localisation temporelle de ce départ, il nous reste qu'à supposer qu'il se situe au début de la psychose clinique, ce qui en conséquence, ferait dériver l'entrée dans la psychose d'une perte de la réalité du sujet psychotique.

Dans cette perspective différentielle, Freud retrouve là, tout en l'élucidant davantage, sa première conception des psychonévroses de 1894 dans laquelle il postulait déjà que l'entrée dans la psychose se rapporte à un processus pathologique entre le moi et la réalité. A cet égard, rappelons les propos qu'il tenait à l'époque : « le moi s'arrache à la représentation inconciliable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de la réalité si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité ou en partie, de la réalité. ²» En introduisant dans les années 20, un troisième terme à ce conflit, le ça, Freud opérait là un pas supplémentaire dans son analyse tridimensionnelle : dynamique, économique et topique c'est à dire structurale. En outre, et là réside les fondements de la clinique différentielle entre structures, Freud tenta à nouveau de définir le mécanisme psychique spécifique de la psychose. Reprenant le cas de Melle Elisabeth von R., exposé dans l'ouvrage de 1895 co-signé avec Bleuler *Études sur l'hystérie*³, Freud décline les deux réactions possibles, névrotique et psychotique, devant la situation présentée comme suit : une jeune femme, au chevet du lit de mort de sa sœur, se dit à propos de son beau-frère dont elle est amoureuse, maintenant qu'il est libre, il peut t'épouser. La réaction névrotique, souligne Freud, a été de refouler ce désir qui a trouvé à se satisfaire et à se dire dans les symptômes hystériques alors que la réaction psychotique, avance-t-il, « aurait été de dénier [Verleugnen] le fait de la mort de la sœur ⁴» Ce mécanisme de défense, dans le texte original *Verleugnung*, est censé rendre compte du déni, terme de la traduction, d'un événement de la réalité. Dénier un tel événement, revient pour Freud, à ce que se produise une perte de la réalité dont l'on saisit alors qu'elle signifie perte d'un morceau de réalité ou plus précisément perte de la représentation psychique d'un événement réel. Pour Freud, ce mécanisme de déni, ou plutôt l'effectivité de son opération, est indissociable d'un second temps. En effet, à l'instar de la

¹. *Idem*.

². Freud S. « Les psychonévroses de défense » [1894], in *Névrose, psychose et perversion*, *op. cit.*, p. 3.

³. Freud S. « Mademoiselle Elisabeth v R... », in Breuer J, Freud S. *Études sur l'hystérie*, *op. cit.*, 2002, p. 106-145.

⁴. Freud S. « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924], *op. cit.*, p. 300.

névrose, Freud discerne deux temps dans la psychose : « le premier coupant le moi [...] de la réalité, le second [...] essayant de réparer les dégâts et reconstituant aux frais du ça la relation à la réalité. ¹» Tout comme dans la névrose, Freud suppose dans la psychose l'existence de «deux temps, dont le second comporte le caractère de la réparation [...] Le second temps de la psychose vise bien lui aussi à compenser la perte de la réalité [...] la psychose emprunte la voie plus autocratique, elle crée une nouvelle réalité à laquelle, à la différence de celle qui est abandonnée, on ne se heurte pas. Le second temps est donc, dans la névrose comme dans la psychose, porté par les mêmes tendances, il sert dans les deux cas l'appétit de puissance du ça, qui ne se laisse pas dompter par la réalité. ²» Néanmoins, et la différence est cruciale, « la névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir sur d'elle ; la psychose dénie et cherche à la remplacer ³».

Puis, dans l'un de ses derniers textes, « Constructions dans l'analyse » [1937], Freud estime que l'entrée dans la psychose est déterminée c'est à dire consécutive à un déni actuel d'un morceau de réalité dont l'action opérante redouble un déni survenu dans l'enfance. En quelque sorte, Freud reprend sur le modèle des trois phases ou strates du refoulement une temporalité psychique stratifiée par différents dénis. De sorte qu'un déni actuel renvoie à un déni infantile dans la mesure où le matériel faisant retour dans le présent est celui-là même qui avait été dénié. En conséquence, la représentation déniée était psychiquement conservée et non abolie c'est à dire supprimée. « Les délires des malades [...] ne peuvent pourtant conduire qu'à remplacer le morceau de réalité qu'on dénie dans le présent par un autre morceau qu'on avait également dénié dans la période d'une enfance reculée. C'est par l'étude de cas particuliers qu'on pourra découvrir les rapports intimes entre la matière sur laquelle porte actuellement le déni et celle sur laquelle a porté jadis le refoulement ⁴» En outre, « le délire, poursuit Freud, doit sa force convaincante à la part de vérité historique qu'il met à la place de la réalité repoussée. De cette manière je pourrais appliquée au délire ce que, jadis, j'ai énoncé pour la seule hystérie : le malade souffre de ses réminiscences ⁵». Aussi loin que Freud soit allé pour définir un mécanisme spécifique de la psychose, il n'en demeura pas moins prisonnier du modèle névrotique. Même devant sa trouvaille de la vérité historique du déni il n'a pas d'autre modèle que celui de la névrose pour construire celui de la psychose et le

¹. *Idem.*

². *Ibid.*, p. 300-301.

³. *Ibid.*, p. 301.

⁴. Freud S. « Constructions dans l'analyse » [1937], in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1995 (1^{ière} éd, 1985), p. 269-281, p. 280.

⁵. *Idem.*

mécanisme central du refoulement pour lui conceptuellement indépassable. Il ne réussit jamais à établir conceptuellement certaines de ses propres indications relatives au rejet portant sur une représentation unique, au sens de *Verwerfung* de sorte que « si le mécanisme, analogue au refoulement, par lequel le moi chez les psychotiques se détache du monde extérieur, nécessite la création d'un autre concept, cette question n'est pas résolue dans l'œuvre de Freud. ¹ » affirme Sol Aparicio.

I-4. La quête freudienne

Manifestement, l'étude de la clinique de l'entrée dans la psychose ne consista pas pour Freud dans le repérage de nouveautés sémiologiques, ni même dans la formalisation d'un tableau clinique de cette réalité psychopathologique. Nul doute que Freud préféra laisser cette tâche à la psychiatrie de l'époque dont les prérogatives se limitaient à la description de faits psychiatriques. Au-delà de cette phénoménologie, ou plutôt au cœur même de sa détermination, la clinique freudienne de l'entrée dans la psychose se rapporte fondamentalement à la recherche d'un mécanisme psychique original spécifique de la psychose clinique, recherche qui impliquait la caractérisation des trois propriétés définitoires de tout mécanisme psychique selon Freud lui-même, respectivement topique, dynamique et économique. Des données cliniques qu'il recueillit, Freud postula dès le départ que l'entrée dans la paranoïa est une défense psychique grâce à laquelle le moi peut lutter contre une représentation extérieure inacceptable pour lui et inconciliable avec ses souhaits en les rendant insatisfaits, ou d'une poussée libidinale homosexuelle, Freud ayant très fréquemment repéré cette cause déclenchante. De sorte que « la paranoïa est souvent causée par une atteinte du moi, par une frustration de la satisfaction dans le domaine de l'Idéal ² ». Il inféra de ces données, dès le début des années 1890, l'existence d'une dynamique psychique conditionnée par le mécanisme formateur des psychonévroses de défense, le refoulement, ce qui l'amena à dessiner les premières esquisses d'une structure psychique composée d'une triple stratification dans les névroses hystériques et obsessionnelles, chacune de ces strates se rapportant à une définition différente du refoulement, de la fixation libidinale originaire, au mécanisme de défense actuelle. Sa lecture des *Mémoires* de Schreber lui permit de faire un saut conceptuel majeur en inférant de ce document que l'entrée dans la paranoïa résulte d'un

¹. Aparicio Sol. « La forclusion, préhistoire d'un concept », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, janvier 1984, n°28, p. 83-105, p. 83.

². Freud S. « Pour introduire le narcissisme » [1914], *op. cit.*, p. 105.

travail psychique défensif portant sur des représentations fantasmatiques homosexuelles articulées. Le moi faisant ainsi allégeance devant la poussée pulsionnelle du ça. Toutefois, au fur et à mesure, « Freud semble avoir de plus en plus douté, comme il le confie en 1915, que le processus nommé refoulement dans la schizophrénie ait quoi que ce soit de commun avec le refoulement dans les névroses de transfert, c'est pourquoi il s'efforça de dégager la spécificité d'un mécanisme psychotique. Le concept de 'Verleugnung', plus rarement celui de 'Verwerfung', furent les principaux utilisés à cette fin ¹». En effet, dans les années 20, Freud avance le concept de Verleugnung traduit par déni, démenti ou désaveu, après celui de Verwerfung habituellement traduit par rejet² dont les premières occurrences datent de ses premiers écrits psychanalytiques³, en 1894. La relative spécificité de ce dernier oblige Freud à considérer dès 1907, les deux temps de la psychose, l'entrée dans la psychose et le délire, respectivement le dommage psychique inaugural provoquant un retrait de la libido d'objets déterminant une catastrophe subjective, et sa tentative autothérapeutique de réparation. N'ayant pourtant cessé de différencier la psychose de la névrose, en leur attribuant à chacune un mécanisme psychique original, il n'en demeure pas moins vrai que l'entreprise freudienne resta inachevée, de sorte qu'elle lui apparue à lui-même comme un échec⁴. Si Freud ne put concevoir un mécanisme original uniquement relatif à la psychose, il en jeta les bases nécessaires ayant, d'après Sol Aparicio, « défriché le terrain en cernant ce point resté vacant dans la théorie psychanalytique, dont, par la suite, la notion de forclusion forgée par Lacan rendra raison. ⁵» A cet égard, parmi les tentatives freudiennes conceptuelles et sémantiques de cerner celui-ci, Lacan se saisira des rares occurrences freudiennes de la *Verwerfung*, et même la déduisant de cette indication de 1911, « ce qui a été aboli au dedans revient du dehors » telle qu'il le formalisera comme organisateur structural, sous les espèces de la forclusion du signifiant Nom-du-père.

L'incessante théorisation de Freud, le conduisit à concevoir l'entrée dans la psychose comme la défaillance actuelle d'une articulation au sein même d'une structure déjà-là telle qu'il en donna la formulation, au cours de sa 31^{ième} conférence intitulée « La décomposition de la personnalité psychique » [1933] : « Là où elle [la pathologie] montre une cassure ou une

¹. Maleval J.-C. « Construction et évolution du concept de Forclusion du Nom-du-Père », *op. cit.*, p. 47. Rappelons que Freud utilisa ce terme en 1907 dans sa correspondance avec Jung. In Freud S, Jung C.-G. *Correspondance, 1906-1909, op. cit.*, p. 95.

². Avant de sceller sa traduction par forclusion le 4 juillet 1956, Lacan la traduisit en quelques occasions par retranchement comme nous l'apprend J.-C Maleval. In *La forclusion du Nom-du-Père, op. cit.*

³. *Ibid.*, p. 12.

⁴. *Ibid.*, p. 33.

⁵. Aparicio Sol. « La forclusion, préhistoire d'un concept », *op. cit.*, p. 83.

fissure, il peut y avoir, normalement, une articulation. Si nous jetons un cristal par terre, il se brise, mais pas n'importe comment, il se casse suivant ses directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, étant cependant déterminé à l'avance par la structure du cristal. Des structures fêlées et fissurées de ce genre, c'est aussi ce que sont les malades mentaux ¹». L'on peut saisir l'avancée conceptuelle freudienne visant à la détermination d'une structure psychique en comparant cette métaphore à celle employée par Toulouse à la fin du siècle précédent : « Dire qu'un individu est devenu aliéné parce qu'il était déjà prédisposé à le devenir, c'est énoncer une proposition vraie, mais qui n'est en somme que le premier degré d'une explication, car cette prédisposition, on la rencontre partout. Je fais tomber un encrier ; s'il se casse, c'est qu'étant de verre il était prédisposé à se briser. S'il avait été en fer l'encrier se serait seulement déformé. ²»

Dans un sens, Freud réutilisait sa métaphore originelle afin de rendre sensible au lecteur la clinique de l'entrée dans la psychose, déterminée par « un Ausbruch, un éclatement, de la psychose, comme le soulignait déjà Freud dès le *Manuscrit H* de 1895, devant un événement repérable comme déclencheur ³». De sorte que l'approche freudienne de l'entrée dans la psychose expressément paranoïaque nécessite, en quelque sorte, deux implications : une prédisposition psychique psychotique et un événement devant lequel le sujet réagit grâce à un mécanisme de défense identique au mécanisme psychique originaire ayant structuré la psychose, même Freud ne réussit pas réellement à dégager les propriétés de celui-ci. Un tel déterminisme n'est possible qu'à postuler l'existence de lois psychiques, c'est à dire régulant le psychisme, au-delà du phénoménologique, dans une perspective structurale.

Quoi qu'il en soit, une telle obstination, même si elle ne fut pas vraiment couronnée du succès escompté, mérite d'être soulignée, c'est à dire qu'on lui rende hommage, car Freud, dans son *Abrégé de psychanalyse* de 1938, cherchait encore et toujours « les conditions nécessaires à l'apparition d'une psychose ⁴». De sorte qu'il semble justifié d'évoquer, à la suite de J.-C Maleval « la quête freudienne d'un mécanisme spécifique ⁵» de la psychose.

¹. Freud S. « La décompensation de la personnalité psychique », 31^{ème} conférence, *op. cit.*, p. 81-82.

². Toulouse É. « De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales », *op. cit.*, p. 116.

³. Hoffmann Christian. « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde contemporain », in *Figures de la psychanalyse*, n°9, Érès, 2004, p. 49-61, p. 50.

⁴. Freud S. *Abrégé de psychanalyse* [1938], Paris, PUF, 1975, p. 78.

⁵. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*, p. 34.

II. Genèse et construction du concept de déclenchement de la psychose chez Jacques Lacan de 1931 à 1959

Elève des grands noms de l'École française de psychiatrie des années 20, le jeune Lacan fut introduit dès ses années de formation aux toutes nouvelles conceptions psychopathologiques alors naissantes, provenant de travaux germaniques et français et auxquelles sont fortement rattachées les noms d'Eugène Minkowski, d'Eugen Bleuler, d'Henri Claude, de G.G de Clérambault et de Paul Guiraud. Parmi les objets de recherche électivement investis, la psychose, ses processus et mécanismes d'éclosion, occupaient une place privilégiée pour au moins deux raisons. Premièrement, les conceptions ou théories psychiatriques du début du XX^e siècle, dérivant plus ou moins du paradigme des maladies mentales, et partant de la théorie de l'hérédité-dégénérescence, avaient notablement obscurci le champ des psychoses en jetant le voile d'une biologie organiciste indépassable. Deuxièmement, bien que la psychose demeurait sensiblement opaque au regard de la psychanalyse alors que Freud avait largement éclairé la névrose, elle était tout de même l'objet d'investigations permanentes et approfondies de la part du fondateur et de certains de ses disciples qui travaillèrent pour la plupart à la clinique psychiatrique et universitaire du Burgölzli près de Zurich, qu'il s'agisse de Carl.Gustav Jung, de Karl Abraham principalement, dans une moindre mesure de Max Eitingon, et accessoirement d'Eugen Bleuler¹. Le jeune Lacan, germanophone, put se familiariser avec leurs œuvres et ceux des criminologues allemands ce dont témoigne la bibliographie de sa thèse.

L'émergence de la notion de structure dans les années 20-30 participa notablement à l'avènement de ce renouveau théorico-clinique inaugurant l'ère de la psychiatrie dynamique. Si une telle notion s'imposa très rapidement au point de devenir la pierre angulaire de ce nouveau paradigme, c'est qu'elle laissait entrevoir la possibilité d'élaguer et d'ordonner le foisonnement phénoménologique de la clinique psychotique, et surtout de rendre intelligible les symptômes en dégagant les lois régissant son fonctionnement. Une telle analyse structurale s'avéra féconde si bien que l'entrée dans la psychose en attente d'être soumise à cette méthode psychopathologique fut rapidement l'objet d'investigations particulières. C'est dans ce

¹. Il est sans doute erroné de considérer que Bleuler fut compté par Freud parmi ses disciples. A cet égard, la correspondance entre Freud et Abraham s'avère très instructive. Freud S, Abraham K. *Correspondance complète 1907-1925*, op. cit.

contexte qu'en 1931, Lacan se donna à lui-même comme programme de recherche d'élucider le mécanisme des éclosions de la psychose dont l'on sait qu'il ressortira foncièrement dans son enseignement au concept de déclenchement de la psychose. Nous allons nous attacher à présent à reconstituer sa genèse et sa construction jusqu'en 1958, c'est à dire en deux étapes, qui devront être incontestablement restituées dans le cadre conceptuel original de la théorisation lacanienne de la psychose. La première de ces deux étapes inaugurée en 1931 par la publication de l'article « Structure des psychoses paranoïaques ¹» se clôt en 1946 avec son « Propos sur la causalité psychique ²» dans lequel se trouve formulé le parachèvement de sa première thèse de la psychose. Au cours de cette étape, deux textes possèdent une importance toute particulière d'une part sa thèse de médecine intitulée *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* ³ au cours de laquelle il analyse le cas princeps d'une psychose paranoïaque d'autopunition, le cas Aimée. Déterminée par un « traumatisme affectif » dit primitif lié à une situation familiale anormale, la structure psychotique se déclenche lorsque le sujet rencontre une situation vitale ou que survient un événement parent du traumatisme primitif.

D'autre part, *Les complexes familiaux* de 1938 où le déclenchement de la psychose se retrouve sous les espèces de la « phase féconde du délire ⁴». La structure de la personnalité y est déterminée par la structure du complexe d'Œdipe freudien et l'arrêt de son développement au complexe fraternel détermine la structure psychotique. Cette phase féconde nécessite que le sujet soit mis en situation d'aura de la réalisation œdipienne c'est-à-dire qu'il rencontre dans une relation triangulaire un objet apparenté à l'objet paternel. L'opposition entre identification œdipienne et identification narcissique étant impossible pour ce sujet alors la psychose se déclenche. Surgit en 1938, pour un temps très limité, la notion de phase féconde du délire sera remplacée à partir de 1946, par celle de « moment fécond ⁵» notion contemporaine de la première conception lacanienne de la psychose.

Le début des années 50 coïncide avec l'amorce de la deuxième étape centrée sur les recherches de Lacan sur le registre symbolique et constituée principalement de la réunion du séminaire *Les psychoses* ⁶ [1955-1956] et des deux articles « L'instance de la lettre dans

¹. Lacan J. « Structures des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*,

². Lacan J. « Propos sur la causalité psychique » [1946], *op. cit.*

³. Lacan J. *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], *op. cit.*

⁴. Lacan J. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, *op. cit.*, p. 80 et p. 85.

⁵. Lacan J. « Propos sur la causalité psychique » [1946], *op. cit.*

⁶. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*. *op. cit.*

l'inconscient ou la raison depuis Freud ¹» [1957] et « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ²» [1957-1958] où se trouve la formalisation non conclusive mais la plus aboutie du concept par Lacan. La structure est celle de l'Autre et la modalité psychotique est déterminée par la forclusion du signifiant du Nom-du-Père concept introduit en 1957³. La psychose se déclenche dans des conjonctures définies par la théorie du Un-père. Le déclenchement de la psychose tout en dévoilant la modalité d'inscription du sujet dans le symbolique, va s'ordonner suivant une temporalité guidée par une logique singulière.

Il ressortira de cette étude que dès ses premiers textes, Lacan aborda de façon originale l'entrée dans la psychose renouvelant dans ce sens deux termes préexistants dans la sémantique psychiatrique, ceux de déclenchement et de structure afin d'imposer une configuration où l'entrée dans la psychose et son mécanisme déclenchant sont corrélés au déterminisme de la structure psychotique. Le concept de déclenchement de la psychose n'acquiert en réalité sa spécificité qu'en raison de la modalité psychotique de la structure dans la mesure où Lacan a pu parler aussi bien de déclenchement de la névrose⁴. Autrement dit, la notion de déclenchement n'est pas associée à l'exclusive à la psychose, mais au concept de structure.

C'est volontairement que nous limiterons dans cette sous-partie notre examen aux deux premières thèses lacanienne de la psychose, et partant de l'entrée dans la psychose, dont l'on sait qu'elle en comporte trois, Lacan renouvela en effet sa thèse des années 50 grâce à la modélisation de la chaîne borroméenne. Nous aborderons celle-ci dans la troisième partie de cette thèse dans la mesure où il est revenu à d'autres que lui, à certains de ses élèves, d'éclairer l'entrée dans la psychose à la lumière des avancées de son dernier enseignement.

I-1. Déclenchement et première théorisation de la psychose [1931-1946]

Véritable objet d'investigation psychopathologique, les psychoses sont désormais étudiées dans les années 1920-1930 dans une perspective visant à dégager des mécanismes spécifiques, des troubles générateurs, des lois permettant d'éclairer leur fonctionnement et de

¹. Lacan J. « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud » [1957], *op. cit.*

². Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose » [1959], *op. cit.*

³. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*

⁴. Le corpus lacanien recèle de nombreuses occurrences d'une telle locution. On peut lire celle de « déclenchement de la névrose obsessionnelle » dans « Le mythe individuel du névrosé ou poésir et vérité dans la névrose », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°17-18, printemps 1979, p. 291-307, p. 297.

rendre compte de la clinique. Dans le discours psychiatrique de l'époque, trois conceptions dominant alors les débats, celle attachée à la notion de trouble générateur [1928]¹ développée par Minkowski que nous aborderons dans la troisième partie, celle relative aux thèses de G.G de Clérambault sur l'automatisme mental que nous avons vue et celle connue sous le nom de doctrine des constitutions. Formé dans cet état d'esprit scientifique, le jeune Lacan affiche très tôt la ferme volonté de renouveler ces deux dernières conceptions grâce à l'appui de la démarche structurale de Minkowski, et de références germaniques, notamment criminologiques et dans une certaine mesure psychanalytiques : deux conceptions s'opposaient jusqu'ici sur la structure de cette psychose [paranoïaque] : l'une la tient pour le développement d'une 'constitution' morbide, c'est-à-dire d'un vice congénital du caractère ; l'autre désigne les phénomènes élémentaires dans des troubles momentanés de la perception, qu'on qualifie d'interprétatifs à cause de leur analogie apparente avec l'interprétation normale ; le délire est ici considéré comme un effort rationnel du sujet pour expliquer ces expériences [...] Bien que les phénomènes dits élémentaires aient une existence beaucoup plus certaine que la constitution prétendue paranoïaque, on voit facilement l'insuffisance de ces deux conceptions, et nous avons tenté d'en fonder une nouvelle..²». Si bien que l'originalité de Lacan a été de dégager à partir d'une méthode d'investigation psychologique germanique une troisième voie dont les prolongements l'amèneront à formuler en 1946 sa première véritable théorie de la psychose « fondée sur le primat de l'imgo³ » selon J.-C Maleval.

Bien qu'il connut des appellations fort diverses et des définitions renouvelées au cours de cette étape, qu'il s'agisse de « 'éclosion délirante⁴ » en 1931, du « déclenchement de la psychose⁵ » en 1932, de « la phase féconde du délire⁶ » en 1938 ou bien encore du « moment fécond⁷ » en 1946, le mécanisme lacanien d'entrée dans la psychose se rapporte en réalité à une même et seule conception structurale, celle du déclenchement de la structure psychotique.

¹ Minkowski E. « Du symptôme au trouble générateur. Quelques réflexions sur la psychopathologie contemporaine », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol XXII, fasc 1, p. 35-63.

² Lacan J. « Motifs du crime paranoïaque : le crime des sœurs Papin » [1933], in *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], *op. cit.*, p. 389-398, p. 392.

³ Maleval J.-C. « G.G de Clérambault, loin de l'oubli », in *L'Évolution psychiatrique*, 2001, 66, p. 223-239, p. 237.

⁴ Lacan J. « Structure des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*, p. 18

⁵ Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, *op. cit.*, p. 125 et p. 279.

⁶ Lacan J. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, *op. cit.*, p. 80.

⁷ Lacan J. « Propos sur la causalité psychique » [1946], *op. cit.*

1. Le point de départ, 1931.

L'entrée dans la psychose est étudiée, dès 1931, à partir de l'analyse de l'éclosion du délire d'interprétation. Elle repose principalement sur deux implications à savoir l'existence d'une constitution paranoïaque chez le sujet et de causes occasionnelles déclenchant justement l'expression clinique de cette constitution.

La première de ces deux implications provient de l'adhésion toute relative de Lacan à la doctrine constitutionnaliste¹. Interne chez Claude et Clérambault, Lacan ne pouvait pas pour des raisons diplomatiques, si l'on peut dire, délibérément et ouvertement récuser le courant constitutionnaliste, de sorte qu'il « tente de la subvertir de l'intérieur ² ». Et si l'éclosion du délire équivaut, pour Lacan, à « l'éclosion de la constitution ³ » c'est que celle-ci est à entendre comme « fixation précoce d'une structure [...] qui apparaît cliniquement des années de la deuxième enfance à la puberté » et « peut se manifester au complet de l'âge de sept ans – parfois ne se révéler qu'au-delà de la vingtième année ⁴ ». D'où vient cette constitution ? Lacan se réfère aussi à l'école américaine [Allen] pour qui « l'enquête sociale soigneuse révèle toujours au foyer quelque anomalie dans les relations de l'enfant observé, avec son entourage : influence d'une marâtre ou d'un parâtre, brimades ou simple prédominance d'un frère ou d'une sœur, préférences affectives blessantes, sanctions maladroites. ⁵ » Mais encore au courant de psychiatrie dynamique, Eugen Bleuler, Karl Jaspers, E.Kretschmer et A.Meyer. Dans ce sens, l'avènement de la constitution paranoïaque définie comme fixation structurale, résulte d'une anomalie entre le sujet et sa famille.

La seconde implication de cette première approche lacanienne de l'entrée dans la psychose consiste à rapporter l'éclosion du délire d'interprétation à « l'influence de quelque cause déclenchante souvent cachée, parfois représentée par un épisode toxique, une maladie intercurrente, un trauma émotionnel ⁶ ». Remarquons tout d'abord l'hétérogénéité des causes évoquées et signalons ensuite que Lacan évoque également que l'entrée dans la psychose peut être conçue comme une « réaction aux situations vitales ⁷ ». Lacan reprend là une notion que

¹. Lacan J. « Structure des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*, p. 17.

². Maleval J-C. « G.G de Clérambault, loin de l'oubli », *op. cit.*, p. 237.

³. Lacan J. « Structure des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*, p. 17.

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 9.

⁷. *Ibid.*, p. 6.

Von Uxküll avait introduite en biologie mais également utilisée par Kretschmer et Meyer dans leurs travaux¹.

En tout état de cause, lorsque le sujet prédisposé est placé dans une de ces situations fonctionnant comme cause déclenchante alors « se produit une sorte de précipitation d'éléments significatifs, imprégnant d'emblée une foule d'incidents que le hasard offre au sujet et dont la portée pour lui se trouve soudain transfigurée. C'est l'homme qui remarque que certains gestes dans la rue marquent qu'on le suit, qu'on l'épie, qu'on le devine, qu'on le menace. [...] Ces interprétations sont multiples, extensives, répétées. [...] Quelle que soit l'étendue de ces interprétations, elles sont centripètes, étroitement polarisés sur le sujet. Elles peuvent être également endogènes....²». Cette transfiguration produit des « interprétations basales » ou « conceptions primaires » centrées sur le sujet lui-même. Puis elles « organisent tout le délire et seront retrouvés sous tous ses développements. ³».

Cette première approche repose bien comme nous venons de le voir sur deux implications c'est-à-dire deux éléments nécessaires à l'éclosion du délire d'interprétation. Toutefois, Lacan la considère lui-même comme partielle c'est à dire théoriquement insuffisante eu égard à la perspective programmatique formulée en conclusion de son article : « chercher les bases d'un mécanisme cohérent des éclosions délirantes⁴ ». Ce à quoi il s'attachera dès l'année suivante à l'occasion de sa thèse de médecine.

2. Émergence du concept de déclenchement de la psychose, 1932.

Publiée en 1932, la thèse de médecine de Lacan constitue une étape majeure dans son abord de la psychose. En effet, la méthode que Lacan a empruntée à des auteurs germaniques, lui permet en partie de définir la psychose clinique avec une certaine originalité tout du moins de promouvoir une nouvelle entité clinique. En conséquence, l'entrée dans la psychose implique d'une part une structure psychotique définie comme une « anomalie de la structure de la personnalité⁵ » et une cause actuelle, « un événement, parent, quant à son sens, du traumatisme primitif⁶ ». Dans le cas *Aimée* il s'agit d'un conflit moral actuel. Ainsi se met en

¹. Maleval J.-C. « G.G de Clérambault, loin de l'oubli », *op. cit.*, p. 232.

². Lacan J. « Structure des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*, p. 9.

³. *Ibid.*, p. 13.

⁴. *Ibid.*, p. 18.

⁵. Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], *op. cit.*, p. 255.

⁶. *Ibid.*, p. 260.

place la configuration lacanienne du déclenchement de la psychose, locution que Lacan emploie alors pour la première fois : d'une part une structure psychotique et d'autre part de causes déclenchantes.

2-1. *Le déterminisme de la psychose*

Reprenant la notion de *structure* présente dans le champ psychiatrique français dès les années 1920-1930, « pour parler de l'organisation psychopathologique d'une psychose ¹», introduite sous l'influence des phénoménologues, Minkowski principalement, Lacan l'emploie pour décrire l'anomalie de la personnalité définitoire de la psychose. De sorte que Lacan place l'origine de la psychose dans une « anomalie psychique ² » ou « trouble psychogénique » qu'il saisit en définitive grâce à la doctrine freudienne de la libido comme fixation affective qui « se traduit par des traces psychiques ». Cette fixation provient d'un traumatisme primitif du registre affectif que résume la notion de « complexe fraternel ³ ». Reprenant son approche de 1931, le sujet psychotique est un sujet chez lequel s'est fixé une anomalie de la structure. Ainsi, « la fixation et la structure de la psychose ne sont explicables qu'en fonction d'une anomalie psychique antérieure à ces instances. [...] Or ce que nous a donné notre recherche, c'est, nous y insistons, un trouble qui n'a de sens qu'en fonction de la personnalité ou, si l'on préfère, un trouble psychogénique. ⁴ » Ainsi Lacan est on ne peut plus clair quand il écrit que « la psychose trouve son déterminisme dans une anomalie de la personnalité ⁵ ».

Il y a tout lieu de penser que la notion de fixation à laquelle se réfère Lacan provienne du fondateur de la psychanalyse, Freud définissant celle-ci notamment dans son analyse du cas Schreber comme la strate ou fixation de libido la plus ancienne du psychisme.

2-2. *La fixation de la psychose*

Pour Lacan, la psychose paranoïaque doit être conçue à partir d'une fixation traumatique et donc « des réserves semblent [...] s'imposer sur la valeur de la prétendue

¹. Garrabé Jean. « De l'emploi du mot 'structure' en psychiatrie », in *L'Évolution psychiatrique*, 2000, 65, p. 499 -509, p. 504.

². Lacan J. *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], *op. cit.*, p. 254.

³. *Ibid.*, p. 346.

⁴. *Ibid.*, p. 254.

⁵. *Ibid.*, p. 255.

constitution paranoïaque¹» puisque cette notion est exclusivement associée à un « déterminisme organique congénital²». Et si Lacan délaisse la notion de constitution au profit de celle d'une fixation traumatique c'est justement parce que celle-ci « laisse également toujours place à l'hypothèse d'un déterminisme traumatique, décelable historiquement, et évocable subjectivement par une technique appropriée.³». Il émet ainsi de fortes objections à la théorie constitutionnaliste, et, ce faisant, à Clérambault qui fit converger sa doctrine de l'automatisme mental avec celle-là.

2-3. *Le déclenchement de la psychose : une configuration structurale.*

Il semble que Lacan adhère à l'idée que le délire paranoïaque est un mode réactionnel de la personnalité à un événement, à une situation. Il rejoint ainsi Bleuler car comme il l'écrit « A l'opposé de Sérieux et Capgras, qui rapportent aux prédispositions constitutionnelles du malade la genèse du délire, Bleuler en trouve l'explication, à ses yeux exhaustive, *dans les réactions du sujet suite à des situations vitales.*⁴». Lacan note que cette idée du délire comme réaction, est également partagée par Kraepelin ou même par G.G de Clérambault. En adhérant à cette conception, Lacan diffère de Pierre Janet et de Karl Jaspers qui sont tous les deux opposés à cette notion de réaction de la personnalité. En effet, dans la première partie de sa thèse Lacan se fait l'écho du débat entre le processus et l'automatisme, « ces deux concepts d'automatisme et de processus se définissent par leur opposition aux réactions de personnalité⁵».

La réaction de la personnalité est déterminée par la fixation anormale de la psychose, étant entendu que cette « fixation se traduit par des traces psychiques qui ne se manifestent que dans les limites physiologiques, tant qu'un événement, parent, quant à son sens, du traumatisme primitif, n'est pas survenu.⁶» Dans ces conditions homologues en quelque sorte entre les deux traumatismes, la fixation et la cause déclenchante, survient la psychose. Il est de la toute première importance de bien noter cette homologie structurale en quelque sorte, entre la structure de la psychose et la structure du déclenchement, entre les déterminations de la structure psychotiques et celles déclenchantes.

¹. *Ibid.*, p. 76.

². *Ibid.*, p. 260.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 76-77.

⁵. *Ibid.*, p. 108.

⁶. *Ibid.*, p. 260.

La clinique de l'entrée dans la psychose se rapporte pour Lacan à un trouble de la signification, et dans ce sens, il écrit à propos de l'interprétation délirante qu'elle « se présente en outre comme expérience *saisissante*, comme une *illumination* spécifique, caractère que les anciens auteurs, [...] avaient en vue lorsqu'ils désignaient ce symptôme du terme excellent de 'signification personnelle' ¹». Rendant hommage « à ces cliniciens allemands [C. Neisser, Thiling, Marguliès, Heilbronner] lorsqu'ils insistaient sur l'importance du phénomène d'*Eigenbeziehung* ²» ainsi que le souligne F. Sauvagnat, Lacan ébauche le « lien nouveau entre interprétation et hallucination ³» que l'on retrouvera en 1957, poursuit-il, sous les espèces de la signification énigmatique. « Ce courant allemand anti-kraepelinien » postulait déjà l'existence de ce phénomène « préalable à toute construction délirante ⁴».

Intégrée dans le groupe des phénomènes élémentaires, aux côtés des « sentiments d'étrangeté ineffable, de *déjà vu*, de *jamais vu*, de *fausse reconnaissance* etc. ⁵» l'interprétation délirante est représentative de leur traitement par Lacan qui se manifestent électivement chez *Aimée* « à propos de relations de nature sociale : relations avec la famille, les collègues, les voisins. ⁶» A cet égard, Lacan dégagera quatre types de phénomènes élémentaires : « états *oniroïdes* souvent colorés d'anxiété ; - troubles 'd'incomplétude' de la personnalité ; -interprétations proprement dites, - illusions de la mémoire [...] liés électivement aux rapports sociaux ⁷». L'homogénéité d'un tel regroupement n'est pas sans lien avec la *signification personnelle* emportant avec elle une conviction délirante : « Aux phénomènes élémentaires analysés dans la psychose paranoïaque : interprétations, états passionnels, il convient d'ajouter des illusions de la mémoire, des troubles de la perception et des hallucinations [au sens actuellement reçu]. Ces phénomènes et spécialement les interprétations, se présentent dans la conscience avec une portée convictionnelle immédiate, une signification objective d'emblée ou, si elle reste subjective, un caractère de hantise. Ils ne sont jamais le fruit d'aucune déduction 'raisonnante'. ⁸» De sorte que l'on peut dire, à la suite de J.-C. Maleval, que Lacan cherche « à mettre en évidence la compréhensibilité des phénomènes élémentaires en rapport avec l'histoire du sujet et à son environnement social » si

¹. *Ibid.*, p. 211.

². Sauvagnat F. « Histoire des phénomènes élémentaires », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°44, janvier-mars 1988, p. 19-27, p. 19.

³. *Ibid.*, p. 20.

⁴. Sauvagnat F, Vaissermann A. « 'Phénomènes élémentaires' psychotiques et manœuvres thérapeutiques », in *Revue Française de Psychiatrie*, n°10, tome 8, décembre 1990, p. 20- 26, p. 22.

⁵. Lacan J. *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], *op. cit.*, p. 211.

⁶. *Ibid.*, p. 211-212.

⁷. *Ibid.*, p. 216-217.

⁸. *Ibid.*, p. 347.

bien qu'il est « conduit à repousser aux frontières de son champ d'étude les troubles psychotiques qui se situent aux limites de la signification. ¹»

Il convient de retenir à la suite de Sauvagnat, que sur un autre point « Lacan rejoint les tenants de l'*Eigenbeziehung* : la solidarité entre la signification personnelle et certains aspects du délire ²» en ce sens qu'il affirme que l'« identité de structure frappante entre les phénomènes élémentaires du délire et son organisation générale impose la référence analogique au type de morphogenèse matérialisée par la plante. Assurément, cette image est plus valable que la comparaison avec l'annélide que nous avons empruntée, dans une publication antérieure, aux approximations hasardeuses d'un enseignement tout verbal. ³» En 1955, Lacan réitérera son désaccord avec Clérambault tout en développant l'image utilisée en 1932 : « les phénomènes élémentaires ne sont pas plus élémentaires que ce qui est sous-jacent à l'ensemble du délire. Ils sont élémentaires comme l'est, par rapport à une plante, la feuille où se verra un certain détail de la façon dont s'imbriquent et s'insèrent les nervures – il y a quelque chose de commun à toute la plante qui se reproduit dans certaines des formes qui composent sa totalité. De même, des structures analogues se retrouveront au niveau de la composition, de la motivation, de la thématization du délire, et au niveau du phénomène élémentaire. Autrement dit, c'est toujours la même force structurante [...] qui est à l'œuvre dans le délire, qu'on le considère dans une de ses parties ou dans sa totalité. ⁴ » Conception qui n'est pas sans rappeler ce que Lacan écrivait déjà en 1931 à propos de la transfiguration de la signification, à l'orée de la psychose : elle produit des « interprétations basales » ou « conceptions primaires » centrées sur le sujet lui-même qui ensuite « organisent tout le délire et seront retrouvés sous tous ses développements. ⁵ ». On n'a d'ailleurs pas encore souligné, à notre connaissance, le recours de Lacan à la botanique, science pilote au XVIII^e siècle, notamment des Sciences naturelles et des Sciences médicales, et fortement attachées aux noms de Linné, Jussieu ou Buffon et liés au siècle des Lumières. Ainsi, nous sommes enclins à nous demander, à la lecture de cet extrait d'une lettre écrite par Linné à son destinataire Boissier de Sauvages : « Les symptômes sont à l'égard des maladies ce que les feuilles et les

¹. Maleval J.-C. « G.G de Clérambault loin de l'oubli », *op. cit.*, p. 236.

². Sauvagnat F. « Histoire des phénomènes élémentaires », *op. cit.*, p. 26.

³. Note 58. In Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports à la personnalité*, *op. cit.*, p. 297.

⁴. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 28. Cette reprise à l'identique en apparence doit être infléchi dans la mesure où comme le remarque J.-C Maleval : « l'image du détail de la feuille que reproduit quelque chose de commun à toute la plante, utilisée en 1932, comme en 1955, ne réfère pas dans les deux occurrences à la même plante, la première s'enracine dans les antécédents biographiques, la seconde dans la structure de la chaîne signifiante ». In « G. G de Clérambault loin de l'oubli », *op. cit.*, p. 238.

⁵. Lacan J. « Structure des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*, p. 13.

supports sont à l'égard des plantes ¹» si Lacan ne fait pas, avec sa métaphore botanique, un lointain écho à ce passé de science ou plutôt de méthode paradigmatique, et qui plus est, au « mythe végétal ² ». Lacan avait-il lu le *Nouveau système de physiologie végétale et de botanique* de François-Vincent Raspail paru en 1837, où l'auteur parle de « tissus élémentaires » et « d'organes élémentaires ³ » ? Nous ne le savons pas. En revanche, Lacan lui-même, fait mention des Sciences naturelles, dans un parallélisme historique avec la nouveauté de sa propre conception : « Le problème qui se pose ici est le même que celui qui s'est offert à chacune des Sciences naturelles à son début et se présente encore à elle à tout instant. C'est le problème de la hiérarchie des caractères, à savoir distinguer le caractère déterminant pour la structure, ce ceux qui ne correspondent qu'à une variation sans retentissement sur l'ensemble. Mais, plus encore, c'est le problème de l'identification du caractère : ce qu'on prend d'abord en effet pour une identité de caractère peut n'être qu'une homologie formelle entre des aspects voisins qui traduisent une structure toute différente : tels, en botanique, les rayons des fleurs composées qui peuvent représenter, selon les cas, les pétales de la fleur simple ou ses feuilles d'enveloppes.⁴ »

Une telle référence est étonnante d'autant que l'expression même de phénomène élémentaire dérive foncièrement, par le terme d'élémentaire, des Sciences chimiques telle qu'on le retrouve dans le syntagme de « particules élémentaires ⁵ ». On peut estimer en trouver une occurrence chez A. Comte dans son *Cours de philosophie positive*, précisément dans le titre de sa XXI^{ème} Leçon : « Considérations générales sur les phénomènes géométriques élémentaires des corps célestes ⁶ ». Mais la priorité de la locution serait, à notre connaissance, attribuable à Benjamin Ball (1833-1893), ses *Leçons sur les maladies mentales* de 1880 faisant mention d'une occurrence⁷ alors que la seconde édition en recèle plusieurs¹. Et si l'on

¹. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961], Paris, Gallimard, 1972, p. 246. En effet, l'Histoire naturelle sous les auspices de Linné [et Buffon pour la Zoologie], a été le modèle privilégié d'organisation des données pour les sciences au XVII^e et XVIII^e siècle et notamment pour la médecine classificatrice également appelée médecine des espèces. Voir aussi à ce sujet : Foucault Michel. *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, 1966.

². *Ibid.*, p. 23.

³. Raspail F-V. *Nouveau système de physiologie végétale et de botanique : fondé sur les méthodes d'observation qui ont été développées dans Le nouveau système de chimie organique*, Paris, J.-B Baillière, 1837.

⁴. Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports à la personnalité*, *op. cit.*, p. 50-51.

⁵. On en trouve une occurrence en 1769. In Bonnet Charles. *La palingénésie philosophique, ou Idées sur l'état passé et sur l'état futur des êtres vivants*, Genève, C. Philibert, B. Chirol, 1770, p. 88.

⁶. Comte A. « Considérations générales sur les phénomènes géométriques élémentaires des corps célestes », XXI^{ème} leçon, in *Cours de philosophie positive* [Tome 2], Paris, Rouen frères, 1830. L'auteur y traite d'une théorie mécanique en astronomie.

⁷. Ball B. *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, Asselin, 1880. On y trouve le syntagme de « phénomènes élémentaires », p 118. La seconde édition de 1890, recèle plusieurs occurrences

signale que cet élève de Moreau de Tours et de Charles Lasègue, fut le premier titulaire en 1877 de la Chaire des maladies mentales établit à Sainte-Anne², et que parmi les rangs de ses élèves se tenait un certain Clérambault, l'on peut dès lors légitimement supposer que Lacan hérita de cette locution de Clérambault lui-même, comme il l'affirmera en 1955³, bien que ses *Œuvres psychiatriques* n'en fassent pas mention⁴. Il serait, à cet égard, intéressant de montrer l'influence de Ball sur la doctrine de Clérambault qui utilisait fréquemment la notion d'hallucination élémentaire tout comme son maître. Ball distinguait les phénomènes élémentaires ou « hallucinations élémentaires, des bruits, des bourdonnements, des flammes ⁵» des hallucinations ou phénomènes plus compliqués, plus avancés que sont « les voix, les discours, les apparitions, les tableaux ⁶».

Si l'on revient au concept de déclenchement de la psychose, on peut considérer, à la suite d'Alexandre Stevens, que dès 1932 « le déclenchement de la psychose implique deux choses [...] premièrement qu'on puisse parler d'une conjoncture délirante, c'est à dire de quelque chose qui fait déclencher le sujet [...] le déclenchement implique aussi que ça se déclenche, c'est à dire qu'il y ait quelque chose par quoi ça commence. Ici c'est la signification personnelle énigmatique, ça peut être un phénomène élémentaire, une voix entendue. Il y aura une troisième chose qui est que le déclenchement, ça déclenche en même temps une dégradation du plan imaginaire. Le délire vient après ça pour tenter d'expliquer, de remodeler la réalité. ⁷»

3. Le bilan de 1933.

En cette fin d'années 1933, Lacan reconnaît les mérites de sa « méthode d'investigation psychologique ⁸» originale, tout du moins en France, grâce à laquelle il a pu

¹. Ball B. *Leçons sur les maladies mentales*, Asselin et Houzeau, 1890, p. 55 et p. 118.

². Bièder J. « Le centenaire de la dernière édition des 'Leçons sur les maladies mentales' de Benjamin Ball », in *Annales médico-psychologiques*, vol 149, n°6, p. 600-606, p. 600.

³. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 28. On peut y lire : « .. sur ce que j'appelle, empruntant le terme à mon maître Clérambault, les phénomènes élémentaires. » Lors de cette leçon du 23 novembre 1955, il s'oppose à la conception parasitaire de son maître.

⁴. Autant l'on trouve celle d'hallucination élémentaire, autant celle de phénomène élémentaire est absente. Rien ne nous permet d'affirmer ou d'infirmer que Lacan l'ait reçue de la parole même de Clérambault.

⁵. Ball B. *Leçons sur les maladies mentales* [1890], op. cit., p. 116

⁶. *Ibid.*, p. 118.

⁷. Stevens A. « Déclenchement de la psychose », op. cit., p. 27.

⁸. Lacan J. « Exposé général de nos travaux scientifiques », in *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], op. cit., p. 399-406, p. 402.

procéder à l'« interprétation exhaustive des phénomènes mentaux d'un délire typique en fonction de l'histoire concrète du sujet ¹». Elle seule, précise-t-il, « peut permettre de définir ce qui dans la psychose ressortit au développement réactionnel de la personnalité et ce qui se présente selon l'expression de Jaspers, comme un processus morbide. ²». L'enjeu doctrinal se rapporte précisément dans la détermination ou causalité de la psychose et partant de son déclenchement. De sorte qu'il implique tout aussi bien une « prédisposition acquise³ » ou structure mentale qu'une cause déclenchante. Il apparaît que c'est dans « un arrêt évolutif de la personnalité à ce stade, arrêt déterminé par une condition concrète de l'histoire du sujet, que nous trouvons la prédisposition (acquise, on le voit).. ⁴» si bien que cet arrêt, autre graphie de la fixation de 1931, conditionne l'existence d'une « structure mentale anormale ⁵» dans la mesure où elle est « l'expression de pulsions instinctives anormales ⁶» [agressives et homosexuelles]. Dès lors, on serait fondé à émettre l'hypothèse que cette structure est une structure mentale référée à la structure des pulsions qui « caractérise jusqu'aux phénomènes élémentaires de la psychose ⁷». Dans ce sens, Lacan a pu écrire : « nous mettons en évidence la valeur significative de cette structure mentale particulière, en la reconnaissant comme l'expression de pulsions instinctives anormales, que manifeste très tardivement le comportement même du délirant. Pulsions agressives [...]. Pulsions homosexuelles. ⁸» En conséquence, apparaît « l'impossibilité de saisir aucun d'un phénomène psychique positif [c'est-à-dire comprenant un contenu] qui surgirait sous une forme irréductiblement indépendante du fonctionnement du tout de la personnalité. Pour dire le terme, aucun phénomène psychique n'est purement automatique. ⁹». Il fait référence « aux phénomènes élémentaires de la psychose ¹⁰», « phénomènes toujours chargés de 'signification personnelle' qui font l'originalité des formes les plus élevées de la psychopathologie [psychoses proprement dites]. ¹¹»

Condition nécessaire, cette structure n'est pourtant pas suffisante à elle seule pour provoquer l'entrée dans la psychose, puisqu'elle nécessite également la rencontre du sujet

¹. *Ibid.*, p. 401.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 403.

⁴. *Ibid.*, p. 402.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 401.

⁷. *Idem.*

⁸. *Idem.*

⁹. *Ibid.*, p. 400.

¹⁰. *Idem.*

¹¹. *Idem.*

avec « certaines situations vitales » « qui ne peuvent se définir que par leur situation humaine elle-même très élevée à savoir le plus souvent par un conflit de la conscience morale. Nous soulignons cette genèse ‘réactionnelle’ de la psychose, qui nous oppose aux théoriciens de la constitution dite paranoïaque autant qu’aux partisans d’un ‘noyau’ de la conviction délirante, qui serait un phénomène d’‘automatisme mental’¹»

Aussi il ressort qu’en 1933, la conception lacanienne de la psychose paranoïaque induit une conception de son déclenchement grâce au rapprochement opéré par Lacan entre le complexe pathogène initial déterminant la structure et la « cause déclenchante²» : « Plus tard [à l’âge adulte généralement] elle se déclenche sous l’influence d’une situation vitale dont l’action élective se définit par sa similitude avec le complexe pathogène initial. Toutes les occasions d’états ‘hypnoïdes’ [surmenage, épisodes toxiques et infectieux] joueraient un rôle déclenchant, dont il ne faut pas méconnaître la valeur dans le début, toujours brusque cliniquement de la psychose³». Et si Lacan leur reconnaît encore à l’époque « une rôle prépondérant dans le déclenchement de la psychose », il affirme qu’ils ne peuvent aucunement « expliquer ni la forme, ni les contenus mentaux spécifiques, ni les réactions, ni l’évolution durable⁴ » du délire.

4. L’entrée dans la psychose dans les *Complexes familiaux*, 1938.

1-1. La structure triangulaire du drame oedipien

Dans cette publication de 1938, l’abord lacanien de la psychose, et par conséquent de son déclenchement, procède en son fond d’une « analyse structurale » du complexe d’Œdipe freudien mis en perspective avec la notion de personnalité définie en 1932. Il s’agit pour Lacan de concevoir la psychose comme un arrêt du moi à un stade antérieur à celui de la personnalité dont la formation coïncide justement avec le passage par des stades successifs liés à un objet spécifique. La personnalité n’est véritablement formée qu’à l’arrivée au dernier de ces stades du moi. Ainsi la non résolution jusqu’à son terme du drame œdipien provoque chez le sujet une

¹. *Ibid.*, p. 400. Lacan a également exprimé son désaccord dans « Motifs du crime paranoïaque : le crime des sœurs Papin » [1933], in *De la psychose paranoïaque ...*, *op. cit.* Dans une certaine mesure, on peut en trouver dans sa thèse une préfiguration lorsqu’il renvoyait dos à dos la doctrine constitutionnaliste et la doctrine de l’automatisme mental de Clérambault.

². Lacan J. « Structure des psychoses paranoïaques » [1931], *op. cit.*, p. 9.

³. Lacan J. « Exposé général de nos travaux scientifiques » [1933], *op. cit.*, p. 402.

⁴. *Ibid.*, p. 402-403.

stase ou arrêt à son lien narcissique à la réalité. Comme le souligne Pierre Naveau, « là où on pourrait croire qu'il y a un complexe de trois relations entre trois termes, il n'y a pour le sujet psychotique, qu'une relation entre deux termes ¹».

L'aboutissement du drame œdipien est donc le dépassement de la relation narcissique du sujet à la réalité impliquant d'une part la mise en place de l'instance de l'idéal du moi : « L'imgo du père, à mesure qu'elle domine, polarise dans les deux sexes les formes les plus parfaites de l'idéal du moi, dont il suffit d'indiquer qu'elles réalisent l'idéal viril chez le garçon, chez la fille l'idéal virginal ²». Et d'autre part celle du surmoi : « Bien que le surmoi reçoive déjà de la seule répression maternelle (disciplines du sevrage et des sphincters) des traces de la *réalité*, c'est dans le complexe d'Œdipe qu'il dépasse sa forme narcissique ³». Autrement dit, ces deux fonctions, de refoulement et de sublimation sont assignables à deux instances respectives : « celle qui refoule s'appelle le surmoi, celle qui sublime, l'idéal du moi. Elle représentent l'achèvement de la crise œdipienne ⁴».

Ainsi le passage jusqu'à son terme par le conflit triangulaire du complexe d'Œdipe doit permettre au sujet d'accéder à une nouvelle réalité ou sublimation de la réalité, grâce à l'identification œdipienne c'est à dire à l'objet du père. En effet, Lacan considère que « l'objet de l'identification, n'est pas ici l'objet du désir [la mère], mais celui qui s'y oppose dans le triangle œdipien ⁵» ce qui signifie que « dans le complexe d'Œdipe, ce n'est pas le moment du désir qui érige l'objet dans sa réalité nouvelle, mais celui de la défense narcissique du sujet. ⁶». Autrement dit, l'enfant s'identifie à l'objet du père qui, s'il fait obstacle à l'objet du désir de l'enfant, lui apparaît également auréolé de transgresser ce qu'il interdit. C'est ainsi que nous comprenons ces mots : « ce moment [« celui de la défense narcissique du sujet »], en faisant surgir l'objet [l'objet paternel] que sa position situe comme obstacle au désir, le montre auréolé de la transgression sentie comme dangereuse ; il apparaît au moi à la fois comme l'appui de sa défense et l'exemple de son triomphe ⁷». Pour être précis, disons que la solution de ce complexe est donnée par « la structure même du drame œdipien [qui] désigne le père pour donner à la fonction de sublimation sa forme la plus éminente, parce que la plus pure. ⁸». C'est dans la « lumière de l'étonnement » du sujet qu'est produite cette

1. Naveau Pierre. « Sur le déclenchement de la psychose », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°44, janvier-mars 1988, p. 77-87, p. 80.

2. Lacan J. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, op. cit., p. 65.

3. *Ibid.*, p. 62.

4. *Ibid.*, p. 51.

5. *Ibid.*, p. 63.

6. *Idem.*

7. *Ibid.*, p. 63-64.

8. *Ibid.*, p. 64.

« identification œdipienne ¹ » ou modification du statut du père qui devient ainsi « pôle aux créations de la passion ». Il acquiert ainsi « un statut œdipien ² » selon l'expression de Pierre Naveau.

Pour Lacan, la fonction du père dans la famille paternaliste est double : « l'imago du père concentre en elle la fonction de répression avec celle de sublimation ³ ». C'est justement en tant « qu'elle est investie de la répression que l'imago paternelle en projette la force originelle dans les sublimations même qui doivent la surmonter ; c'est de nouer en une telle antinomie le progrès de ces fonctions, que le complexe d'Œdipe tient sa fécondité. ⁴ ». En effet, on peut parler d'aboutissement fécond du complexe d'Œdipe dans la mesure où l'escamotage de « l'objet du désir » est corrélé à l'avènement d'un nouvel objet celui de l'identification œdipienne venant « normalement remplir le cadre du double où le moi s'est identifié d'abord et par lequel il peut encore se confondre avec autrui, il apporte au moi une sécurité, en renforçant un cadre, mais du même coup, il le lui oppose comme un idéal qui, alternativement, l'exalte et le déprime ⁵ ».

1-2. Première esquisse d'une théorisation psychanalytique de la psychose chez Lacan

La psychose, alors synonyme de paranoïa dans ce texte, est définie comme cette maladie mentale où le sujet a gardé « un investissement trop narcissique à la réalité ⁶ » en ce sens que celle-ci « tend à rester imaginaire ou tout au plus abstraite ». Ainsi dans la psychose l'opération de sublimation de l'objet paternel permettant l'accès à une nouvelle réalité où « l'objet œdipien se réduit en une structure de narcissisme secondaire ⁷ » a été défaillante

Pour Lacan, cette défaillance est directement imputable à une « anomalie de la situation familiale ⁸ » c'est-à-dire l'absence du père réel. Le complexe d'Œdipe ne sera donc pas mené jusqu'à son terme dans la psychose mais sera ravalé au complexe fraternel. En effet, Lacan établit clairement un lien entre la paranoïa et ce qu'il appelle le complexe fraternel : « Les connexions de la paranoïa avec le complexe fraternel se manifestent par la fréquence des thèmes de filiation etc. Ces connexions s'expliquent en ce que le groupe familial réduit à la

¹. *Ibid.*, p. 54-55.

². Naveau P. « Sur le déclenchement de la psychose », *op. cit.*, p. 78.

³. Lacan J. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, *op. cit.*, p. 66.

⁴. *Ibid.*, p. 66-67.

⁵. *Ibid.*, p. 55.

⁶. *Ibid.*, p. 58.

⁷. *Ibid.*, p. 80.

⁸. *Ibid.*, p. 86.

mère, à la fratrie, dessine un complexe psychique où la réalité tend à rester imaginaire ou tout au plus abstraite. La clinique montre qu'effectivement le groupe ainsi décompleté est très favorable à l'éclosion des psychoses et qu'on y trouve la plupart des cas de délire à deux ¹». Il s'agit explicitement du groupe familial moins le père absent. Ainsi ne s'offre au sujet que le frère pour objet d'identification : « La psychanalyse [...] montre que l'idéal du moi s'est formé, souvent en raison de cette situation, d'après l'objet du frère. Cet objet, en virant la libido destinée à l'Œdipe sur l'image de l'homosexualité primitive, donne un idéal trop narcissique pour ne pas abâtardir la structure de la sublimation ² » Mais une identification au double provoque « cette stagnation de la sublimation où nous voyons l'essence de la psychose ³ ». Faute de l'accession de l'imaginaire du père au statut œdipien « la sublimation de la réalité en fonction de l'idéal paternel ne s'est pas effectuée. ⁴ » selon Naveau. En effet, l'idéal du moi qui aurait dû se former à partir de l'objet paternel comme l'indiquait la structure du complexe, c'est formé dans la psychose d'après l'objet fraternel. C'est la raison pour laquelle Lacan emploie l'expression de complexe fraternel. La conséquence est donc un hypernarcissisme de l'idéal du moi du sujet car la libido destinée à l'Œdipe ou objet paternel a stagné à un niveau homosexuel, à entendre comme un double, dans la mesure où l'identification œdipienne ne peut opposer au moi le cadre renforcé du double « comme un idéal ⁵ ».

1-3. *La phase féconde du délire⁶ : entrée dans la psychose et entrée dans l'Œdipe*

Lacan aborde l'apparition de la psychose clinique à partir de la notion de « phase féconde du délire ⁷ » et utilise la notion psychiatrique d'« éclosion des psychoses ⁸ ». Si l'on peut trouver dans ce texte deux occurrences du verbe déclencher « déclencher dans le psychisme ⁹ » et « elle déclenche chez le sujet ¹⁰ », en revanche il n'y a aucune occurrence du

¹. *Ibid.*, p. 49.

². *Ibid.*, p. 86.

³. *Ibid.*, p. 85.

⁴. Naveau Pierre. « Sur le déclenchement de la psychose », *op. cit.*, p. 80.

⁵. Lacan J. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu* [1838], *op. cit.*, p. 55.

⁶. Par la suite, Lacan reprendra cet adjectif dans la notion de « moment fécond » notamment en 1946 dans son « Propos sur la causalité psychique » où l'on dénombre trois occurrences [p. 169, p. 180, p. 183], et une dans son texte co-signé avec M. Cénac. « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » [1950], in *Écrits*, *op. cit.*, p. 125-149, p. 144, puis dans son séminaire sur les psychoses. L'occurrence présente dans « D'une question préliminaire... » à la page 556 se rapporte aux conditions même de la structure.

⁷. Lacan J. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, *op. cit.* Nous avons repéré deux occurrences, p. 80 et p. 85.

⁸. *Ibid.*, p. 49.

⁹. *Ibid.*, p. 34.

¹⁰. *Ibid.*, p. 45.

syntagme déclenchement de la psychose. Ainsi la conception de la phase féconde du délire prévaut dans l'abord de l'apparition de la psychose déclarée dans *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*. Lacan envisage toujours la psychose sous l'angle de la structure qu'il oppose, par le biais de la structure du délire, au thème du délire.

L'étape de la phase féconde du délire est cruciale dans l'élaboration de la notion de déclenchement car elle situe l'apparition de la psychose déclarée comme résultante d'une rencontre avec un objet assimilable à l'objet paternel non transfiguré du complexe fraternel de la psychose. En effet, la situation provoquant la phase féconde du délire est identique à l'aura de la réalisation oedipienne c'est-à-dire qu'elle implique sa reproduction circonstancielle. La phase féconde du délire est donc en quelque sorte une reproduction de la situation œdipienne dans la mesure où un objet de type paternel surgit dans une relation duelle. Si nous qualifions cet objet 'de type paternel' c'est pour signifier qu'il possède une caractéristique ou point commun avec l'objet paternel tel que conçu par Lacan dans le complexe d'Œdipe. En effet, cet objet de type paternel vient lui aussi rompre une relation duelle assimilable à la relation duelle du complexe d'Œdipe. Par là même, le sujet psychotique se trouve confronté à un objet inconnu, énigmatique pour lui.

L'absence ou la non acquisition d'« une certaine profondeur affective de l'objet » chez le sujet psychotique entraîne une série de phénomènes que Lacan désigne comme « indices d'un investissement trop narcissique à la réalité. ¹ ». En effet, elle « se démontre dans ces vacillements de la réalité qui fécondent le délire : quand l'objet tend à se confondre avec le moi en même temps qu'à se résorber en fantasme, quand il apparaît décomposé selon l'un de ces sentiments qui forment le spectre de l'irréalité, depuis les sentiments d'étrangeté, de déjà vu, en passant par les fausses reconnaissances, les illusions de sosie, les sentiments de devinement, de participation, d'influence, les intuitions de signification, pour aboutir au crépuscule du monde et à cette abolition affective qu'on désigne formellement en allemand comme perte de l'objet. ² » Autrement dit, surgissent tout d'abord des phénomènes élémentaires, Lacan n'utilise pas expressément la notion, avant que ne s'effondre la trame du monde pour le sujet caractérisant l'entrée dans la psychose clinique. Un tel drame surgit dans « le point de rebroussement de la sublimation », Lacan désignant là le moment où le sujet psychotique, faute d'avoir parcouru en son temps tout le procès œdipien jusqu'à sa résolution par l'identification œdipienne, et mis à nouveau dans la situation du drame œdipien déclenche

¹. *Ibid.*, p. 48.

². *Ibid.*, p. 57.

un délire. Le sujet psychotique pâtera dans des situations dont la structure se rapporte à celle de « l'aura de la réalisation oedipienne, à savoir cette érection de l'objet qui se produit, selon notre formule, dans la lumière de l'étonnement ». Il poursuit : « C'est ce moment que reproduit cette phase, que nous tenons pour constante et désignons comme phase féconde du délire : phase où les objets, transformés par une étrangeté ineffable se révèlent comme chocs, énigmes, significations. C'est dans cette reproduction que s'effondre le conformisme, superficiellement assuré, au moyen duquel le sujet masquait jusque là le narcissisme de sa relation à la réalité ¹ ». Se discerne dans le choix des termes opéré par Lacan, le mouvement de transformation de la signification personnelle à la signification énigmatique que nous évoquions précédemment à la suite de F. Sauvagnat. Autrement dit, la phase féconde du délire se produit lorsque le sujet psychotique se trouve pris dans une situation reproduisant dans ses termes structuraux le moment œdipien de transfiguration de l'objet paternel dans la lumière de l'étonnement. Non advenue lors du procès œdipien dans la psychose, la transfiguration de l'objet paternel n'advient jamais. Pire, par son absence irréversible, elle aura les effets les plus catastrophiques pour le sujet.

1-4. *La notion de structure*

On peut dire que le complexe d'Œdipe freudien est venu donner une certaine consistance toute imaginaire en cette année 1938, à la notion de structure chez Lacan qui jusque là était relativement emprunte de théories psychiatriques. Il n'est pas inconsidéré de dire qu'il s'agit là en réalité de la première véritable conceptualisation lacanienne de la notion de structure dans le sens d'une *structure de la personnalité*. Conformément à la version freudienne, elle apparaît régit par les relations entre les trois termes suivants : le père, la mère et l'enfant. La résolution du drame œdipien étant suspendue essentiellement à l'avènement d'une nouvelle fonction liée au père, sa structure en conséquence en est aussi dépendante.

Lacan met l'accent sur la présence d'une opposition structurante dans la réalisation du complexe d'Œdipe dont le rôle majeur est de permettre au sujet d'accéder à une réalité nouvelle. Sa défaillance dans le procès du drame œdipien précipitera en certaines occasions le sujet dans le délire. Précisons cette opposition : le premier moment du triangle oedipien ou « aura de la réalisation oedipienne » consiste justement dans le surgissement de l'objet paternel vécu par l'enfant dans la lumière de l'étonnement. Surgissant comme troisième terme dans la relation duelle mère enfant, l'objet paternel se met alors en opposition avec l'objet maternel

¹. *Ibid.*, p. 79-80.

défini comme « moyen de satisfaction du désir » ou « objet du désir ¹ ». Grâce à sa fonction répressive, l'objet paternel s'oppose, c'est à dire fait obstacle à l'accès de cet objet du désir. Dès lors s'ouvre le second moment celui du dépassement de ce surgissement grâce à la double fonction de répression et d'idéalisation de l'objet paternel. Il s'agit de l'escamotage de l'objet du désir grâce à la transfiguration de l'objet paternel par le truchement de l'identification oedipienne sous la pression du narcissisme de l'enfant. Pour Naveau « le complexe d'Œdipe y est défini par une opposition : l'objet de l'identification [le père] n'est pas l'objet du désir [la mère] ² ».

Si l'on reprend les conditions d'entrée dans la psychose, on constate qu'elle implique la rencontre du sujet avec un objet possédant le caractère de l'objet paternel dans le cadre d'une situation triangulaire où le troisième terme est un objet maternel, soit du désir. Or, la structure même de la psychose étant rapportée à un rapport de deux termes, enfant [narcissisme]-objet maternel la rencontre de cette triangulation offre donc les conditions électives d'une forte perturbation des liens du sujet à la réalité, que Lacan désigne comme phase féconde du délire. Autrement dit, cette phase implique que le sujet soit à nouveau confronté ou mis en situation d'émergence d'un objet affilié à l'objet paternel tel qu'il a émergé lors du début de la réalisation œdipienne pour qu'écluse la psychose. La phase féconde du délire implique donc la circonstance d'une rencontre particulière dont les effets peuvent être rapportés à ses incidences dans la structure du sujet psychotique.

Lacan distingue donc deux structures afférentes à la résolution ou non du drame œdipien. Il y a donc là une séparation radicale et irréversible entre deux modalités relationnelles face au surgissement de l'objet paternel. La psychose est cette structure clinique où le sujet est resté pris dans une relation narcissique à la réalité. Une certaine réalité de l'objet dans la psychose est donc conséquente de cette dualité.

5. La théorie lacanienne de la causalité psychique de la folie, 1946.

La démarche conceptuelle, empruntée par Lacan, à la fin des années 30 aboutira presque une décennie plus tard à la première véritable théorie lacanienne de la psychose telle qu'elle se

¹. *Ibid.*, p. 63.

². *Ibid.*, p. 78.

trouve être formulée en 1946 dans son « Propos sur la causalité psychique ¹ ». L'auteur y donne la formulation la plus concise et la plus précise de sa thèse et parachève ainsi une élaboration menée depuis une dizaine d'années. « La formule générale de la folie » y est définie tant que « stase de l'être dans une identification idéale ² ». De sorte que pour Maleval, cette théorie de la psychose « fondée sur le primat de l'imaginaire ³ » se rapporte à « un engluement au miroir ⁴ » c'est à dire à une « inertie des structures de bases [...] génératrice de foncière méconnaissance ⁵ ». Les concepts majeurs de cette thèse, principalement ceux de structure psychique et d'imaginaire, avaient déjà pris place depuis longtemps dans la sémantique lacanienne si bien que la filiation avec *Les complexes familiaux* s'avère particulièrement évidente et notable si l'on se rappelle la place nodale déjà tenue dans ce texte par ces deux concepts. Toutefois, ce c'est qu'en 1946 que l'innovation lacanienne s'épure en promouvant une corrélation entre la causalité psychique, l'être du sujet et le concept d'imaginaire. Et à Lacan de dire : « pour [...] définir la causalité psychique, je tenterai maintenant d'appréhender le mode de forme et d'action qui fixe les déterminations de ce drame [la psychose], autant qu'il me paraît identifiable scientifiquement au concept de l'*imaginaire* ⁶ ».

Ainsi « l'histoire du sujet se développe en une série plus ou moins typique d'*identifications idéales* qui représentent les plus purs des phénomènes psychiques en ceci qu'ils révèlent essentiellement la fonction de l'*imaginaire*. Et nous ne concevons pas le Moi autrement que comme un système central de ces formations, système qu'il faut comprendre comme celles dans sa structure imaginaire et dans sa valeur libidinale ⁷ ». Il en résulte que la causalité psychique se trouve déterminée par « l'identification, laquelle est un phénomène irréductible, et l'*imaginaire* est cette forme définissable dans le complexe spatio-temporel imaginaire qui a pour fonction de réaliser l'identification résolutive d'une phase psychique, autrement dit une métamorphose des relations de l'individu à son semblable ⁸ ». Partant, un tel processus psychique détermine une aliénation imaginaire du sujet à l'autre ainsi que Lacan le soutient : « le premier effet qui apparaisse de l'*imaginaire* chez l'être humain est un effet d'*aliénation* du sujet. C'est dans l'autre que le sujet s'identifie et même s'éprouve tout d'abord ⁹ ». La psychose se trouve dès lors définie par une perturbation dans ce processus des

¹. Lacan J. « Propos sur la causalité psychique » [1946], *op. cit.*

². *Ibid.*, p. 172.

³. Maleval J.-C. « G.G de Clérambault, loin de l'oubli », *op. cit.*, p. 237.

⁴. Maleval J.-C. « Construction du concept de Forclusion du Nom-du-Père », *op. cit.*, p. 46.

⁵. Maleval J.-C. « G.G de Clérambault, loin de l'oubli », *op. cit.*, p. 237.

⁶. Lacan J. « Propos sur la causalité psychique », *op. cit.*, p. 177. Il n'est pas inutile de rappeler que cette notion provient originellement des travaux de Jung.

⁷. *Ibid.*, p. 178.

⁸. *Ibid.*, p. 188.

⁹. *Ibid.*, p. 181.

identifications si bien que « la causalité de la folie » se trouve corrélée à une « insondable décision de l'être ¹ ». De sorte que « le risque de la folie se mesure à l'attrait même des identifications où l'homme engage à la fois sa vérité et son être. Loin donc que la folie soit le fait contingent des fragilités de son organisme, elle est vraiment la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence. ² ». Si l'on remplace dans ces propos le terme de fragilité par celui de vulnérabilité, l'on saisit alors toute la modernité et la radicale opposition de la conception lacanienne de la psychose à celle d'une hypothétique vulnérabilité telle qu'elle a pris place dans le modèle neuroscientifique de stress-vulnérabilité.

Dans la perspective lacanienne, l'entrée dans la psychose est appréhendée par la notion de « moments féconds du délire ³ » dont la structure fondamentale est celle de la « connaissance paranoïaque ⁴ » telle qu'elle « s'illustre dans le *transitivisme* de la captation spéculaire ⁵ ». Celle-ci est fondamentalement imaginaire, c'est à dire résulte du lien d'identification à l'autre, où l'autre c'est moi, si bien qu'il devient impossible au sujet délirant de se départir de l'autre et de reconnaître ce qui lui appartient : l'imaginaire prévaut dans son rapport au monde et aux autres. Dans ce sens, si chacun s'accorde à reconnaître que le fou est fou en ce qu'il « ne reconnaît pas ses propres productions comme étant siennes ⁶ » il est un fait plus décisif, « c'est que tous, quels qu'ils soient, hallucinations, interprétations, intuitions, et avec quelques extranéités et étrangeté qu'ils soient par lui vécus, ces phénomènes le visent personnellement : ils le dédoublent, lui répondent, lui font écho, lisent en lui, comme il les identifie, les interroge, les provoque et les déchiffre. Et quand tout moyen de les exprimer vient à lui manquer sa perplexité nous manifeste encore en lui une béance interrogative : c'est-à-dire- que la folie est vécu toute dans le registre du sens ⁷ ». Là encore, et cette fois-ci explicitement, le ressort de tous ces phénomènes élémentaires est la signification personnelle qu'ils induisent. Ils dévoilent les rapports du sujet à l'imaginaire, sa foncière fixation à la connaissance paranoïaque ou « engluement au miroir ⁸ » dira Maleval.

¹. *Ibid.*, p. 177.

². *Ibid.*, p. 176.

³. *Ibid.*, p. 180.

⁴. *Idem.*

⁵. Kerhoas M. « Position du *moment fécond* dans la théorie de Jacques Lacan », in *L'Évolution psychiatrique*, 69, 2004, p. 343-351, p. 345.

⁶. Lacan J. « Propos sur la causalité psychique », *op. cit.*, p. 165.

⁷. *Ibid.*, p. 165-166.

⁸. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père.*, *op. cit.*, p. 28.

Ainsi, Lacan propose une approche psychanalytique, une analyse structurale, de faits psychopathologiques repérés depuis longtemps par les psychiatres, en introduisant une clinique des perturbations des structures de l'imaginaire et notamment celle du temps et de l'espace. Il en atteste la prévalence lors de l'entrée dans la psychose en se remémorant certaines de ses difficultés dans son appréhension de la clinique du cas *Aimée* : « Je m'apercevais-je, dis-je, dans l'observation même de ma malade [*Aimée*] qu'il est impossible de situer exactement par l'anamnèse la date et le lieu géographique de certaines intuitions, d'objectivations imaginaires qui ne pouvaient être rapportées qu'au moment fécond du délire pris dans son ensemble ¹».

Néanmoins, si ce texte possède une valeur conclusive, parachevant ainsi une première étape, elle recèle également les germes de la seconde, Lacan y manifestant déjà un certain intérêt pour le langage et ses rapports à la folie, notamment par le problème du sens et de l'énigme. Il ne serait pas abusif de caractériser ces deux portées, conclusive et introductive, par les concepts centraux d'Imago et de Signifiant, respectivement de la première et de la deuxième théorie lacanienne de la psychose que nous allons désormais nous examiner.

II-2. Déclenchement et seconde théorisation de la psychose [1946-1958]

Début 1958, Lacan publie un article capital, « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ² » où il articule de façon aussi serrée et précise que possible sa seconde théorie de la psychose conçue alors comme une structure expressément déterminée par la forclusion du signifiant du Nom-du-Père. Il y a tout lieu de considérer cet événement éditorial comme l'aboutissement de la construction de cette seconde théorie, et partant, du concept de déclenchement de la psychose dans sa définition classique ou de « type standard ³ », selon l'expression de Serge Cottet. Résolument pensé comme déclenchement de la structure, il est alors caractéristique de l'expérience lacanienne de la folie des années 50 que J.-C Maleval rapporte très justement « à l'intrusion psychologique du signifiant ⁴ ». De sorte que ce concept s'avère déterminé par une *logique signifiante*, nécessitant d'une part une structure psychotique référée au mécanisme de la forclusion du Nom-du-Père et d'autre part une conjoncture

¹. *Ibid.*, p. 183.

². Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*

³. Cottet Serge. « L'hypothèse continuiste dans les psychoses », in *L'Essai*, revue du département de psychanalyse de l'université Paris-VIII, 2, 1999, p. 9-16, p. 14.

⁴. Maleval J.-C. « Construction et évolution du concept de Forclusion du Nom-du-Père », *op. cit.*, p. 46.

dramatique formalisée dans la théorie du Un-père. Tout deux ne furent jamais aussi explicitement définis dans le cadre du « premier classicisme lacanien ¹ » qu'en cette fin des années 50.

Afin de saisir le procès de la construction de ce mécanisme psychique, ou opération symbolique, et ses implications subjectives et cliniques, nous examinerons en premier lieu l'élaboration lacanienne du concept de structure. Pour ce faire, nous nous intéresserons à l'enseignement du linguiste genevois Ferdinand de Saussure dont l'on sait la place décisive dans la naissance de la linguistique moderne, celle-ci ayant montré que le langage a des propriétés de structure². Au reste, l'influence du fondateur de la psychanalyse ne saurait être négligée, sa formalisation des lois, ou processus primaires, régissant l'inconscient est à cet égard exemplaire. Nous centrerons notre investigation notamment sur le célèbre jeu du Fort/Da auquel Lacan prêta quelques décennies plus tard une attention toute particulière. Apparaîtra alors que si la notion lacanienne de signifiant en ces années 50, dérive notamment des connexions opérées par Lacan lui-même entre les doctrines de Freud et de Saussure, selon le linguiste Michel Arrivé, elle est au demeurant en partie inédite car indissociable d'une théorie du sujet.

En second lieu, notre examen se concentrera sur l'investigation lacanienne de la clinique schréberienne de l'entrée dans la psychose à laquelle il s'est livrée, à la suite de Freud. Nous verrons l'effort entrepris par Lacan pour dégager les conditions d'entrée dans la psychose du Président Schreber et donner les termes structuraux du procès d'une telle clinique en se référant aux notions cardinales de *prépsychose* et de *phénomène élémentaire*. Toutefois, le concept de déclenchement de la psychose ne trouvera son véritablement parachèvement qu'en 1958, après que Lacan ait donné ses propriétés définitives au concept de forclusion du Nom-du-Père. Nous en examinerons alors les incidences sur le concept de déclenchement de la psychose et les conditions électives de son procès, ramassées dans la théorie du Un-père. Il apparaîtra qu'un tel fait de structure nécessitera les implications des trois registres du symbolique, de l'imaginaire et du réel fortement corrélées de sorte qu'une temporalité logique renouvelée puisse être dégagée.

¹. Milner J-C. *Le périple structural. Figures et paradigme*, op. cit., p. 148.

². *Ibid.*, p. 142.

1. Le concept lacanien de structure dans les années cinquante

Sans conteste, la construction dans les années 50, du concept lacanien de déclenchement de la psychose fut subordonnée à la construction d'autres concepts, et principalement celui de structure dont les fondements définitionnels sont assignables, si l'on en croit Michel Arrivé¹, à deux sources conceptuelles. D'une part à l'enseignement du linguiste suisse Ferdinand de Saussure et au Cercle de Prague, lieu d'émergence originel de cette notion dans sa version linguistique. Il n'est pas inutile de préciser qu'œuvrait alors dans ce Cercle un certain Roman Jakobson, linguiste russe immigré à Prague dont l'on sait l'importance que ses développements prirent dans l'enseignement lacanien. Et d'autre part, assignable à Freud lui-même dans la mesure où il promut un inconscient régit par des lois opérant sur des représentants de représentations. La version lacanienne du concept de structure se situe donc à la confluence des recherches phonologique, linguistique sur la langue et le langage et de la version freudienne sur l'inconscient et ses formations auxquelles il conviendrait d'ajouter celles de Hegel et du groupe Bourbaki. Partant, le concept de structure devient dans l'enseignement de Lacan, le « logion lacanien de la structure² », selon le mot de J.-C. Milner, sous les espèces de l'axiome de 1957 : *l'inconscient est structuré comme un langage*³, soit le discours de l'Autre. Dans ce sens, le concept lacanien de structure se trouve supporté par une épistémè « hyperstructuraliste ⁴ ». Nous examinerons les propriétés de cette structure en ce qu'elle se rapporte foncièrement au concept de signifiant et de chaîne afin de mettre en évidence que les deux étymons épistémologiques du signifiant lacanien sont d'une part un caractère différentiel et oppositionnel provenant de l'enseignement du linguiste genevois Ferdinand de Saussure⁵ et d'autre part une matérialité native de Freud.

1-1. *Le signifiant saussurien et la chaîne de la parole*

Dans le cadre moderne du structuralisme, le cours de Ferdinand de Saussure, publié à titre posthume par deux de ses élèves Charles Bailly et Albert Séchelaye⁶, est la référence

¹. Arrivé Michel. *Langage et psychanalyse. Linguistique et inconscient. Freud, Saussure, Pichon, Lacan* [1994] Limoges, Ed Lambert-Lucas, 2005.

². Milner J.-C. « De la linguistique à la linguisterie », in *La Cause freudienne, op. cit.*, p. 93.

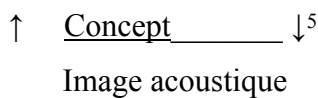
³. Notamment in Lacan J. *Le séminaire V. Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, 1998, p. 64.

⁴. Milner J.-C. *Le périple structural, figures et paradigme, op. cit.*, p. 145.

⁵. Arrivé M. *Langage et psychanalyse. Linguistique et inconscient. Freud, Saussure, Pichon, Lacan, op. cit.*

⁶. Saussure Ferdinand (de). *Cours de linguistique générale* [1916], Paris, Payot, 1972. L'ouvrage a été constitué à partir à la fois des cours données par Saussure entre 1907 et 1911, et des notes personnelles de Saussure et des auditeurs.

matricielle implicite ou explicite de nombreux travaux : « Saussure fait donc figure de père fondateur, même si en bien des recherches, la connaissance de son œuvre est médiatisée par tel ou tel. ¹» reconnaît l'historien François Dosse. De sorte que le *Cours de linguistique générale* [CLG] fut considéré comme le « moment fondateur » par toute une génération à laquelle appartenait Lacan. La coupure épistémologique saussurienne repose à la fois sur une définition novatrice du signe linguistique en tant que lien arbitraire du concept [ou signifié] et de l'image acoustique [ou signifiant] et sur une conception de la langue appréhendée comme un système de valeurs « le signifiant n'étant jamais solitaire, comme l'a montré Saussure ²». Dans ce sens, il poursuit : « Dans la langue, affirme Saussure, il n'y a que des différences [...]. La preuve en est que la valeur d'un terme peut être modifiée sans qu'on touche ni à son sens ni à ses sons, mais simplement par le fait que tel autre terme voisin aura subi une modification ³». De sorte que n'importe quel signe d'un syntagme n'a de valeur qu'en opposition à un autre. Aussi, le signe saussurien dont le modèle « se disjoint de toute théorie de la représentation ⁴» est indissociable du système des signes. « Le signe linguistique : est donc une entité psychique à deux faces, qui peut être représentée par la figure :



Si l'on se centre sur le signifiant saussurien, il est défini à partir des deux principes suivants : l'arbitraire du signe [qui a un caractère de postulat pour M. Arrivé⁶] et le caractère linéaire du signifiant. En outre, le signifiant se distingue par sa valeur différentielle dans la mesure où sa caractéristique essentielle est de n'exister que dans une relation d'opposition à un autre signifiant : son fonctionnement requiert ainsi au moins deux signifiants. De sorte que « [...] les signifiants acoustiques ne disposent que de la ligne du temps ; leurs éléments se présentent l'un après l'autre ; ils forment une chaîne. Ce caractère apparaît immédiatement dès qu'on les représente par l'écriture et qu'on substitue la ligne spatiale des signes graphiques la

¹. Dosse François. *Histoire du structuralisme, I. Le champ du signe 1945-1966*, Paris, La Découverte, 1991. Repris : Librairie générale du livre, 2002, p. 65.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 60.

³. Saussure F (de). *Cours de linguistique générale*, op. cit., p. 166.

⁴. Milner J.-C. *Le périple structural. Figures et paradigme*, op. cit., p. 28.

⁵. Arrivé M. *Langage et psychanalyse. Linguistique et inconscient. Freud, Saussure, Pichon, Lacan*, op. cit., p.43. L'auteur précise, dans la note 9, que « dans les schémas notés par les auditeurs les deux flèches de sens opposé qui encadrent l'ellipse du signe sont absentes (Engler, p. 149-150) : ce sont les éditeurs qui les ont ajoutées. Lacan qui, de son côté, les effacera dans la mise en place de son algorithme ne savait sans doute pas que, sur ce détail, il rencontrait l'enseignement originel de Saussure. »

⁶. *Ibid.*, p. 50.

succession dans le temps ¹». Autrement dit, cette chaîne de signifiants acoustiques est ordonnée par une succession temporelle : « Mais il y a ici un caractère capital de la matière phonique, non mis suffisamment en relief : c'est de se présenter à nous comme une chaîne acoustique, qui est de n'avoir qu'une dimension. On pourrait dire que c'est un caractère linéaire : la chaîne de la parole, forcément, se présente à nous comme une ligne... ²»

La linéarité de la chaîne de la parole provient de la propriété matérielle du signifiant acoustique ainsi que le souligne Michel Arrivé : « C'est la chaîne de la parole qui est affectée par la linéarité, et il indique clairement que cet assujettissement au temps lui vient du caractère matériel des éléments phoniques qui la constituent ³».

1-2. Freud : le jeu du Fort/Da

L'apport freudien dans l'élaboration lacanienne des concepts de structure et de signifiant ne doit nullement être négligé, Freud ayant introduit les enjeux subjectifs pour l'enfant du premier procès de représentation de l'absence de la mère. Il a été sensibilisé à ce procès en observant son petit fils, Ernst, qui avait l'habitude de jeter au loin ses jouets en émettant avec satisfaction un o-o-o-o qui signifiait « parti ⁴». « Un jour, raconte Freud, je fis une observation qui confirma ma façon de voir. L'enfant avait une bobine en bois avec une ficelle attachée autour. Il ne lui venait jamais, par exemple, l'idée de la traîner par terre derrière lui pour jouer à la voiture ; mais il jetait avec une grande adresse la bobine, que retenait la ficelle, par-dessus le rebord de son lit à rideaux où elle disparaissait, tandis qu'il prononçait son o-o-o-o riche de sens, il retirait ensuite la bobine hors du lit en tirant la ficelle et saluait alors sa réapparition par un joyeux 'voilà'. Tel était donc le jeu complet : disparition et retour ; on n'en voyait en général que le premier acte qui était inlassablement répété pour lui seul comme jeu, bien qu'il ne fût pas douteux que le plus grand plaisir s'attachât au deuxième acte. ⁵»

Freud hésitant sur les enjeux d'un tel jeu estime tout de même qu'une certaine abréaction des affects est à la source de ces répétitions. L'enfant maîtriserait son angoisse et sa haine envers sa mère absente, y trouvant même une certaine satisfaction. L'enfant réussit donc grâce à la dimension symbolique de ce jeu à se représenter l'absence/présence de sa mère, et ce faisant, entrant dans le monde du signifiant. Aussi, réside en ce jeu, un procès de symbolisation

¹. *Ibid.*, p. 52. Saussure (p. 103) cité par M. Arrivé.

². *Ibid.*, p. 53. Propos attribués à F. de Saussure et rapportés par Godel et Engher. Cité par M. Arrivé.

³. *Idem.*

⁴. Freud S. « Au-delà du principe de plaisir » [1920], in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 52.

⁵. *Ibid.*, p. 52-53.

pouvant se laisser appréhender par l’assertion « le symbole se manifeste d’abord comme meurtre de la chose ¹ ». Il est à cet égard de la première importance de souligner que l’enfant met justement en opposition deux termes Fort/Da.

1-3. *Les deux propriétés du signifiant lacanien*

1-3.1. L’algorithme lacanien du signifiant

Après avoir abordé, le signe saussurien et le fonctionnement en chaîne du signifiant acoustique, venons-en à la première propriété illustrée dans l’algorithme lacanien du signifiant S/s, à lire Signifiant sur signifié². Il ne s’agit pas à proprement parler d’une reprise à l’identique du signe linguistique défini par Saussure mais plutôt d’un développement de sa réévaluation par Claude Lévi-Strauss au début des années 50 notamment dans son *Introduction à l’œuvre de Marcel Mauss*. La publication de sa thèse, *Les structures élémentaires de la parenté*³, en 1949, fût déterminante dans la mise en activité du paradigme structural. Elle produisit une véritable révolution épistémologique bien au-delà du cercle restreint de l’anthropologie française. Lévi-Strauss y manifesta sa sensibilité au modèle de formalisation mathématique du groupe Bourbaki. Toutefois, les liens de filiation de Lévi-Strauss sont pluriels : Auguste Comte, Emile Durkheim, Franz Boas⁴, Marcel Mauss, Karl Marx. Par cette liste on saisit l’empreinte fortement positiviste de sa démarche et de son projet. L’année suivante, Lévi-Strauss énonce dans son *Introduction à l’œuvre de Marcel Mauss*, l’axiome structuraliste : « Comme le langage, le social est une réalité autonome [la même d’ailleurs] ; les symboles sont plus réels que ce qu’ils symbolisent, le signifiant précède et détermine le signifié ⁵ ». En effet, cette assertion, le code ou signifiant détermine le message ou signifié, prendra valeur d’axiomatique structuraliste en étant reprise par d’autres chercheurs dont Jacques Lacan.

Par ailleurs, si Lacan n’a pas foncièrement faux en localisant les sources du signe saussurien chez les stoïciens et Saint-Augustin, cette source devrait être relativisée selon Arrivé. En effet, dans son article « L’instance de la lettre dans l’inconscient ou la raison depuis

¹. Lacan J. « Fonction et champ de la parole et du langage » [1953], in *Écrits, op. cit.*, p. 237-322, p. 319.

². Cet algorithme, Lacan le livrera en 1957, sous la forme S/s à lire signifiant sur signifié. In « L’instance de la lettre dans l’inconscient ou la raison depuis Freud » [1957] in *Écrits, op. cit.*, p. 497.

³. Lévi-Strauss Claude. *Les Structures élémentaires de la parenté*, [1949], Paris, La Haye, 1967.

⁴. Qui assista à certaines des conférences américaines de Freud en 1909.

⁵. Lévi-Strauss C. *Introduction à l’œuvre de Marcel Mauss*, [1950] in Mauss Marcel. *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1989, p. 32. Cité par F. Dosse in *Histoire du structuralisme, op. cit.*, p. 49.

Freud » écrit courant 1957, Lacan modifie l'algorithme du signe saussurien en inversant d'une part la position de chacun de deux éléments signifiant et signifié et d'autre part en substituant la ligne saussurienne par une barre à laquelle sera primitivement référée la notion de *coupure*. Ainsi, le signifié pourtant coupé du signifiant se trouve néanmoins subordonné à lui. Il s'agit là d'une caractéristique propre à ce qu'il est convenu d'appeler dès lors l'algorithme lacanien du signifiant comme le souligne Arrivé¹. Il nourrit un certain paradoxe provenant de la co-présence à la fois du « glissement incessant du signifié sous le signifiant ²» à entendre sous la barre du signifiant et de points de capitons ou justement sont accrochés signifiant et signifié : « Le point autour de quoi doit s'exercer toute analyse concrète du discours, je l'appellerai un point de capiton. [...] c'est là le point où viennent se nouer le signifié et le signifiant, entre la masse toujours flottante des significations... ³». Le signifiant et le signifié lacaniens sont hiérarchisés et relativement autonomes alors qu'ils ne l'étaient pas chez Saussure selon Arrivé⁴. Toutefois, les points d'accroche limitent cette autonomie conférant ainsi une certaine stabilité à la structure. Dans ce sens, Lacan posa dans son séminaire sur les psychoses, la question du nombre minimal de point d'accroche entre S et s pour que se maintienne un équilibre dans la structure. En effet, au cours de l'année d'enseignement 1955-1956, Lacan est amené à s'interroger sur le nombre minimal de points de capiton nécessaires entre signifiant et signifié : « Je n'en sais pas le compte, mais il n'est pas impensable qu'on arrive à déterminer le nombre minimum de point d'attaches fondamentaux entre le signifiant et le signifié nécessaires à ce qu'un être humain soit normal et qui, lorsqu'ils ne sont pas établis, ou qu'ils lâchent, font le psychotique ⁵». Il appert que le déclenchement s'appréhende comme rupture irréversible des points d'attaches fondamentaux de la chaîne signifiante. De la sorte, Lacan se demande : « Pourquoi ne pas concevoir qu'au moment précis où sautent, où se révèlent déficients les accrochages de ce que Saussure appelle la masse amorphe du signifiant avec la masse amorphe des significations et des intérêts, le courant continu du signifiant reprend alors son indépendance ? Et alors dans ce bourdonnement que si souvent vous dépeignent les hallucinés en cette occasion, dans ce murmure continu de ces phrases, de ces commentaires, qui ne sont rien d'autres que l'infinité de ces petits chemins, les signifiants se mettent à parler, à chanter tout seuls ⁶». Quel est ce nombre minimal de points d'attaches fondamentaux pour qu'un sujet soit normal ? Lacan n'apporta pas de réponse précise dans la mesure où il fut conduit à poser

¹. Arrivé M. *Langage et psychanalyse. Linguistique et inconscient, op. cit.*, p. 89.

². Lacan J. « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud », *op. cit.*, p. 502-503.

³. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses, op. cit.*, p. 302.

⁴. Arrivé M. *Langage et psychanalyse, op. cit.*, p. 65.

⁵. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses, op. cit.*, p. 304.

⁶. *Ibid.*, p. 330-331.

autrement le problème. A quelles occasions se révèle la situation psychotique de ces points d'attaches ? Nous reviendrons sur ce point capital ultérieurement.

1-3.2. Première approche de la structure lacanienne : une chaîne signifiante subjective

Bien que Saussure parlait volontiers de système à propos de la langue, et peu ou prou de structure, le choix sémantique de Lacan porta délibérément sur celle-ci alors très à la mode dans le lexique psychiatrique des années 20-30¹ et dont le texte freudien comportait quelques occurrences, du moins dans sa traduction française comme nous l'avons précédemment vu. De sorte qu'il définit l'inconscient à partir de deux « conditions de structure² » relatives aux deux propriétés du signifiant, la « seconde propriété du signifiant [étant] de se composer selon les lois d'un ordre fermé³ ». Il en donne d'ailleurs une représentation topologique sous forme de chaîne signifiante « anneaux dont le collier se scelle dans l'anneau d'un autre collier fait d'anneaux⁴ ». Cette notion de chaîne signifiante illustre un des deux principes régissant la structure de l'Autre, celui-ci étant défini, au cours de la leçon du 8 janvier 1958 du séminaire sur les formations de l'inconscient comme le « trésor des signifiants, comme siège du code⁵ ». Ainsi dans le repérage des sources théoriques de l'approche lacanienne de la structure, il est de toute première importance de prendre en considération les implications de l'appareil théorique saussurien, implications qui reposent principalement sur « l'origine saussurienne du concept lacanien de signifiant⁶ » et par là même sur la notion de chaîne. On peut en effet considérer que la notion lacanienne de chaîne signifiante est native pour partie de l'enseignement saussurien dans la mesure où l'ascendance de la chaîne saussurienne de la parole ou des signifiants acoustiques sur la chaîne signifiante lacanienne s'avère patente. Ainsi que nous venons de le voir, le signifiant lacanien possède la propriété de n'être jamais seul, mais en chaîne de sorte que pour Milner : « il n'y a de chaîne que signifiante, et tout signifiant est en chaîne..⁷ ». Cela repose sur la propriété minimale de la linéarité du signifiant : c'est elle qui conditionne la notion de chaîne.

Assurément, la théorie lacanienne du signifiant est impensable sans une théorie du sujet, tout d'abord « effet de signifié » puis *sujet du signifiant*. A la fin des années 50, l'apport de la

¹. Garrabé J. « De l'emploi du mot 'structure' en psychiatrie », *op. cit.*, p. 504.

². Lacan J. « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud », *op. cit.*, p. 502.

³. *Ibid.*, p. 501.

⁴. *Ibid.*, p. 502.

⁵. Lacan J. *Le Séminaire V. Les formations de l'inconscient*, *op. cit.*, p. 148.

⁶. Arrivé M. *Langage et psychanalyse. Linguistique et inconscient*, *op. cit.*, p. 80.

⁷. Milner J.-C. *Le périple structural. Figures et paradigme*, *op. cit.*, p. 159.

linguistique structurale conjoint à ceux de l'anthropologie et de l'œuvre freudienne ont permis à Lacan de formuler la thèse inédite suivante : « la condition du sujet S [névrose ou psychose] dépend de ce qui se déroule en l'Autre A. Ce qui s'y déroule est articulé comme un discours [l'inconscient est le discours de l'Autre], dont Freud a cherché d'abord à définir la syntaxe pour les morceaux qui dans des moments privilégiés, rêves, lapsus, traits d'esprits, nous en parviennent. ¹». Par le choix même de ses termes, en l'occurrence celui d'Autre pour définir l'inconscient, Lacan montrait une attention toute particulière à poursuivre l'œuvre freudienne, le père fondateur ayant « nommé le lieu de l'inconscient d'un terme qui l'avait frappé dans Fechner [lequel n'est pas du tout en son expérimentalisme le réaliste que nous suggèrent nos manuels] : *ein anderer Schauplatz*, une autre scène ²»

Selon Lacan, les lois régissant le discours de l'Autre dérivent de la *symbolisation primordiale* telle qu'épinglée par Freud dans le jeu du Fort/Da : « la conception de la chaîne signifiante, en tant qu'une fois inaugurée par la symbolisation primordiale [que le jeu : Fort ! Da !, mis en lumière par Freud à l'origine de l'automatisme de répétition, rend manifeste], cette chaîne se développe selon des liaisons logiques dont la prise sur ce qui est à signifier, à savoir l'être de l'étant, s'exerce par les effets de signifiants, décrits par nous comme métaphore et comme métonymie. ³». Cette symbolisation primordiale apparaît comme la source logique à partir de laquelle la chaîne signifiante va pouvoir se développer selon les deux opérations signifiantes : « Si le nom du système quelconque est celui de structure, le nom du système ramené à ses propriétés minimales est celui de chaîne ⁴». Ainsi, on peut penser que les propriétés minimales de la structure de l'inconscient ou discours de l'Autre se rapportent à la métaphore et la métonymie qui sont les propriétés minimales et définitoires du signifiant. Lacan ayant réduit les deux dimensions de la structure linguistique, syntagmatique et paradigmatique, à une seule, la structure devient dès lors, chaîne où prévaut la dimension syntagmatique équivalente à la linéarité du signifiant⁵. Donc, la chaîne qui est unidimensionnelle, contrairement à la structure bidimensionnelle, est dite « structure minimale ⁶». Ce que confirme Milner lorsqu'il écrit qu'« une théorie générale de la chaîne est

¹. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 549.

². *Ibid.*, p. 548.

³. *Ibid.*, p. 575.

⁴. Milner J.-C. *Le périple structural. Figures et paradigme*, *op. cit.*, p. 143.

⁵. Lacan modifiera sa position en accordant la priorité à la synchronie lors d'un Congrès tenu à Royaumont en 1960 : « le signifiant ne se constitue que d'un rassemblement synchronique et [...] ne se soutient que du principe de son opposition aux autres ». In « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien » [1960], in *Écrits*, *op. cit.*, p. 793-827, p. 806.

⁶. Milner J.-C. *Le périple structural. Figures et paradigme*, *op. cit.*, p. 159.

une théorie de la métaphore et de la métonymie ¹», les deux opérations pouvant intervenir dans le cours d'une chaîne signifiante. Il ne faut pas négliger non plus qu'en ces « années cinquante, l'Autre lacanien, héritier d'un pôle de la dialectique hégélienne ²» est le lieu de la vérité du sujet et de la parole.

On a là un nouage notionnel où sont reliées entre elles les notions de structure, ou plutôt de chaîne signifiante, et d'être de l'étant équivalent alors au sujet. Il ne semble pas abusif d'inférer des propos de Lacan que l'être de l'étant, entendu comme sujet, est un sujet enchaîné au sens de sujet aliéné au signifiant de sorte qu'il semble possible de mettre en perspective l'enchaînement signifiant et l'aliénation signifiante. L'on sait le destin de la notion d'aliénation signifiante que Lacan corrélera à la notion de séparation résultant d'une première approche de l'objet *a* dans le séminaire les *Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*³ et dans « Position de l'inconscient ⁴»

1-4. Du Fort/Da à la métaphore du Nom-du-Père

L'orientation structuraliste prise par Lacan au tournant des années 50 fut décisive dans son élaboration, à la fin de cette décennie, d'un mécanisme psychique spécifique de la psychose, la forclusion du Nom-du-Père, et partant de son déclenchement. Avant de les examiner, nous souhaitons poursuivre notre analyse des conditions de la structure telle que déterminée par la métaphore paternelle dont l'un des termes majeurs est précisément le signifiant du Nom-du-Père dont la première figuration sous les espèces du « nom du père ⁵» fut introduite en 1953. Voici l'écriture de la métaphore paternelle telle que formalisée en 1957⁶ :

<u>Nom-du-Père</u>	. <u>Désir de la Mère</u>	→	Nom-du-Père	<u>A</u>
Désir de la Mère	Signifié au sujet			Phallus

¹. *Ibid.*, p. 145.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*, p. 91.

³. Lacan J. *Le séminaire XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973.

⁴. Lacan J. « Position de l'inconscient » [1964], in *Écrits*, *op. cit.*, p. 829-850.

⁵. Lacan J. « Fonction et champ ... », *op. cit.*, p. 278. Lacan conférait déjà au nom du père une fonction symbolique : « C'est dans le nom du père qu'il faut nous reconnaître le support de la fonction symbolique qui, depuis l'orée des temps historiques, identifie sa personne à la figure de la loi. »

⁶. Lacan J. « D'une question préliminaire... », *op. cit.*, p. 557.

Il apparaît en premier lieu que l'opération signifiante de la métaphore du Nom-du-Père implique une première symbolisation, celle de l'absence de la mère : « soit la métaphore qui substitue ce nom à la place premièrement symbolisée par l'opération de l'absence de la mère. ¹» Il ne nous semble pas erroné d'évoquer le jeu du Fort/Da à propos de cette première symbolisation de l'absence de la mère.

Il appert en second lieu que le ressort de cette opération signifiante repose sur une métaphorisation du Désir de la Mère grâce au signifiant du Nom-du-Père. Conformément au mécanisme de la figure de la métaphore, une signification nouvelle est produite, en l'espèce, la signification phallique venant lestée la chaîne signifiante d'un poids sexuel : « La métaphore paternelle est posée comme ce qui permet à l'être de l'étant, qui est à signifier, de s'inscrire dans le signifié phallique. Par l'effet métaphorique, le « x » qui se trouve écrit dans la partie gauche de la métaphore paternelle comme signifié du désir de la mère, (DM), ce « x » qui marque aussi bien la place première où le sujet est appelé, en tant qu'il est d'abord produit comme objet, enfant désiré, ce « x » donc vient à se spécifier comme signification phallique.²» En outre, cette nomination paternelle « donne en même temps à l'enfant une signification de son existence [...] Le Nom-du-Père est ainsi ce qui lui donne un nom de la signification qu'il est pour l'Autre. ³»

La seconde production, si l'on peut dire, se rapporte au grand Autre, lieu du signifiant. Introduit en 1955, le concept de grand Autre trouve en ses développements de 1957 les éléments fondant sa condition c'est à dire sa structure. Celle-ci résulte d'une articulation symbolique définitoire de l'inconscient lacanien à cette date : « la condition du sujet S [névrose ou psychose] dépend de ce qui se déroule en l'Autre A. Ce qui s'y déroule est articulé comme un discours [l'inconscient est le discours de l'Autre] ⁴». Une telle définition implique que la structure de l'Autre est celle de son discours référée à la logique du signifiant ordonnée par le signifiant du Nom-du-Père. Dans « D'une question préliminaire... », le Nom-du-Père est ce « signifiant qui dans l'Autre, en tant que lieu du signifiant, est le signifiant de l'Autre en tant que lieu de la loi ⁵ » c'est à dire qu'il « faut admettre que le Nom-du-Père redouble à la place de l'Autre le signifiant lui-même du ternaire symbolique, en tant qu'il constitue la loi du

¹. *Idem*.

². Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 2002, p. 13.

³. Stevens A. « Nerval et le déclenchement », in *La Lettre mensuelle*, n° 166, 10/1997, p. 4-6, p. 6.

⁴. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 549.

⁵. *Ibid.*, p. 583.

signifiant. ¹» Aussi, « dans cette perspective l'ensemble formé par le champ du signifiant apparaît auto-inclusif : l'Autre du langage comporte en lui-même l'Autre de la loi représenté par le Nom-du-Père. La structure se recouvre et se renferme sur elle-même. ²» Toutefois, constatons également à la suite de Maleval, que synchroniquement Lacan a l'intuition d'installer le Nom-du-Père « à l'extérieur du champ de l'Autre ³» consécutivement à la métaphore paternelle et telle que son écriture le laisse apparaître.

Alors que Lacan rapportait dans son séminaire sur les psychoses, la psychose clinique à une prédisposition ou condition préexistante, « pour être fou, il y faut quelque prédisposition, sinon quelque condition ⁴», le choix de Lacan porta sur la notion de condition, celle de prédisposition étant sans doute trop médicalement connotée. Ce qui s'accorde avec le constat que d'une façon générale le terme de prédisposition n'appartient nullement à la sémantique lacanienne, se différenciant par là de Freud. L'on conçoit aisément une telle réalité terminologique, dès lors que l'on éclaire un tel choix par les propriétés structurales de la psychose.

En définitive, on peut rapporter la métaphore paternelle à « une formalisation du complexe d'Œdipe fondée sur le principe d'une réduction de celui-ci à un processus métaphorique. Le père et la mère n'y interviennent qu'en tant que signifiants. Le produit de l'opération est triple : le Nom-du-Père se trouve inscrit, de sorte que la mère devient interdite, prend la place de l'Autre, et tombe dans l'oubli, tandis que le phallus est donné comme signifié au sujet. ⁵». Les implications structurales d'une telle opération se rapportent à un certain découpage de la réalité en ce sens que le sujet y trouve un certain soutien dans la réalité. Ce qui trouvera sa formalisation quelques temps plus tard dans la structure et la fonction du fantasme, dont le mathème s'écrit $\$ \diamond a$, tel que Lacan l'indique dans une note de juillet 1966⁶. Mais en 1957, à ce moment là de son enseignement Lacan propose, dans un approfondissement du schéma L, un second schéma dit schéma R, de la réalité psychique du sujet⁷.

Sans prétendre élucider ici même les enjeux et avancées conceptuelles un tel schéma, il convient tout de même de remarquer qu'il donne les termes de la réalité psychique du sujet où les trois registres du symbolique, de l'imaginaire et du réel trouvent leur place. D. Vergetis

¹. *Ibid.*, p. 578.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*, *op. cit.*, p. 92.

³. *Ibid.*, p. 93.

⁴. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 23.

⁵. *Ibid.*, p. 90.

⁶. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 554.

⁷. *Ibid.*, p. 553.

considère quant à lui que « la finalité à quoi obéit la mise en place du schéma R consiste [...] à promouvoir une nouvelle alliance entre la deuxième topique freudienne et la deuxième problématique lacanienne de la psychose ¹» arguant de la présence des notions de moi [idéal], de réalité et de surmoi. S'il reprend la structure du schéma L, ce schéma R, fort de ces nouveautés conceptuelles, permet d'insérer dans la structure du sujet, « le signifiant du phallus ²» en tant que refoulé originaire dès lors radicalement séparé du second sens de la *Verwerfung* ce qui n'a pas toujours été : « En 1955, dans son enseignement, se distinguent et se confondent à la fois, d'une part une *Verwerfung* structurante, originaire, normative, et d'autre part, une *Verwerfung* pathologique, exceptionnelle, psychotique. Peu à peu cependant l'ambiguïté va se lever. La dissociation de ces deux concepts va être l'objet d'une conquête progressive menée tout au long du séminaire de 1955-1956 pour aboutir en 1958 à rapporter l'un d'entre eux au Nom-du-Père. ³»

Ainsi, la structure névrotique se spécifie d'être déterminée par la métaphore paternelle dont l'un des effets directs est d'engendrer le refoulement, la perte dans l'inconscient d'un signifiant particulier ayant la charge de représenté l'objet perdu, l'objet freudien. Ce refoulement conçu comme originaire Freud le nomma *Verdrängung*.

L'opposition symbolique entre le sujet et le signifiant du Nom-du-Père, alors inclus dans l'Autre, est conçue par Lacan comme support pour le sujet de la chaîne signifiante. Le sujet est porté par cette armature symbolique dont il est pourtant le déchet. Il ne s'agit alors plus d'une intersubjectivité dans le schéma R : « les déterminations que l'intersubjectivité de la parole répartissait, entre les partenaires intéressés dans le procès de la communication, avec un certain souci d'équilibre, se trouvent unilatéralement localisées au lieu de l'Autre. Si la parole comporte adresse, l'Autre refondu en chaîne signifiante comporte articulation. ⁴»

2. Le concept lacanien de forclusion du Nom-du-Père et la structure psychotique

Grâce à l'analyse précédente des déterminations signifiantes du concept lacanien de structure nous allons pouvoir à présent examiner sa modalité psychotique définie à partir de la forclusion du signifiant du Nom-du-Père introduite en 1957. En caractérisant ainsi un

¹. Vergetis Dimitri. « Deux axiomatiques des psychoses », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, janvier-mars 1988, n°44, p. 52-64, p. 57.

². Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 553.

³. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*, p. 56.

⁴. Vergetis D. « Deux axiomatiques des psychoses », *op. cit.*, p. 59-60.

mécanisme psychique spécifique à la psychose, non seulement Lacan réalise son souhait de 1931, mais réussit également là où Freud avait relativement échoué. Entre temps, la tenue du séminaire sur les psychoses ne peut être négligée, Lacan y cernant peu à peu la structure psychotique grâce à ses développements sur le mécanisme psychotique et le signifiant corrélés à son analyse de la clinique schrébérienne.

Historiquement, la *forclusion* est tout d'abord une notion juridique dont l'extension linguistique revient aux grammairiens français Damourette et Pichon vers 1925 afin de désigner l'une des modalités de la négation dans la langue française. Ce dernier, Edouard Pichon était loin d'être un inconnu pour Lacan¹. Ce psychanalyste français était l'un des membres fondateurs de la Société psychanalytique de Paris, représentant de la psychanalyse à la française avance Élisabeth Roudinesco².

Autant il est possible de cerner les conditions d'émergence de cette notion sur la scène intellectuelle française et même psychanalytique autant opérer une connexion directe entre son occurrence linguistique et son utilisation dans le corpus lacanien peut sembler précipitée voire erronée. La première occurrence du terme de forclusion dans le corpus lacanien se situe dans le séminaire I, *Les écrits techniques de Freud*³. Lacan n'y explicite pas vraiment la source textuelle à laquelle il a puisé ce terme. Quelques années plus tard, au cours de l'ultime séance de son séminaire sur les psychoses, le 4 juillet 1956, Lacan trancha affirmant un choix de traduction : « Tout bien réfléchi, je vous propose d'adopter définitivement cette traduction que je crois la meilleure –la *forclusion*⁴». Lacan ne justifie alors nullement un tel choix et ne stipule là aussi aucunement ses sources. Maleval y voit d'ailleurs un contre argument à la thèse de Roudinesco qui estime que Lacan ait repris directement ce terme d'Édouard Pichon. Même si les deux hommes se connaissaient bien, Lacan estimant Pichon, Maleval affirme que « le concept de forclusion du Nom-du-Père, [...] est à son origine entièrement déductible d'une recherche sur les textes de Freud et de Schreber, orientée par la dialectique hégélienne, la linguistique structurale et les premiers travaux de Lévi-Strauss. ⁵».

Non seulement, rien ne permet d'assurer que Lacan emprunta ce terme à Damourette et Pichon, mais en réalité, il convient surtout de prendre en considération l'origine juridique

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 67.

². Roudinesco E. *Histoire de la psychanalyse en France. 1*, op. cit., p. 298-307.

³. Lacan J. *Le séminaire I. Les écrits techniques de Freud*. Paris, Le Seuil, 1975. Indication tirée de Arrivé M. In *Langage et psychanalyse*, op. cit., p. 150.

⁴. Lacan J. *Le séminaire II. Les psychoses*, op. cit., p. 361.

⁵. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*, op. cit., p. 71.

de ce terme : « A sa racine, la forclusion lacanienne réfère au juridique. ¹» Et de la conjointre aux recherches de Lacan sur l'ordre symbolique et la loi incarnée par le Nom-du-Père². Avant d'être ainsi élucidée, la *Verwerfung* ou forclusion possédait un double sens chez Lacan comme nous l'avons rapidement évoqué précédemment désignant à la fois le mécanisme de refoulement originaire normal et l'absence de la *Bejahung* primordiale ou jugement d'attribution³ se rapportant au mécanisme psychotique. A ce moment là, il correspondait à la fois à l'*Ausstossung* « qui désigne un processus primaire d'expulsion nécessaire à la structuration du sujet » et à « l'abolition symbolique de Schreber qui fonde un mécanisme pathologique de nature psychotique. ⁴»

La construction de ce concept telle que Maleval l'a montrée a d'abord nécessité que Lacan distingue les deux expulsions, l'*Ausstossung* du refoulé originaire et la *Verwerfung* psychotique, avant de spécifier ce sur quoi cette dernière opère. Rappelons-le avec Maleval « En 1955, dans son enseignement, se distinguent et se confondent à la fois, d'une part une *Verwerfung* structurante, originaire, normative, et d'autre part, une *Verwerfung* pathologique, exceptionnelle, psychotique. Peu à peu cependant l'ambiguïté va se lever. La dissociation de ces deux concepts va être l'objet d'une conquête progressive menée tout au long du séminaire de 1955-1956 pour aboutir en 1958 à rapporter l'un d'entre eux au Nom-du-Père.⁵»

Examinons plus précisément cette dissociation dont le procès s'est réalisé en deux temps. On peut rapporter le premier à la dernière séance du séminaire les psychoses au cours de laquelle Lacan choisit de traduire *Verwerfung* par forclusion⁶ : « Dès lors tout est en place pour que la structure de la psychose ne soit plus confondue avec le refoulement originaire. Elle doit être rapportée à la forclusion d'un signifiant primordial porteur de la loi. Pourtant, Lacan ne formule pas cela de manière explicite : il ne resserre pas encore en un concept la thèse qui se dégage de sa recherche.⁷» Bien qu'il s'en rapproche fortement, et en dégage les propriétés, Lacan n'a pas encore définitivement forgé le concept de forclusion du Nom-du-Père absent du séminaire sur les psychoses qui « ne relate que son émergence, non encore

¹. *Ibid.*, p. 72.

². *Ibid.*, p. 71.

³. Lacan J. « D'une question préliminaire... », *op. cit.*, p. 558.

⁴. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*, *op. cit.*, p. 55.

⁵. *Ibid.*, p. 56.

⁶. *Ibid.*, p. 62. Et non plus, rejet ou retranchement.

⁷. *Idem.*

advenue, puisqu'il n'y figure pas explicitement¹». En revanche, Lacan y cerne ce qui caractérise la psychose, et qui s'y trouve figurer sous les espèces du trou : « Un minimum de sensibilité que notre métier nous donne, nous fait toucher du doigt quelque chose qui se retrouve dans ce qui s'appelle la pré-psychose, à savoir, le sentiment que le sujet est arrivé près du trou²». Il n'y a aucun forçage à rapporter ce trou, à suivre Lacan, à un trou dans le symbolique. Le second temps du procès résulte de l'association des concepts de forclusion et de Nom-du-Père afin de faire porter celle-là sur celui-ci.

En conséquence, l'on peut avancer que ce n'est qu'avec « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » que Lacan parachève son effort mené depuis 1931. Dans cet article, la psychose tient dans sa structure à une forclusion qualifiée de « forclusion [Verwerfung] primordiale³ » ou bien « de la *Verwerfung* inaugurale⁴ » concernant un signifiant tout particulier, le signifiant du Nom-du-Père dont l'absence se note Po dans le schéma I : « C'est dans un accident de ce registre [symbolique] et de ce qui s'y accomplit, à savoir la forclusion du Nom-du-Père à la place de l'Autre, et dans l'échec de la métaphore paternelle que nous désignons le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle, avec la structure qui la sépare de la névrose.⁵ ». Logiquement, cette forclusion du Nom-du-Père ou carence symbolique engendre une seconde absence ou trou, celle de la signification phallique notée Φ_0 . Une des conséquences directes de la non effectuation de la métaphore paternelle est l'absence de la production de la signification phallique de sorte que l'« on peut donc dire que la psychose nous présente un sujet non inscrit dans la fonction phallique⁶ ».

Et si l'on anticipe sur les conséquences cliniques de cette carence que nous examinerons plus avant, on peut estimer avec Maleval que dans certaines circonstances, et consécutivement à cette carence de la signification phallique ou « mise en fonction du poids sexuel qui lie les mots, la chaîne signifiante se déstructure, ce qui entraîne l'irruption dans le

¹. *Ibid.*, p. 10.

². Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 228.

³. Lacan J. « D'une question préliminaire... », op. cit., p. 581.

⁴. *Ibid.*, p. 582. Au passage remarquons que Lacan évoque la possibilité qu'un autre puisse suppléer à la forclusion, alors qu'au même moment dans sa leçon du 8 janvier 1958, il estimait que « le sujet doit suppléer au manque d'un signifiant qu'est le Nom-du-Père. Tout ce que j'ai appelé la réaction en chaîne, ou la débandade, qui se produit dans la psychose, s'ordonne là autour. » In, *Le Séminaire V, Les formations de l'inconscient*, op. cit., p. 147. La psychose clinique apparaît alors comme une tentative de suppléance de la forclusion.

⁵. Lacan J. « D'une question préliminaire.. », op. cit., p. 575.

⁶. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, op. cit., p. 13.

réel des signifiants déconnectés, non dialectisables, qui prennent un poids singulier. ¹» S'en déduit l'écriture de la forclusion du Nom-du-Père témoignant de ses effets :

Désir de la Mère

Signifié au sujet = x

Indéniablement, comme nous venons de le souligner, Lacan apparente la forclusion du Nom-du-Père à un trou, qui apparaît comme sa figuration élective : « le trou creusé dans le champ du signifiant par la forclusion du Nom-du-Père ²». Nul doute que cette figuration provienne du statut du grand Autre, qui à cette époque communément référée à la primauté du symbolique, est dans la névrose un Autre plein. De sorte que la forclusion du Nom-du-Père induit que la structure psychotique se rapporte à un Autre troué. A cet égard, cette conceptualité se retrouve dans les autonymes de chaîne pleine et de chaîne trouée. Celle-ci alors synonyme de l'Autre troué équivaut à la structure psychotique. Le linguiste M. Arrivé en se plaçant dans le champ linguistique qualifie d'ailleurs la psychose de « chaîne signifiante trouée ³».

3. Le concept de déclenchement de la psychose [1946-1959]

Nous allons maintenant nous attacher à montrer comment l'investigation lacanienne de la clinique de l'entrée dans la psychose permit à son auteur de dégager à la fois les conditions du déclenchement de la psychose et ses enjeux subjectifs tels qu'élaborés à la fin des années 50. Pour ce faire, une reprise de l'analyse lacanienne de la clinique de l'entrée dans la psychose du président Schreber développée lors du séminaire sur les psychoses s'avère instructive sur ce parcours de théorisation où les notions afférentes de prépsychose⁴ et de phénomènes élémentaires se trouvent être des pièces majeures. La notion de compensation dans cette approche structurale des *Mémoires d'un névropathe* ne peut être négligée en ce sens qu'elle est indéniablement corrélée à celles de structure psychotique et de déclenchement.

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 91

². Lacan J. « D'une question préliminaire... », op. cit., p. 568.

³. Arrivé M. *Langage et psychanalyse...*, op. cit., p.

⁴. Christian Hoffmann avance que la traduction française du terme original de M. Katan reviendrait à Lacan. In « Quelques réflexions à propos du déclenchement... », op. cit., p. 53.

Il apparaîtra que le concept de déclenchement de la psychose ressort du schéma classique à double implication dans la mesure où il nécessite une structure psychotique et une cause occasionnelle aux propriétés très précises définies dans le cadre de la théorie du Un-père.

Enfin nous examinerons comment ces deux implications déterminent une temporalité ou logique du déclenchement dans son développement clinique.

2-1. *Temporalité dans la clinique du déclenchement de Schreber : prépsychose et phénomène élémentaire*

Tenter de retracer le parcours conceptuel opéré par Lacan dans les années 50 à propos de la clinique de l'entrée dans la psychose nécessite d'examiner son investigation de la clinique schrébérienne dont chacun s'accorde à lui reconnaître une influence décisive dans la construction du concept de forclusion du Nom-du-Père. Il tenta de cerner celle-ci notamment avec un usage personnel des notions de prépsychose et de phénomène élémentaire, le surgissement de celui-ci devant être rapportée à celle-là. Exclusivement utilisée dans le séminaire sur les psychoses pour la première¹ et depuis ses premiers écrits pour la seconde, elles possèdent en commun de ne plus être utilisées telle quelle par Lacan dans la suite de son enseignement à en croire J.-C Maleval² et plus récemment N. Brémaud³. Il s'agit donc de notions datées fortement relatives au moment conceptuel du séminaire sur les psychoses. Bien qu'il faille infléchir ce point de vue pour la notion de phénomène élémentaire que les élèves de Lacan utiliseront par la suite, en revanche, la notion de prépsychose a relativement disparu.

J.-C Maleval explique ce choix comme suit : « Le terme de prépsychose suggère qu'il y aurait au sein de la structure psychotique un dynamisme qui tendrait vers la psychose déclarée. Or il n'est pas douteux qu'il existe des suppléances permettant d'éviter la survenue de celle-ci parfois pendant toute une existence⁴ ». Nous verrons qu'une seconde explication conjointe à

¹. On peut trouver dans ce séminaire une demi-douzaine d'occurrences de l'épithète prépsychotique. Et une seule autre dans toute l'œuvre lacanienne, à notre connaissance, dans « D'une question préliminaire... » à propos des recherches de Katan sur cette période de la vie de Schreber, p. 542. À l'évidence, il ne s'agit pas d'une notion lacanienne mais d'une notion psychiatrique reprise pour ce séminaire par Lacan.

². « Il est notable que les concepts de pré-psychose et de phénomènes élémentaires, présents dans le séminaire sur les psychoses disparaissent dès « D'une question préliminaire... », pour ne plus réapparaître dans l'enseignement de Lacan. » In *Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire*. Séminaire de la Découverte freudienne, 18-19 janvier 2003, inédit, Toulouse.

³. Brémaud N. « Prépsychose : revue de la littérature et approche critique », in *L'information psychiatrique*, n°5, mai 2008, p. 383-393.

⁴. Maleval J.-C. *Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire*, op. cit. Or, elle perdure dans le discours psychiatrique et notamment dans certaines modélisations stress-vulnérabilité ainsi que nous l'avons vu.

celle avancée par Maleval, peut permettre de saisir pourquoi Lacan supprima cette notion de son approche du déclenchement de la psychose.

2-1.1. La clinique schrébérienne de l'entrée dans la psychose

La première période de la maladie du président qui s'étend de l'automne 1884 à la fin de l'année 1885 étant peu connue faute de documents ou témoignage¹, centrons notre examen sur la seconde période à propos de laquelle Freud avance la notion classique de période d'incubation que Lacan qualifie également de *période prépsychotique*. Celle-ci se déroule entre juin et octobre 1893, période pendant laquelle Schreber fait des rêves douloureux : « il me venait quelquefois en rêve que ma maladie de nerfs recommençait, ce dont naturellement en rêve j'étais aussi malheureux que je me sentais heureux une fois réveillé lorsque je m'apercevais que ce n'était qu'un rêve. Un jour cependant, poursuit-il, un matin, encore au lit, j'eus une sensation qui, à y repenser une fois tout à fait éveillé, me troubla de la façon la plus étrange. C'était l'idée que, tout de même, ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement. Cette idée était si étrangère à ma nature que si elle m'était venue en pleine conscience, je l'aurais rejetée avec indignation, je peux le dire; après ce que j'ai vécu depuis, je ne peux écarter la possibilité que quelque influence extérieure ait joué pour m'imposer cette représentation²». En octobre, il perçoit ses premières hallucinations sous la forme « d'un craquement revenant à intervalles réguliers plus ou moins longs [qui] se fit entendre dans le mur de notre chambre à coucher me réveillant chaque fois que j'étais sur le point de m'endormir³». Au cours de cette période, il est donc en proie à des phénomènes d'irruption de signifiant dans le réel, tout d'abord sous les espèces du phénomène élémentaire, ensuite sous forme hallucinatoire. Ainsi que le constate le commentaire lacanien, l'existence de Schreber est emprunte d'un certain malaise qui n'est pas sans rappeler le malaise inaugural des fondateurs et des classiques : « Prenons la période prépsychotique. Notre président Schreber vit quelque chose qui est de la nature de la perplexité [...] c'est une période de confusion panique⁴ ». Celle-ci semble caractéristique de l'entrée dans la psychose : « Il y a quelques mois d'incubation prépsychotique où le sujet est dans un état profondément confusionnel. C'est le moment où se produisent les phénomènes de

¹. L'on sait tout de même que Schreber fut en proie à des idées hypocondriaques et d'idées envahissantes de maigrir, et qu'il tenta à plusieurs de se suicider. *Supra*, p. 162 et sq.

². Schreber D.-P. *Mémoires d'un névropathe*, op. cit., p. 47.

³. *Idem*.

⁴. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 217

crépuscules du monde, qui caractérisent le début d'une période délirante ¹». S'accordant avec Kraepelin, Lacan admet que « le développement de la paranoïa n'est pas insidieux, il y a toujours des poussées, des phases. [...] Ce moment fécond est toujours sensible au début de la paranoïa ²». Deux remarques s'imposent. Bien que Lacan, à la suite de Kraepelin, refuse de rapporter l'entrée dans la paranoïa à une forme insidieuse d'entrée dans la psychose il ne la rattache pas pour autant explicitement à la forme brusque ou d'emblée. Il repère dans la clinique schrébérienne l'existence de *poussée* : « Le président Schreber nous narre clairement les phases de sa psychose. Et quand il nous donne l'attestation qu'entre la première poussée du psychotique, phase dite non sans fondement pré-psychotique..... ³». D'autre part, Lacan reprend ici la notion de *moment fécond* introduite en 1946 afin justement de rendre compte de ces poussées : « Dans le cas Schreber, nous voyons au départ une période de trouble, de moment fécond ⁴». Clairement, il s'agit pour Lacan de faire dériver la prépsychose d'un moment fécond. Mais, il n'est pas sans mettre en garde que « rien ne ressemble autant à une symptomatologie névrotique qu'une symptomatologie pré-psychotique ⁵». Avertissement que Freud lui-même énonça dans son texte de 1911 : « Le malade peut présenter le tableau clinique d'une névrose et pourtant il peut s'agir de quelque chose d'autre, du début d'une maladie mentale incurable, des prodromes d'un processus de détérioration cérébrale. La distinction –diagnostic différentiel- n'est pas toujours facile à faire ni immédiatement possible à chaque phase. ⁶ »

Lacan ne se contente pas de prendre acte de cette période prépsychotique en la consacrant comme inhérente et partie intégrante de la description du tableau clinique de l'entrée dans la psychose. Légataire de l'héritage et de la démarche freudienne, il postule qu'elle peut être subjectivement caractérisée en faisant valoir que quelque chose inconnu par Schreber lui revient de l'extérieur : « Voilà ce qui, non pas du tout à un moment déficitaire, mais au contraire à un moment sommet de son existence, se manifeste à lui sous la forme d'une irruption dans le réel de quelque chose qu'il n'a jamais connu, d'un surgissement d'une étrangeté totale⁷ ». Cette irruption se rapporte donc à un moment singulier de l'existence de Schreber, sa nomination à la présidence de la Cour d'appel royale du land de Dresde,

¹. *Ibid.*, p. 246.

². *Ibid.*, p. 26.

³. *Ibid.*, p. 74.

⁴. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 217.

⁵. *Idem.*

⁶. Freud S. « Remarques psychanalytiques ... », *op. cit.*, p. 123-124.

⁷. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 99.

nomination devant être située comme moment fécond de la première poussée. Partant, cette irruption possède la propriété définitoire d'un phénomène psychotique si l'on s'accorde avec Lacan : « Qu'est-ce que le phénomène psychotique ? C'est l'émergence dans la réalité d'une signification énorme qui n'a l'air de rien –et ce, pour autant qu'on ne peut la relier à rien, puisqu'elle n'est jamais entrée dans le système de la symbolisation [...].¹». Quel est-il ce quelque chose « qui va progressivement amener une submersion radicale de toutes ses catégories, jusqu'à le forcer à un véritable remaniement de son monde² » ? Lacan parle dans ce passage du fait que « Schreber n'a jamais intégré d'aucune façon [...] aucune espèce de forme féminine³ ». Plus précisément, et en référence au document clinique « l'autobiographie du président Schreber [...] nous montre pourtant ce qui répugnait au narcissisme dudit Président, c'était l'adoption d'une position féminine à l'endroit de son père, laquelle comportait la castration⁴ ». Devons-nous envisager cela comme le refus de la séduction du père au sens qu'elle implique une certaine position féminine à l'égard de celui-ci et telle que l'induit la soumission à la castration, et donc considérer cette non intégration d'aucune forme féminine comme un effet du rejet de la castration ? De n'être pas passé par les fourches caudines du complexe d'Œdipe en tant que Loi de symbolisation puis par la *Verdichtung*, Schreber se retrouve à un âge déjà avancé en proie à des phénomènes portant la trace de ce refus de symbolisation : « ce qui surgit dans le réel [...] représente pour le sujet ce quelque chose de lui-même qu'il n'a jamais symbolisé⁵ » soit l'inassumé rejeté de Schreber. Le vécu subjectif consécutif au surgissement de ce *quelque chose* faisant irruption dans le réel et aux phénomènes afférents dans les rapports du sujet à la réalité ne sont nullement à négliger : « Un minimum de sensibilité que notre métier nous donne, nous fait toucher du doigt quelque chose qui se retrouve dans ce qui s'appelle la pré-psychose, à savoir, le sentiment que le sujet est arrivé près du trou⁶ », entendu qu'il s'agisse du trou du symbolique. « Il s'ensuit un processus dont nous avons appelé la première étape un cataclysme imaginaire, à savoir que plus rien ne peut être amodié de la relation mortelle [...]⁷ ». Ce désastre imaginaire correspond chez Schreber notamment au meurtre d'âmes ou moment catatonique où il ne se sent plus vivant et que Lacan désigne par la notion de mort du sujet : « Ces phénomènes [assassinat d'âmes], qui

1. *Idem.*

2. *Idem.*

3. *Idem.*

4. *Ibid.*, p. 103.

5. *Ibid.*, p. 101.

6. *Ibid.*, p. 228.

7. *Ibid.*, p. 361.

est pour lui [Schreber] le signal d'entrée dans la psychose ¹». Durant les premières leçons du séminaire sur les psychoses, le retour du refoulé dans la psychose est situé dans l'imaginaire d'où l'accent mis sur les troubles de l'imaginaire dans l'approche lacanienne de cette époque de l'entrée dans la psychose : « Dans le cas des névroses, le refoulé reparaît in loco, là où il a été refoulé, c'est à dire dans le milieu même des symboles, pour autant que l'homme s'y intègre et y participe comme agent et comme acteur [...] Le refoulé dans la psychose [...] reparaît dans un autre lieu, in altero, dans l'imaginaire, et là en effet sans masque ²».

Et à Lacan de poser la question des incidences du surgissement du phénomène élémentaire : « Que se passe-t-il au moment où ce qui n'est pas symbolisé reparaît dans le réel ? ³» pour autant qu'il se laisse placer « sous le registre de la signification, et d'une signification qui vient de nulle part, et qui ne renvoie à rien, mais une signification essentielle, par laquelle le sujet est concerné ⁴». Et d'y répondre : « Il n'est pas vain d'apporter à ce propos le terme de défense⁵ ». En attribuant à la psychose clinique la valeur d'une défense, défense subjective, Lacan rejoint la thèse freudienne.

Nous nous proposons en ces lignes d'élucider le commentaire lacanien de la clinique de l'entrée dans la psychose schrébérienne à partir des notions majeures, dans cette analyse, de phénomène élémentaire et de prépsychose. Si maintenant l'on consent à étendre notre perspective à la clinique du délire schrébérien, on peut constater qu'indéniablement, Lacan ordonne cette clinique à partir du surgissement du phénomène élémentaire prépsychotique⁶ : il en est le phénomène cardinal recelant un pouvoir d'entrevision. Lacan manifeste le souci soutenu de saisir la temporalité et les ressorts structuraux de cette clinique. Nulle par ailleurs, Lacan n'accorda un tel examen à cette perspective temporelle que l'on retrouve dans le séminaire sous les espèces, dans sa dernière leçon du 4 juillet 56, du « développement d'une psychose ⁷ ». A présent, il nous semble opportun d'appréhender le phénomène élémentaire dans ses prolongements logiques avec le délire ce qui nous permettra de discerner dans le déclenchement, et à la suite de Lacan, une dimension de franchissement.

¹. *Ibid.*, p. 343.

². *Ibid.*, p. 120.

³. *Ibid.*, p. 100.

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. F. Sauvagnat indique que Clemens Neisser « doit probablement être considéré comme le premier à avoir décrit de façon systématique un phénomène élémentaire simple de la paranoïa, ayant en quelque sorte une valeur causale ». In Sauvagnat. F « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », in *Ornicar ? digital*, n°76, 1/2/1999.

⁷. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 362.

2-1.2. Phénomène élémentaire et délire

Si lors d'une des toutes premières leçons du séminaire sur les psychoses, Lacan estime que « la poussée du début [qu'il serait beau d'être une femme] nous apparaît légitimement comme l'entrevision du thème final ¹», dès lors « la question se pose de savoir si nous nous trouvons devant un mécanisme proprement psychotique qui serait imaginaire et qui irait de la première entrevision d'une identification et d'une capture de l'image féminine jusqu'à l'épanouissement d'un système du monde où le sujet est complètement absorbé dans son imagination d'identification féminine ²». S'accordant en cela avec Freud, Lacan situe explicitement l'émergence du phénomène élémentaire fantasmatique, phénomène imaginaire à cette époque, pendant la période dite d'incubation prépsychotique si bien qu'il apparaît comme un phénomène *d'entrevision* par lequel Schreber reçoit un signifiant recélant un pouvoir d'anticipation sur son délire, sinon la solution anticipée de son délire. En ce sens que la position que Schreber devra accepter afin de rétablir l'équilibre de l'univers, accepter d'être la femme de Dieu et la mère de la nouvelle race à venir. Il s'en déduit qu'entre le phénomène élémentaire et le délire se poursuit une continuité thématique, conférant au phénomène élémentaire un caractère prédictif. Mais de quelle logique procède-t-elle ? De la logique structurale dans la mesure où la structure du phénomène élémentaire est pour Lacan identique à celle avec laquelle le délire se développera et ce depuis 1932³.

Il y a un autre aspect ou propriété du phénomène élémentaire que nous avons abordé : son étrangeté, celle dont Schreber témoigne à sa façon, « cette idée était si étrangère à ma nature que si elle m'était venue en pleine conscience, je l'aurais rejetée avec indignation ⁴». Le caractère d'étrangeté ressenti par le sujet lors de son émergence se rapporte toujours au-delà de ses modalités cliniques à signification personnelle éprouvée comme telle par le sujet. La signification du phénomène élémentaire le concerne sans pour autant qu'il en cerne précisément les raisons. « Je suppose que le sujet réagit à l'absence du signifiant par l'affirmation d'autant plus appuyée d'un autre qui, comme tel, est essentiellement énigmatique ⁵». En conséquence, on peut s'accorder avec É. Laurent à considérer que « c'est ce qui fait qu'il est sans nul doute possible de parler, chez Lacan, d'une expérience

¹. *Idem.*

². *Ibid.*, p. 75.

³. *Supra.*, p. 182 et sq.

⁴. Schreber D.-P. *Mémoires d'un névropathe*, *op. cit.*, p. 47.

⁵. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 219.

énigmatique dans le phénomène élémentaire qui précèdent le déclenchement ¹» à condition de rapporter le déclenchement à celui d'une psychose clinique. Ainsi l'évolution de la signification personnelle à l'expérience énigmatique se trouve en voie d'être parachevée.

En outre, écrit É. Laurent : « Quand Lacan dit que le délire et les phénomènes élémentaires ont la même structure, ça ne veut pas dire qu'entre quelqu'un qui a des phénomènes enkystés qui restent limités à cela pendant trente ans et un délire complètement déployé, il s'agisse exactement de la même chose. Cela veut dire que c'est exactement la même chose du point de vue de la structure du sens. Ceci dit, il faut garder tout son prix à l'expérience discontinue du déclenchement ²». Expérience que nous allons à présent tenter de cerner.

2-1.3. Le déclenchement de la psychose clinique : franchissement et discontinuité

Dans le séminaire de 1955-1956, l'entrée dans la psychose clinique résulte d'un franchissement des limites du symbolique, du trou du symbolique, opéré par le sujet et ce consécutivement à une initiative que Lacan attribue à l'Autre : « A partir de quel moment décidons-nous que le sujet a franchi les limites, qu'il est dans le délire ? [...] Le délire commence à partir du moment où l'initiative vient de l'Autre [...] où l'initiative est fondée sur une activité subjective ³». Ainsi « le délire commence à partir du moment où l'initiative vient de l'Autre, avec un A majuscule, où l'initiative est fondée sur une activité subjective. L'Autre veut cela et il veut surtout qu'on le sache, il veut le signifier. Dès qu'il y a délire, nous entrons à pleines voiles dans le domaine de l'intersubjectivité ⁴». Un premier franchissement relatif à l'Autre engendre un second franchissement mais cette fois-ci du côté du sujet. Ainsi contrairement à la névrose se spécifiant d'être une question, bien plutôt où s'articule une question, la psychose serait cette structure dont le sujet reçoit, en des conditions spéciales, la réponse à une question qui ne se serait pas posée pour lui ou sans lui : « Les psychotiques, ce n'est pas sûr. La réponse leur est venue avant la question – c'est une hypothèse. Ou bien la question s'est posée toute seule – ce n'est pas impensable [...] Si nous nous mettons fortement cette relation dans la tête, il ne paraîtra extravagant que je dise qu'il est aussi possible que la question se soit [...] Comme je vous l'ai montré dans mes présentations de malades, ce qui se

¹. Laurent É. « Trois énigmes : le sens, la signification, la jouissance », in *La revue de la cause freudienne*, n° 23, février 1993, p. 43-50, p. 47.

². Laurent É. « Trois énigmes : le sens, la signification, la jouissance », *op. cit.*, p. 47.

³. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 217-218.

⁴. *Ibid.*, p. 218.

passé à l'entrée d'une psychose est de cet ordre ¹». Quelques leçons plus tard, cette initiative de l'Autre devient également un franchissement : « Observez ce moment crucial avec attention et vous pourrez cerner ce franchissement dans toute entrée dans la psychose – c'est le moment où de l'autre comme tel, du champ de l'autre, vient l'appel d'un signifiant qui ne peut être reçu ²». Remarquons en premier lieu qu'il s'agit d'une première formulation de l'appel en vain du signifiant du Nom-du-Père, formulation certes encore incomplète du fait de la non conceptualisation de ce dernier, mais le principe est déjà présent. Du champ de l'Autre franchit l'appel d'un signifiant qui ne peut être reçu par le sujet faute d'avoir été primitivement symbolisé.

Dans ce séminaire, la phase psychotique correspond au délire ce qui sous-tend que le déclenchement de la psychose est synonyme de déclenchement du délire. Autre formulation plus ramassée, le déclenchement de la psychose clinique « c'est l'entrée en jeu de l'énigme de l'Autre ³» Lacan tend à situer le déclenchement, non pas à l'orée des troubles, période prépsychotique mais au déclenchement de la phase psychotique appréhendée comme défense. Toutefois, si Lacan tend à confondre entrée dans la psychose et déclenchement du délire, il ne confond nullement la phase prépsychotique et la phase psychotique délirante, Lacan distinguant les phénomènes imaginaires et des phénomènes symboliques du délire, serions-nous tentés de dire, en tant qu'activité subjective selon Lacan. Pour lui, à cette date, une limite ou frontière existe entre les phénomènes initiaux et le délire proprement dit défini à partir de l'initiative de l'Autre du signifiant. Partant, il semble hésiter à situer précisément le déclenchement de la psychose. De sorte que cette confusion obscurcit notablement en cette année ce concept. On pourrait dire, si l'on nous permet cet anachronisme, que Lacan confond dans ce séminaire Po et P1. Confusion dissipée, élucidée dans « D'une question préliminaire » ainsi que nous le verrons plus avant grâce à sa conceptualisation de la forclusion du Nom-du-Père et la théorie du Un-père : la prépsychose disparaissant et ses phénomènes étant intégrés dans le déclenchement.

Grâce à la figuration de la structure du matelas, Lacan interroge à nouveau cette question de la discontinuité. Celle-ci trouve se formuler à propos le nombre de point de capitons entre signifiant et signifié : « Je n'en sais pas le compte, mais il n'est pas impensable qu'on arrive à déterminer le nombre minimum de point d'attaches fondamentaux entre le

¹. *Ibid.*, p. 228-229.

². *Ibid.*, p. 344.

³. *Ibid.*, p. 286.

signifiant et le signifié nécessaires à ce qu'un être humain soit normal et qui, lorsqu'ils ne sont pas établis, ou qu'ils lâchent, font le psychotique ¹». Il appert que le déclenchement se décline comme rupture irréversible des points d'attaches fondamentaux et ainsi donc déterminé par ces ruptures. De la sorte, Lacan se demande : « Pourquoi ne pas concevoir qu'au moment précis où sautent, où se révèlent déficients les accrochages de ce que Saussure appelle la masse amorphe du signifiant avec la masse amorphe des significations et des intérêts, le courant continu du signifiant reprend alors son indépendance ? Et alors dans ce bourdonnement que si souvent vous dépeignent les hallucinés en cette occasion, dans ce murmure continu de ces phrases, de ces commentaires, qui ne sont rien d'autres que l'infinité de ces petits chemins, les signifiants se mettent à parler, à chanter tout seuls ²». Lacan n'a pas répondu à cette question du nombre des points d'attaches fondamentaux. Il nous semble que cette version du déclenchement comme indépendance du courant continu du signifiant dont l'hallucination verbale, l'irruption du signifiant dans le réel exemplifient. Lacan hésite sur l'existence ou non de ces points d'attaches dans la psychose. Ces points sont-ils établis ou non ? Une telle figuration s'accorde avec la barre signifiante de l'algorithme lacanien du signifiant : le déclenchement de la psychose ne pourrait-il être pas considéré comme un franchissement / anéantissement de la barre de l'algorithme lacanien du signifiant, comme un effet de décapitonnage entre S et s ? Si la barre représente la détermination signifiante du signifié, il ne faut oublier qu'elle s'institue des accroches des points de capitons. Il apparaît alors que le franchissement de l'entrée dans la psychose se rapporte à une discontinuité signifiante.

2-2. *Les compensations en amont du déclenchement*

Très tôt dans ses travaux, Lacan a indiqué l'existence de compensation à la structure psychotique en amont du déclenchement, deux notions participant d'une même logique répondant en quelque au principe structuraliste, *il y a ou il n'y a pas*. La compensation possède alors la charge de suppléer dans le second cas du binaire, il n'y a pas.

Explicitement dans les *Complexes familiaux* [1938], Lacan rapporte celle-ci à une béquille imaginaire au sens d'un « conformisme, superficiellement assuré, au moyen duquel le sujet » masque « le narcissisme de sa relation à la réalité ³». Dans son existence, le sujet psychotique se règle sur les idéaux maternels et adopte une position de conformisme ce qui correspondait à l'époque des années trente, pour Lacan à son élaboration du registre

¹. *Ibid.*, p. 304.

². *Ibid.*, p. 330-331.

³. Lacan J. *Les complexes familiaux, op. cit.*, p. 79-80.

imaginaire. Dans son séminaire sur les psychoses, Lacan revenant sur cette problématique compensatoire en la renouvelant grâce à ses avancées sur le symbolique pose ainsi la question : « Supposons que cette situation compte précisément pour le sujet l'impossibilité d'assumer la réalisation du signifiant père au niveau symbolique. Que lui reste-t-il ? Il lui reste l'image à quoi se réduit la fonction paternelle. C'est une image qui ne s'inscrit dans aucune dialectique triangulaire, mais dont la fonction de modèle, d'aliénation spéculaire, donne tout de même au sujet un point d'accrochage, et lui permet de s'appréhender sur le plan imaginaire ¹ ». Ainsi, Lacan promeut à la fois une nouvelle forme de compensation et une nouvelle approche de la structure psychotique corrélée à la fonction paternelle, de sorte que l'impossibilité du sujet au niveau symbolique est compensée par une identification au modèle imaginaire de la fonction paternelle. Autrement dit, il s'agit d'une « compensation imaginaire de l'Œdipe absent ² ». Lacan estime que cette image paternelle grâce à laquelle le psychotique peut se soutenir dans l'existence, en s'y aliénant, n'est en fait redevable qu'au seul registre de l'imaginaire, l'inscription symbolique y faisant défaut. De façon générale, il s'agit alors pour le sujet psychotique de se régler sur le cadre imaginaire d'identifications : « Cette véritable dépossession primitive du signifiant, il faudra que le sujet en porte la charge et en assume la compensation, longuement, dans sa vie, par une série d'identifications purement conformistes à des personnages qui lui donneront le sentiment de ce qu'il faut faire pour être un homme ³ ». Dans la continuité, Lacan interroge les conditions de défaillance de cette compensation : « la situation peut se soutenir longtemps, que des psychotiques vivent compensés, ont apparemment les comportements ordinaires considérés comme normalement virils, et tout d'un coup, mystérieusement, Dieu sait pourquoi, se décompensent. Qu'est-ce qui rend soudainement insuffisantes les béquilles imaginaires qui permettaient au sujet de compenser l'absence du signifiant ? Comment le signifiant repose-t-il ses exigences ? Comment ce qui est manqué intervient-il et interroge-t-il ? ⁴ ». Compensation et décompensation, ou mieux déclenchement, participent d'une même approche structurale de la psychose que Lacan cerne sensiblement par le truchement de l'absence de signifiant. Afin de figurer explicitement cette absence définitoire de la structure psychotique, Lacan utilise l'image du tabouret auquel il manque un pied : « Tous les tabourets n'ont pas quatre pieds. Il y en a qui se tiennent debout avec trois. Mais

¹. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 230.

². *Ibid.*, p. 218

³. *Ibid.*, p. 231.

⁴. *Idem.*

alors, il n'est plus question qu'il en manque un seul, sinon ça va très mal ¹». Cette image du tabouret rend sensible qu'il ne s'agit rien de moins que les assises du sujet dans l'existence.

Deux ans plus tard, grâce à la conception de la métaphore paternelle, la problématique compensatoire est abordée par le truchement du désir de la Mère que pouvons formuler ainsi : Comment, par quelle[s] voie[s] le sujet psychotique a-t-il pu assumer, en l'absence du Nom-du-Père, le désir de la Mère ? Et à Lacan de répondre : « Ici l'identification, quelle qu'elle soit, par quoi le sujet a assumé le désir de la mère, déclenche, d'être ébranlée, la dissolution du trépied imaginaire ² ». Deux remarques s'imposent. Premièrement, Lacan ne met plus l'accent sur telle ou telle identification c'est à dire sur l'image de la fonction paternelle ou sur les idéaux de la mère mais sur sa fonction subjective, celle d'assumer le désir de la mère. Deuxièmement, la notion de trépied imaginaire confirme que chez Lacan les modes de compensation sont foncièrement de nature imaginaire dans la mesure où ils dérivent de « la subordination de l'imaginaire au symbolique ³ ».

Il ressort du rapide aperçu de cette problématique que la notion de compensation est indissociable de la conception du déclenchement de la psychose, ayant quelque peu évoluée en fonction des élaborations lacaniennes sur ce concept, et par conséquent de ces conditions que nous allons à présent examiner.

2-3. *L'appel vain du Nom-du-Père et la conjoncture dramatique ou théorie du Un-père*

Dans son effort magistral de conceptualisation et en concordance avec ses avancées contemporaines, Lacan va apporter une réponse à la question des conditions électives de l'entrée dans la psychose. Explicitement formulée à plusieurs reprises au cours du séminaire sur les psychoses cette question ne se trouvait cependant pas résolue, restant même quelque peu en suspens. En effet, si Lacan abordait et reconnaissait l'existence de conditions électives ou spéciales, il ne pouvait les élucider véritablement : « Tout laisse apparaître que la psychose n'a pas de préhistoire. Il se trouve seulement que lorsque, dans les conditions spéciales qui devront être précises, quelque chose apparaît dans le monde extérieur qui n'a pas été primitivement symbolisé, le sujet se trouve absolument démuné, incapable de faire réussir la

¹. *Ibid.*, p. 228-229.

². Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose », *op. cit.*, p. 565.

³. Maleval J.-C. *Éléments pour une appréhension clinique de la psychose imaginaire*, *op. cit.*

Verneinung à l'égard de l'événement ¹». Sans que l'on sache dans quelles conditions, le sujet à l'orée de sa psychose se trouve confronté à quelque chose de non-symbolisé. Mais à quoi ? Quelques leçons plus loin, il explicite sensiblement ce non-symbolisé : « quand il s'agit des psychoses [...] de sa rencontre, dans les conditions électives, avec le signifiant comme tel, laquelle marque l'entrée dans la psychose ²». Ce quelque chose de primitivement exclu de la symbolisation dont la rencontre déclenche la psychose, est un signifiant.

Il faudra attendre sa conceptualisation en 1957 du signifiant du Nom-du-Père pour préciser à la fois les conditions électives de rencontre et le signifiant non symbolisé. Toutefois la configuration a quelque peu été modifiée depuis le séminaire sur les psychoses pour autant que, dans ces conditions spéciales, un trou ou faille symbolique se dévoile dans la structure du sujet. : « Pour que la psychose se déclenche, il faut que le Nom-du-Père, *verworfen*, *forclos*, c'est à dire jamais venu à la place de l'Autre, y soit appelé en opposition symbolique au sujet ³ ». Ainsi, la structure psychotique se caractérise d'être cette structure où l'opposition symbolique dont nous proposons l'écriture suivante NdP/\$, corrélée à la fonction de portage subjectif de la chaîne signifiante, est impossible du fait de la forclusion du Nom-du-Père. Si le schéma L de 1955⁴ et son dérivé le schéma R de 1958 figurent électivement la structure névrotique, le schéma I [1958] témoigne quant à lui de la spécificité de la structure psychotique figurant cette opposition symbolique impossible que l'on doit expressément référer au principe oppositionnel de la langue pour Saussure. En outre, cette opposition impossible succède dans l'évolution de la doctrine lacanienne des psychoses à la configuration certes différente mais pas totalement étrangère de celle des *Complexes familiaux* où l'opposition était conçue entre deux identifications. Autant Pierre Naveau avait remarquablement repris dans son texte le procès de celle-ci autant il oublie manifestement d'évoquer *l'opposition symbolique impossible*, notée PoS, engendrant le déclenchement de la psychose.

Ainsi, à la question très emprunte de ses dernières trouvailles, « comment le Nom-du-Père peut-il être appelé par le sujet à la seule place d'où il ait pu lui advenir et où il n'a jamais été ? ⁵» Lacan répond par une autre trouvaille, celle connue sous le nom de théorie du Un-père. En voici les termes : « par rien d'autre qu'un père réel, non pas du tout forcément par le père du sujet, par Un-père. Encore faut-il que cet Un-père vienne à cette place où le sujet n'a

¹. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 100.

². *Ibid.*, p. 360.

³. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose », op. cit., p. 577-78.

⁴. Lacan J. « Le séminaire sur 'La lettre volée' » [1955], in *Écrits*, op. cit., p. 11-61, p. 53.

⁵. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose », op. cit., p. 577-578.

pu l'appeler d'aparavant. Il y suffit que cet Un-père se situe en position tierce dans quelque relation qui ait pour base le couple imaginaire a-a', c'est à dire moi-objet ou idéal-réalité, intéressant le sujet dans le champ d'agression érotisé qu'il induit ¹». Le schéma L de 1955² et son dérivé le schéma R de 1958 témoignent de la fonction de barrage de l'imaginaire, barrage à la relation de l'Autre au Sujet. Dès lors toute interruption de la relation a-a' est propre à dévoiler l'inscription ou position du Sujet dans le discours de l'Autre.

Dans son souci de formalisation, et donc de réduction à des principes élémentaires, Lacan propose de ramener la diversité et l'hétérogénéité des causes occasionnelles à une seule conjoncture dramatique comme nous venons de le voir, dont les expressions cliniques rapportées par Lacan à titre d'exemples sont au nombre de trois : « Qu'on recherche au début de la psychose cette conjecture dramatique. Qu'elle se présente pour la femme qui vient d'enfanter, en la figure de son époux, pour la pénitente avouant sa faute, ou la rencontre du "Père du jeune homme", on la trouvera toujours et on la trouvera plus aisément à se guider sur les situations au sens romanesque de ce terme ³». Il n'est pas abusif si l'on reste dans le champ sémantique du déclenchement, de considérer que le père réel opère telle une *déclanche*. En effet, est ainsi désigné un « appareil servant à séparer deux pièces d'une machine pour permettre le libre mouvement de l'une d'elles. ⁴» La fonction de cet outil illustre relativement bien l'effet du Un-père dans l'Autre du sujet, effet de déchaînement, lorsqu'il vient en position tierce dans un couple imaginaire. De sorte que l'on retrouve ici la configuration de détermination de la structure, c'est à dire une analogie entre la métaphore paternelle définie comme le temps logique de la castration symbolique et où le père réel procède en tant qu'agent à l'inscription chez l'enfant d'un manque symbolique concernant un objet imaginaire, le phallus et les conditions d'entrée dans la psychose. Il intervient telle une déclanche, séparer la diade mère-enfant alors en place de phallus imaginaire en introduisant la dimension de l'avoir au niveau symbolique. Ainsi, le constat de P. Naveau fait à propos de l'homologie entre l'entrée dans la structure œdipienne et l'entrée dans la psychose dans *Les complexes familiaux*, que nous avons déjà évoqué, peut-être réitéré ici.

¹. *Idem*.

². Lacan J. « Le séminaire sur 'La lettre volée' », *op. cit.*, p. 53.

³. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 578.

⁴. Article Déclanche. *Le Grand Robert*, Paris, 2001. Le Grand Larousse Universelle de Pierre Larousse donnait déjà dans les années 1880, comme définition similaire au terme déclanche [avec un a) : « Mécanique. Appareil destiné à séparer deux pièces d'une machine dont le mouvement est lié. »

Autrement dit, toutes les situations cliniques d'entrée dans la psychose, aussi multiples soient-elles, peuvent être rapportées à la théorie du Un-père. Censée regrouper toutes les situations cliniques de déclenchement, cette théorie est consubstantielle au statut du grand Autre tel que définie en ce début d'année 1958. « A ce moment de sa recherche, souligne Maleval, Lacan n'appréhende pas encore le nom-du-père comme un signifiant imprononçable, qui décomplete le symbolique, et en assure l'ordonnance, il reste tributaire d'une conception du Nom-du-Père qui l'incarne dans un signifiant inhérent au champ de l'Autre, ce qui contribue sans doute à l'inciter à concrétiser l'Un-père dans une figure paternelle ¹» Et si l'on s'accorde à faire dériver en partie la théorie du Un-père du « logion » lacanien du discours de l'Autre, l'on conçoit dès lors qu'une modification des propriétés et du statut du grand Autre engendrera par voie de conséquence un élargissement de la théorie du Un-père, au point qu'elle ne constituera plus par la suite l'armature exclusive des conjonctures dramatiques.

4. Temporalité et logique signifiante du déclenchement de la psychose

Sensiblement légataire de l'investigation lacanienne de la clinique de l'entrée dans la psychose du président Schreber, cette seconde approche temporelle s'en distingue cependant notablement en raison même de son invention conceptuelle de la métaphore paternelle, et, partant de la forclusion du Nom-du-Père. Une nouvelle logique permettant d'ordonner les conséquences cliniques du déclenchement de la psychose se déduit d'une redéfinition de celui-ci.

4-1. Incidences cliniques

Que se passe-t-il pour le sujet dès lors que fut appelé en vain le signifiant du Nom-du-Père ? Cliniquement, le sujet est en proie à des phénomènes hallucinatoires, des troubles de l'imaginaire, de la signification dont Lacan donne la détermination logique : « C'est le défaut du Nom-du-Père à cette place qui, par le trou qu'il ouvre dans le signifié amorce la cascade des remaniements du signifiant d'où procède le désastre croissant de l'imaginaire [...] ² » L'opposition impossible [PoS], corrélative de la forclusion du Nom-du-Père génère un trou dans le signifié relatif à l'absence de la signification phallique : là où « est appelé le Nom-du-

¹. Maleval J.-C. « Le déclenchement de la psychose lors de la période post-pubertaire », in *Les Cahiers de Cliniques Psychologiques*, n°19, 1993, Université de Rennes 2, p. 19-29, p. 21.

². Lacan J. « *D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose* », *op. cit.*, p. 577-78.

Père, peut donc répondre dans l'Autre un pur et simple trou, lequel par la carence de l'effet métaphorique provoquera un trou correspondant à la place de la signification phallique ¹». Ce qui peut se noter, si l'on reprend les termes du schéma I, $P_o \rightarrow \Phi_o$, Φ_o correspondant au trou dans l'imaginaire corrélatif de l'absence de la signification phallique et P_o correspondant au trou dans le symbolique corrélatif de la forclusion du Nom-du-Père.

Ce désastre imaginaire correspond chez Schreber notamment au meurtre d'âmes ou moment catatonique, au cours duquel il a la certitude d'être mort et que Lacan désigne par la notion de *mort du sujet*. Le trou dans l'imaginaire, Φ_o , a des conséquences cliniques opérant comme un « bouleversement du sujet ²», qu'il s'agisse du cataclysme imaginaire, crépuscule du monde, mort du sujet, perte des repères identitaires et des assises dans l'existence, pullulement des significations, expérience énigmatique. Il s'agit essentiellement de la « dissolution imaginaire » à situer comme effets de la forclusion du signifiant du Nom-du-Père : « les effets d'induction du signifiant, portant sur l'imaginaire déterminent ce bouleversement du sujet que la clinique désigne sous les aspects du crépuscule du monde – [c'est le temps du déclenchement] ³». D'où le « désastre croissant de l'imaginaire » provenant du déséquilibre signifiant subissant le remaniement signifiant jusqu'à ce qu'un nouvel équilibre entre signifiant et signifié soit trouvé dans une métaphore délirante. Pour Lacan « le désastre croissant de l'imaginaire » est la conséquence directe du déséquilibre jusque là maintenu entre signifiant et signifié : c'est la défection des points de capitons. Il apparaît clairement que la symptomatologie constitutive de la prépsychose en 1955-1956 est ici intégrée à la psychose clinique elle-même. Cette intégration résulte d'une localisation très précise par Lacan du déclenchement ce que démontre la théorie du Un-père mais aussi de la formalisation de la forclusion du Nom-du-Père. En effet, le désastre imaginaire n'est plus appréhendé en tant que retour du refoulé de la psychose mais comme conséquence de Φ_o elle-même consécutive à P_o .

L'effet direct du déclenchement de la psychose se situe donc dans le registre imaginaire par répercussion dirions-nous, en la révélation de l'absence de la signification phallique c'est à dire à un ancrage de la chaîne signifiante. En effet, la logique signifiante préside à la signification et aux effets de signifié dans la mesure où l'opération paternelle a produit une signification stable lestant d'un poids sexuel la chaîne signifiante. Or, à l'orée de sa psychose le sujet se trouve confronté au manque de cette signification si bien que du trou surgît une

¹. *Ibid.*, p. 558.

². *Ibid.*, p. 572.

³. *Idem.*

certitude de signification au-delà d'une signification précise. Dans ce sens, Lacan réfute la qualification d'intuitifs de certains phénomènes : « Il s'agit en fait d'un effet du signifiant, pour autant que son degré de certitude [degré deuxième : signification de signification] prend un poids proportionnel au vide énigmatique qui se présente d'abord à la place de la signification elle-même. ¹» On a donc la séquence suivante : *vide énigmatique* puis *degré de certitude* qui réduit sensiblement la perplexité du sujet. En effet, le manque d'une signification précise pour le sujet psychotique, bien qu'ayant la certitude qu'il doit y avoir une signification, provoque chez lui un sentiment de perplexité devant cette signification indécise. Qu'il y ait une signification point de doute mais laquelle ? Cela laisse perplexe le sujet psychotique. En effet, la signification indéterminée des phénomènes auxquels il est soumis devient pour lui une énigme. Le sujet psychotique éprouve un sentiment de perplexité devant l'énigme qui se pose à lui en ces termes : « Ce que je vis a une signification mais laquelle » ? Trouver la réponse à l'énigme revient à trouver la signification délirante de son délire qui vient reconstruire son monde.

Après avoir envisagé cette corrélation directe entre Po et Φo Lacan se demande si le trou dans l'imaginaire ne saurait être uniquement imputable à l'appel vain dans le symbolique c'est-à-dire à Po . Ne pourrait-il pas plutôt découlé en un troisième temps de l'élosion du phallus : « Cet autre gouffre (c'est-à-dire « celui où le meurtre d'âmes a installé la mort ») fut-il formé du simple effet dans l'imaginaire de l'appel vain fait dans le symbolique à la métaphore paternelle ? Ou nous faut-il le concevoir comme produit en un second degré par l'élosion du phallus, que le sujet ramènerait pour la résoudre à la béance mortifère du stade du miroir ? Assurément le lien cette fois génétique de ce stade avec la symbolisation de la Mère en tant qu'elle est primordiale, ne saurait manquer d'être évoqué, pour motiver cette solution ²». Autrement dit, soit le meurtre d'âme est un simple effet dans l'imaginaire de Po : $Po \rightarrow \Phi o$, soit Po provoque Φo et *la régression topique au stade du miroir* est une solution, une tentative de résolution de Φo . Il y aurait donc trois temps et non plus deux. La différence entre ces deux réponses ne se réduit pas seulement au rajout d'un temps ou pas. Le rajout est qualitatif puisque Lacan parle de solution à l'élosion du phallus via le stade du miroir. La question est donc effet ou solution ? D'après Lacan différentes étapes dans la dissolution imaginaire seraient à discerner³, Anne Lysy-Stevens rappelant que si « la rencontre imaginaire d'un trou

¹. *Ibid.*, p. 538.

². *Ibid.*, p. 571.

³. *Ibid.*, p. 572.

dans le signifiant, s'il provoque un cataclysme imaginaire, entraîne en effet aussi une sorte de pullulement de significations ¹ ».

Il semble que l'élosion du phallus doive être appréhendée à partir des deux acceptions du phallus, et donc de son absence tout aussi bien dans le symbolique, que dans l'imaginaire. A Lysy-Stevens considère que si Φ_0 « est causée par le manque de signifiant du Nom-du-père [Po], certes, mais elle a ses effets propres : la deuxième question précise que c'est cette absence phallique qui produit la régression topique au stade du miroir. Cette régression devient elle-même une solution mortifère, celle du rapport à l'autre réduit à son tranchant mortel, rapport dont témoigne chez Schreber le dit « meurtres d'âmes », ou encore sa cadavérisation et le sentiment qu'il est réellement mort ² ». En effet, argue-t-elle, « c'est du côté de Φ_0 que Lacan place les phénomènes de cataclysme imaginaire qu'il qualifie de régression topique au stade du miroir, et les tentatives de solutions imaginaires à l'élosion du phallus ³ ». Sans doute, tient-elle à faire valoir les tentatives de solution que le sujet trouve dans le registre imaginaire afin de parer au précisément trou de l'imaginaire : « Φ_0 acquiert par cette seconde phrase le statut de point des structure déductible, qui se manifeste dans des séries différentielles de phénomènes. ⁴ »

Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins vrai que la thèse lacanienne du concept de déclenchement de la psychose est résolument une thèse moniste en ce sens qu'elle se rapporte indubitablement à Po ainsi qu'en convient A. Lysy-Stevens, « Φ_0 est donc un effet de Po, c'est un effet dans l'imaginaire de l'absence d'un signifiant, c'est la béance dans l'imaginaire qui répond au défaut de la métaphore symbolique. ⁵ »

Dans le séminaire tenu durant l'année universitaire 1955-1956, Lacan fait succéder au cataclysme imaginaire les effets sur le registre symbolique : « Puis, déploiement séparé et mise en jeu de tout l'appareil signifiant - dissociation, morcellement, mobilisation du signifiant en tant parole jaculatoire, insignifiante, ou trop signifiante, lourde d'insignifiance, décomposition du discours intérieur, qui marque toute la structure de la psychose. ⁶ ». Tous ces troubles corrélés à la cascade dans le symbolique correspondent à une phase de déchaînement du signifiant. En 1957, Lacan parle de « processus par quoi le signifiant s'est 'déchaîné' dans le

¹. Lysy-Stevens A. « Articulations cliniques de Φ_0 », in *Feuillets du Courtil*, n°1, mai 1989, p. 25-33, p. 30.

². *Ibid.*, p. 31.

³. *Ibid.*, p. 27.

⁴. *Ibid.*, p. 31.

⁵. *Idem.*

⁶. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 361.

réel, après que la faillite fut ouverte du Nom-du-Père ¹». Comme Lacan l'indique lui-même, le déclenchement de la psychose à cette époque est conçu comme un déchaînement de la chaîne signifiante trouée où le signifiant hors-chaîne fait retour dans le réel. La conséquence logique dans la structure de l'appel en vain du signifiant du Nom-du-Père est le déchaînement du signifiant dont les conséquences cliniques se rapportent à cette époque à l'irruption d'un signifiant dans le réel sous deux formes possibles ne s'excluant pas mutuellement : rupture de la chaîne symbolique telle que la doctrine de l'automatisme mental en constitue la clinique par excellence, et hallucination. A cet égard, il ne serait pas abusif de considérer qu'un synonyme du déclenchement de la psychose pourrait être à la fin des années 50 le déchaînement à entendre comme déchaînement du signifiant ou déchaînement de la structure la psychose. Cette dernière serait d'ailleurs plus juste car prenant en considération la définition lacanienne de la notion de structure. En effet, reconnaître que la notion de déclenchement implique la notion de structure n'est pas suffisant au regard des propositions des années 50 il faut ajouter qu'elle implique une structure minimale c'est-à-dire une chaîne entendue qu'une chaîne selon Lacan est une chaîne signifiante subjective. Ainsi le déchaînement dans la psychose revient à concevoir l'irruption de signifiants déchaînés dans le réel.

4-2. *Temporalité logique*

Manifestement une reprise en 1957 de l'investigation de la clinique du président Schreber ordonne les conséquences cliniques du déclenchement en raison des effets dans la structure du sujet de l'appel en vain du signifiant du Nom-du-Père si bien qu'une *temporalité logique* sous-jacente mais impliquée par la clinique peut être formulée. En effet, le déclenchement de la psychose tout en dévoilant la modalité d'inscription du sujet dans le symbolique, va s'ordonner suivant une temporalité guidée par une logique singulière, appelée *logique du déclenchement* déterminée par la primauté du symbolique. Ce n'est sans doute par hasard que Lacan ait investi la clinique de l'entrée dans la psychose dans son séminaire sur les psychoses et indiquer dans ce même séminaire l'existence d'une « échelle des délires ² ». Le déclenchement à propos duquel Lacan semble hésité entre deux localisations y est toutefois considéré par Lacan comme un élément syntagmatique d'une temporalité plus vaste et qui le contient. Dans ce sens, Lacan parlait de « déclenchement des phases du délire ³ ». Dans la dernière leçon du 4 Juillet 1956, Lacan propose un déroulement du déclenchement que l'on

¹. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 583.

². Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 89.

³. *Ibid.*, p. 56.

peut considérer comme son premier modèle d'un développement logique allant de la prépsychose au délire : « Dans la psychose, c'est le signifiant qui est en cause, et comme le signifiant n'est jamais solitaire [...] le manque d'un signifiant amène nécessairement le sujet à remettre en cause l'ensemble du signifiant. Voilà la clé fondamentale du problème de l'entrée dans la psychose, de la succession de ses étapes et de sa signification ¹».

Si Lacan corrèle l'étude de l'évolution du délire et l'étude de sa survenue selon un principe de recherche natif de la psychiatrie classique à partir de 1850, cependant, il ne s'en tient pas à une posture descriptive et souhaite préciser les coordonnées régissant le développement de la psychose clinique et de son déclenchement. C'est dans ce contexte qu'il réfute le processus psychique jaspérien au nom d'une conception structurale du symptôme. Et s'il arrive à Lacan d'employer ce terme, il convient de ne pas confondre le sens qu'il lui confère avec celui de Jaspers bien qu'il ait pu un moment s'y référer. En 1957, il s'en démarque avec tranchant. Ce faisant, le symptôme n'est pas l'indice d'un processus jaspérien mais doit être caractérisé par son articulation à la structure c'est à dire à la chaîne signifiante, au discours de l'Autre. Lacan s'appuie indéniablement dans son texte sur la notion de processus mais dont l'acception lui est propre : « Nulle part en effet la conception fallacieuse d'un processus psychique au sens de Jaspers, dont le symptôme ne serait que l'indice, n'est plus hors de propos que dans l'abord de la psychose, parce que nulle part le symptôme, si on sait lire, n'est plus clairement articulé dans la structure elle-même ²».

La confusion sensible entre déclenchement de la psychose et déclenchement du délire au cours du séminaire sur les psychoses s'est dissipée par la conjonction de la conceptualisation de la forclusion du Nom-du-Père, de la théorie du Un-père et de la suppression de la prépsychose. Elle se trouve dès lors intégrée dans la psychose clinique dont le temps inaugural intervient sous les espèces d'une conjoncture dramatique se laissant appréhender ainsi : un père réel se retrouve en position de tiers par rapport au couple a-a'. Tel un fait de structure se produit l'appel en vain dans le symbolique du Nom-du-Père. Celui-ci provoque alors un trou dans l'imaginaire Φ_0 qui a lui-même des effets de cataclysme imaginaire [crépuscule du monde, mort du sujet, pullulement des significations, expérience énigmatique]. Φ_0 engendre également des troubles du symbolique que Lacan rapporte à une mobilisation du signifiant, le sujet tentant alors de stabiliser cette cascade signifiante. A propos de Schreber Lacan écrit :

¹. *Ibid.*, p. 229.

². Lacan J. « D'une question préliminaire... », *op. cit.*, p. 537.

« C'est autour de ce trou où le support de la chaîne signifiante manque au sujet, et qui n'a pas besoin, on le constate d'être ineffable pour être panique, que s'est jouée toute la lutte où le sujet s'est reconstruit ¹ ».

A l'instar de son maître Clérambault², Lacan applique indistinctement en 1932 le terme de déclenchement qu'il s'agisse du délire³, du « déclenchement de la maladie ⁴ », du « déclenchement du processus morbide ⁵ », du « déclenchement des symptômes ⁶ » ou bien entendu du « déclenchement de la psychose ⁷ ». Autant ses choix d'application restent relatifs au champ de la psychose, autant ils ne possèdent qu'un sens mécanique conformément à son origine psychiatrique. Par ailleurs, le terme de déclenchement qui était introduit depuis quelques années, au moins depuis 1927, dans le champ psychanalytique français, par Charles Odier, était aussi rapporté à un mécanisme⁸. Bien évidemment, Lacan ne peut pas encore s'appuyer sur une approche structurale de la psychose pour différencier très nettement le déclenchement de la psychose et le déclenchement du délire ce dernier n'étant qu'un développement ou auto-traitement du premier. Manifestement, Lacan tend à les confondre sans doute afin de répondre à son souhait d'un mécanisme pourtant rêvé⁹. Sans doute aussi, faute de pouvoir cerner précisément et théoriquement ce mécanisme en ces fondements. Il utilise à nouveau le syntagme l'année suivante dans son article bilan¹⁰. Quelques années plus tard, il définit les conditions de l'entrée dans la psychose sous les espèces de la notion de phase féconde du délire déterminé par une défaillance structurale imaginaire. Là aussi, Lacan s'en tient à une confusion, si l'on nous permet les énoncés, entre entrée dans la psychose et entrée dans le délire bien qu'il maintienne l'existence de phénomènes élémentaires.

En revanche, ses premières élaborations structurales ressortissant du primat du symbolique permettant de caractériser les propriétés de la structure du sujet s'accompagnent

¹. *Ibid.*, p. 564.

². Cf, *supra.*, p. 101 et sq.

³. On peut y lire : « Le délire se déclenche ». In *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, *op. cit.*, p. 66.

⁴. *Ibid.*, p. 93.

⁵. *Ibid.*, p. 254.

⁶. *Ibid.*, p. 347.

⁷. On y trouve au moins deux occurrences de ce syntagme aux pages 125 et 279. Mais aussi « déclenchement des psychoses », p. 124.

⁸. Odier Charles. « Contribution à l'étude du surmoi et du phénomène moral », in *Revue française de psychanalyse*, 1, 1927, p. 24-72, p. 34. La citation exacte est « déclenchement de ce mécanisme ». L'année suivante, dans le numéro 4, il publia « L'argent et les névrosés » où il l'utilisa à plusieurs reprises et notamment en rapport au désir (p. 695). Il ne possédait évidemment pas les coordonnées structurales que Lacan lui donnera par la suite.

⁹. Cf, *supra.*, p. 187.

¹⁰. On trouve une occurrence du syntagme In « Exposé général de nos travaux » [1933], *op. cit.*, p. 402.

en 1953 d'une extension ou application du déclenchement au « déclenchement de la névrose obsessionnelle ¹», syntagme que l'on retrouve dans le séminaire sur les psychoses². Fait notable, le syntagme de déclenchement de la psychose est textuellement absent de ce séminaire. Au reste, on peut toutefois y lire « déclencher une psychose ³» et même y trouver une application au délire⁴ de sorte qu'une certaine rigueur manque dans le concept. Il faudra attendre 1958 pour que le déclenchement soit rapporté à la psychose et non au délire même si la locution manque⁵. Il en résulte la suppression de la phase prépsychotique⁶ dont les phénomènes du cataclysme imaginaire sont dès lors engendrés par le déclenchement de la structure. Il possède alors une définition conceptuelle précise⁷ dont les linéaments se réfèrent à la structure de la personnalité avant que ne s'impose la structure de l'inconscient. Ce rapide aperçu sémantique montre qu'au-delà du syntagme, le concept même de déclenchement de la psychose a nécessité pour acquérir ses propriétés définitionnelles que Lacan entreprenne son « retour à Freud ⁸» qui s'accompagnera d'un renouvellement des lois de l'inconscient grâce à la linguistique structurale dont l'influence fut décisive. Dans ce mouvement spéculatif, il élabore ses concepts de structure, d'Autre et de forclusion du Nom-du-Père et cerne les conditions spéciales de déclenchement sous les espèces de la théorie du Un-père. La structure est devenue structure signifiante et possède des affinités certaines avec la chaîne au sens linguistique. La structure psychotique est alors caractérisée par l'impossibilité de l'opposition symbolique [PoS] déterminée par la forclusion du signifiant du Nom-du-Père notée Po et la seconde qui lui est conséquente, celle du phallus en tant que signifiant et signification phallique notée Φ . L'opération de la métaphore paternelle c'est-à-dire de la métaphorisation de la première symbolisation de l'absence de la Mère devant produire la signification phallique et ordonner le grand Autre grâce au refoulement originare du signifiant phallique. Lorsqu'en des circonstances cliniques précises intervient l'intrusion

¹. Lacan J. « Le mythe individuel du névrosé ou poésie et vérité dans la névrose » [1953], *op. cit.*, p. 296. On peut y lire également « déclenche sa névrose », p. 294.

². Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 84 et p. 308.

³. *Ibid.*, p. 31.

⁴. *Idem.*

⁵. Toutefois, il faudrait infléchir ce point de vue Lacan évoquant les travaux de M. Niederland sur « le déclenchement du délire ». In « D'une question préliminaire.. » *op. cit.*, p. 580. En un sens, il y a stricte équivalence entre la psychose déclenchée et le délire. L'intérêt à distinguer déclenchement de la psychose et déclenchement du délire réside notamment dans l'étude des modes cliniques de sortie du temps inaugural du déclenchement, de la perplexité initiale ainsi que nous le verrons dans la troisième partie.

⁶. Elle n'en continue pas moins à perdurer dans le discours psychiatrique connaissant même un nouvel essor avec les modèles de la vulnérabilité.

⁷. Lacan continue d'appliquer ce terme à d'autres situations mais cela importe peu sur le fait qu'il se rapporte désormais dans les cas d'application à la névrose ou à la psychose au déclenchement d'une structure déterminée par des conditions afférentes au registre symbolique.

⁸. Lacan J. « Fonction et champ de la parole et du langage », *op. cit.*, p. 302.

d'un tiers réel dans un couple imaginaire érotisé, le registre symbolique se trouve bouleversé si bien qu'à cette époque un des effets majeurs du déclenchement de la psychose correspond à un déchaînement du signifiant ou déchaînement de la structure psychotique du sujet. En conséquence « le signifiable » c'est-à-dire ce qui est à signifier par la chaîne symbolique, ce qui est pris en charge par la chaîne symbolique qui « se développe selon des liaisons logiques, dont la prise sur ce qui est à signifier, l'être de l'étant, s'exerce par les effets de signifiants, décrits par nous comme métaphore et comme métonymie ¹», et « son ineffable et stupide existence ²» s'en trouvent profondément bouleversés. L'autre effet majeur porte sur le désastre imaginaire qui n'est pas également sans effet sur le sujet, Lacan ayant pu évoqué à propos de certaines expériences subjectives du président Schreber qu'il relate dans ses *Mémoires d'un névropathe de mort du sujet*.

Il appert que le concept de déclenchement de la psychose et la théorie du Un-père qui lui corrélée nécessitent en 1959, dans leur formalisation la plus aboutie, l'implication des trois registres du symbolique, de l'imaginaire et du réel à des titres, « le signifiant relevant du Symbolique, le signifié de l'Imaginaire et l'être de l'étant du Réel. ³»

¹. Lacan J. « D'une question préliminaire... », *op. cit.*, p. 575.

². *Ibid.*, p. 549.

³. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 13.

Conclusion de la deuxième partie

L'enjeu de cette seconde partie était de montrer que le concept lacanien de déclenchement de la psychose, tel que formalisé en 1959, ressort d'un cadre théorique et épistémologique précis, dont les fondements se rapportent à une approche structurale de la psychose. Foncièrement corrélée au primat du symbolique des années 50, cette approche, et par conséquent le concept de déclenchement de la psychose, nécessita l'introduction successive de concepts tels que le grand Autre en 1955, ou bien la forclusion du Nom-du-Père en 1957. Ces concepts qui furent forgés par Lacan se situent à la croisée des travaux des linguistes F. de Saussure et R. Jakobson, de l'anthropologue Lévi-Strauss, du philosophe Hegel et du fondateur de la psychanalyse S. Freud. Toutefois, le paradigme du déclenchement de la psychose s'institue prioritairement de la découverte freudienne de l'inconscient dont l'investigation permettait de subodorer l'existence de lois régissant le fonctionnement des psychonévroses de défense, et partant, de la psychose hallucinatoire et de la paranoïa clinique.

Que Freud n'ait guère employé le terme même de structure, tout comme Saussure d'ailleurs¹, ne doit pas laisser croire qu'un tel concept dans ses déterminations et propriétés soit absent du corpus freudien. Bien au contraire, toute son élaboration sur le concept de refoulement dans ses effets de stratification de l'inconscient va dans ce sens. Aussi, les locutions de constitution ou prédisposition psychique dans son œuvre ne doivent nullement être rapportées à la théorie constitutionnaliste, mais appréhendées comme une structure latente. De sorte que l'approche freudienne de l'entrée dans la psychose nécessite deux implications : une prédisposition psychique psychotique et un événement devant lequel le sujet réagit grâce à un mécanisme de défense identique au mécanisme psychique originaire ayant structuré la psychose. Ainsi « chaque sujet semble posséder des modes de défense privilégiés, auxquels, en des circonstances inassumables, il se trouve contraint de recourir. Alors se révèle une structure préexistante, analogue, à ce que l'on observe quand on jette par terre un cristal² », « il se brisera, écrit, Freud, non pas n'importe comment, mais suivant ses lignes de clivage, en morceaux dont la délimitation, quoique invisible, était cependant déterminée auparavant par la structure du cristal. ³ » Un tel déterminisme n'est possible qu'à postuler l'existence de lois

¹. Terme d'usage peu courant à l'époque, on lui préférerait celui de système ou bien d'organisme : « La notion de totalité organique est à la fois obstacle épistémologique et voie nécessaire d'accès au concept de structure, par l'intermédiaire de la notion de système. » In Sériot P. *Structure et totalité. Les origines intellectuelles du structuralisme en Europe centrale et orientale*, Paris, PUF, 1999, p. 2.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 34-35.

³. Freud S. *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, op. cit., p. 81-82.

psychiques spécifiques, c'est à dire régulant le psychisme, au-delà du phénoménologique. Malgré une réelle obstination dans ce sens là, Freud ne réussit pas à caractériser un mécanisme proprement psychotique permettant de saisir les lois régissant l'entrée dans la psychose, ainsi que nous l'avons déjà vu. Néanmoins les recherches freudiennes sur la détermination et la réalité clinique de l'entrée dans la psychose représentent un véritable socle à partir duquel Lacan a édifié sa propre conceptualisation en reprenant notamment la *Verwerfung* freudienne et la thèse d'une séparation, d'une coupure du moi d'avec la réalité, d'un retrait de la libido.

L'histoire de la construction du concept de déclenchement de la psychose apparaît indubitablement corrélée à l'évolution de l'investigation lacanienne de la psychose. De sorte que l'on peut rapporter son évolution comme le passage d'une notion psychiatrique à une notion psychanalytique forgée par Lacan, réussissant à inventer un concept original. Il est notable d'ailleurs que Lacan se soit fixé comme programme, aux temps inauguraux de ses recherches, en 1931, de trouver le mécanisme propre des éclosions délirantes. La démarche psychopathologique de Clérambault ne devait-elle pas l'inciter à explorer cette voie ? Assurément, l'influence du Maître de l'Infirmierie spéciale ne doit être négligée, et pas seulement pour le terme même de déclenchement que Lacan vraisemblablement lui emprunta et auquel se rattache une forte résonance mécanique, mais surtout pour son analyse structurale des syndromes de l'automatisme mental et de l'érotomanie pure. La recherche de constantes et du mécanisme générateur du syndrome constitua certainement un modèle structural pour Lacan, tout comme les travaux de E. Minkowski, en une première étape, si bien que l'on s'accorde avec le point de vue de J.-C Maleval : « L'enseignement de Lacan sur la structure de la psychose ne s'est pas produit en rupture avec celui de la psychiatrie classique, les multiples références à ce dernier dont il est nourri en témoignent. Nous persistons à considérer que clinique psychanalytique et clinique psychiatrique peuvent mutuellement s'enrichir – sans pour cela se confondre. ¹» Et ce d'autant que cette dernière délaissa complètement « l'examen des différents mécanismes qui dans les psychoses ont pour fonction de détourner de la réalité et d'en reconstruire une autre, ainsi que l'ampleur du succès que ces mécanismes peuvent viser, [c'] est une tâche de la psychiatrie au sens restreint qui n'a pas encore été entreprise ²». Dès lors revenait à la psychanalyse la charge et le mérite d'assumer un tel programme de recherche.

De plus en plus explicitement Lacan centre son examen de l'entrée dans la psychose sur son déterminisme structural si bien que les conditions de déclenchement deviennent en 1938

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 22.

². Freud S. « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924], op. cit., p. 302.

homologues à celle de la structure : Le déclenchement est y conçu à partir « d'une homologie entre l'entrée dans le complexe d'Édipe et l'entrée dans la psychose ¹» Autre fait remarquable, le tableau clinique de l'entrée dans la psychose est déjà rapporté à l'expérience du sujet éprouvant une étrangeté ineffable : « chocs, énigmes, significations ²» mais aussi « crépuscule du monde ». La structure psychotique est alors rapportée par Lacan à la défaillance d'une opposition structurale, qu'il s'agisse de l'opposition entre l'identification oedipienne et l'identification narcissique, ou bien, en 1959, de l'opposition symbolique entre le sujet et le signifiant du Nom-du-Père [NP/\$] dans la théorie du Un-père. Ces deux conceptualisations impliquent la reproduction de l'opération inaugurale et fondatrice de la structure, l'aura de la réalisation œdipienne d'une part et l'introduction d'un tiers réel dans une relation imaginaire d'autre part. Autrement dit, le déclenchement de la psychose est déterminé par la reproduction des temps logiques de la mise en place de la structure, appréhendée à partir de trois termes. Cette mise en place implique une opposition dans les deux conceptualisations. On peut même repère que le passage de l'opposition d'objet d'identification à l'opposition symbolique est homogène à celui de la notion de structure telle que conçue en 1938, puis en 1957. L'opposition signifiante comme principe du symbolique chez Lacan reprend l'opposition des phonèmes chez Saussure. Ou plutôt à la différence, la langue étant construite sur une série de différences si bien que l'opposition symbolique impossible est à référer au principe oppositionnel de la langue pour Saussure. La structure psychotique contrevient donc à ce principe. L'appel fait en vain à cette opposition définit une première implication des conditions structurales du déclenchement. La seconde provenant des situations propres à favoriser cette appel. C'est dans cette perspective circonstancielle que Lacan renouvela la cause occasionnelle prévalente chez Freud de la frustration, en promouvant la notion de conjoncture dramatique désignée sous le nom de théorie du Un-Père. De sorte qu'en 1938 et 1959, perdue une configuration de déclenchement impliquant des liens de causalité entre le déterminisme structural de la psychose et les circonstances de son avènement clinique ou moment fécond. Cette seconde théorie du déclenchement de la psychose se rapporte à l'absence de l'opération symbolique de la métaphore paternelle chez le psychotique, notée Po, et son effet direct sur le registre imaginaire par où se révèle Φ_0 , soit l'absence de la signification phallique permettant un ancrage ou lestage de la chaîne signifiante. Il s'ensuit un « bouleversement du sujet que la clinique désigne sous les aspects du crépuscule du monde – [c'est le temps du déclenchement] ³» avant que n'intervienne la

¹. Naveau P. « Le déclenchement de la psychose », *op. cit.*, p. 80.

². Lacan J. *Les Complexes familiaux dans la formation de l'individu*, *op. cit.*, p. 79-80.

³. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 572.

cascade signifiante. D'une telle clinique, celle de Schreber par exemple, une temporalité logique se déduit, une *logique signifiante du déclenchement de la psychose*.

Au terme de cette conclusion, il nous faut préciser que la formalisation lacanienne de la théorie du Un-Père possédait les défauts de ses qualités : si elle cernait et rendait raison d'un certain nombre de déclenchements, il s'avéra qu'elle fut contredite par la richesse clinique. Congruente au statut du grand Autre de cette époque, elle devait être actualisée afin de serrer au plus près les avancées de Lacan sur l'incomplétude du symbolique. La troisième partie sera l'occasion d'approfondir les développements ultérieurs de l'enseignement de Lacan, et partant d'aborder une nouvelle conceptualisation de ce concept de déclenchement de la psychose.

- TROISIÈME PARTIE -

L'ENTRÉE DANS LA PSYCHOSE

CAUSALITÉ, CLINIQUE

ET

MODES AUTO-THÉRAPEUTIQUES

L'histoire de la clinique de l'entrée dans la psychose s'est écrite grâce à des auteurs de renom dont les découvertes furent décisives¹. Certains voulurent la renouveler, d'autres publièrent des travaux confirmant leurs devanciers. S'il ne s'agissait pas pour nous de retracer cette histoire, nous ne pouvions toutefois ignorer sa réalité. En effet, on peut appréhender celle-ci comme la description classiquement admise et transmise par le savoir psychiatrique. Composée de manifestations cliniques inhérentes pour certaines, discrètes ou occasionnelles pour d'autres, cette description n'est désormais plus reçue et admise comme telle. Un courant de la psychopathologie contemporaine refuse en partie cet héritage, par trop *clinique*, parfois par méconnaissance, parfois par idéologie scientiste. En effet, cette description classique est foncièrement clinique, résultant d'observations, certes étendues, mais en aucun cas soumises aux expériences randomisées et statistiques². Il est pourtant vrai que le fondateur de la clinique avait bien essayé d'introduire les probabilités dans ses recherches³. A cet égard, il peut être perçu par certains comme un précurseur de la démarche positiviste et épidémiologique en psychiatrie⁴. En quelque sorte, à la confluence de ces deux démarches, la théorie de la psychose naissante du psychiatre Henri Grivois est l'une des rares initiatives

¹. Essentiellement les auteurs présentés dans la première partie de la naissance de la psychiatrie aux années 1930.

². Freud n'écrivit-il pas à Jung : « je sais qu'on apprend plus de trois analyses poussées dans le détail que tout ce qu'on peut bricoler à son bureau ». in Freud S, Jung C.G. *Correspondance 1906-1909, I*, lettre 23F du 21/04/1909, *op cit.*, p. 89.

³. Ce dont témoigne notamment la sixième section de son *Traité*, « Résultats d'observations et construction des tables pour servir à déterminer le degré de probabilité de guérison des Aliénés », in *TMP 2, op. cit.*, p. 337-369.

⁴. Cf. Masson. M, Bourgeois M.-L. « La médicalisation de l'intuition charitable : de saint jean de Dieu à Philippe Pinel », *Annales médico-psychologiques*, 164, 2006, p. 237-243. Les auteurs soutiennent cette perspective limitative ne rendant pas compte de la complexité de Pinel.

théorico-cliniques durablement élaborée dans la psychopathologie actuelle. Fraternalisant plus ou moins avec les recherches contemporaines, imbues de scientificité et oubliées des origines expressément classiques de certains de ses fondements cliniques, la théorie de la psychose naissante possède néanmoins les doubles qualités d'être représentative du paradigme de l'apparition de la psychose et cliniquement pertinente¹. Dès lors, elle nous apparaît comme la théorie actuelle avec laquelle doit être confrontée la clinique du déclenchement de la psychose.

Dans une première partie consacrée aux conditions d'entrée dans la psychose, nous montrerons que la multiplicité et l'hétérogénéité clinique de celles-ci ont été réduites, dans l'approche bio-psycho-sociale, à la portion congrue d'un facteur globalisant, le plus souvent qualifié de stressant et séparé de toute subjectivité. Le peu d'intérêt porté au repérage des causes déterminantes dans les modèles de vulnérabilité se retrouve également dans la clinique de la psychose naissante, son promoteur les réduisant à l'anecdote. A l'opposé d'une telle réduction-globalisation, promue dans la psychiatrie contemporaine, nous ferons valoir à la suite de J.-C Maleval, une actualisation du concept de déclenchement à laquelle H. Castanet et P. De Georges ont donné le nom de « néo-déclenchement ² ». Ainsi, une prise en compte de la diversité des circonstances cliniques de l'entrée dans la psychose, ignorées par la classique théorie du Un-père, conjuguée à une actualisation de la structure de l'Autre devenu grand A barré, et à un renouvellement du concept de structure suite aux développements de Lacan sur la structure borroméenne, ont permis une appréhension élargie, et toujours plus singulière, des conditions déclenchantes. Subsiste, cependant, dans cette actualisation, la configuration structurale lacanienne. Nous explorerons les variétés cliniques de ces situations électives qui accèdent la thèse d'une logique du réel ordonnant la structure subjective, et accorderons, suivant les conseils de J.-A Miller dans « Sur la leçon des psychoses », tout son prix à l'« insondable décision de l'être ³ », autre nom de la « subjectivation ⁴ ».

Puis, nous partirons du consensus séculairement partagé par la plupart des cliniciens, considérant que l'expérience initiale du sujet lors de l'entrée dans la psychose est une

¹. Qualités que ne possède pas, par exemple, la notion de *vécu psychotique initial* de P. Wiener.

². Castanet H, De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements » [1998], in Deffieux J.-P, Dewanbrechies-La Sagna Carole (textes réunis par). *La psychose ordinaire, La Convention d'Antibes* [1998], Paris, Agalma/Le Seuil, 2005, p. 13-44, p. 13. Ils reprennent en réalité l'expression à J.-A M qui l'avait avancée l'année précédente conjointement à celle de « pseudo-déclenchement ». In Dewanbrechies-La Sagna C, Deffieux J.-P (textes réunis par). *La Conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclassables de la clinique* [1997], Paris, Agalma/Seuil, 1997, p. 163.

³. Lacan J. « La causalité psychique » [1946], in *Écrits, op. cit.*, p. 177.

⁴. Miller J.-A. « Sur la leçon des psychoses », in *Actes de l'Ecole de la Cause freudienne*, XIII, 1987, p. 142-144, p. 143.

expérience de perplexité inaugurale. Dans la continuité de notre démarche, nous confronterons la symptomatologie afférente à la clinique de la psychose naissante à celle de la clinique du déclenchement. Il s'en déduira que la clinique de la psychose naissante est restrictive, et partielle, délaissant certains signes tel celui du miroir. Nous soutiendrons que la clinique de l'entrée dans la psychose, telle qu'elle s'est constituée à travers l'histoire du savoir psychiatrique, peut être saisie à partir des catégories lacaniennes de *déchaînement du signifiant* et de *délocalisation de la jouissance*. Ainsi, le débat historique visant à conférer la primauté exclusive des troubles de l'entrée dans la psychose soit aux troubles cénesthésiques, c'est-à-dire aux troubles de la perception corporelle, soit aux troubles de la pensée, du langage et de la parole trouve en la thèse lacanienne une solution référée à un principe moniste. En ce sens, ces trois symptômes majeurs, l'*expérience de perplexité inaugurale*, le *déchaînement du signifiant* et la *délocalisation de la jouissance* sont les incidences cliniques de la carence de la fonction paternelle. Dès lors, la clinique de l'entrée dans la psychose est moins une clinique phénoménologique, et c'est la thèse que nous ferons valoir, qu'une conséquence logique de Po, de sorte que l'entrée dans la psychose se trouve orientée telle une *séquence logique*. Cependant, cette question de la prévalence ou de l'exclusivité de l'un des trois versants symptomatiques conserve un certain intérêt lorsqu'elle se trouve insérée dans la problématique des formes cliniques d'entrées dans la psychose. En effet, la traditionnelle bipartition entre forme lente et forme aiguë se rattache à nombre d'enjeux tant au niveau du diagnostic et du pronostic, qu'au niveau de leurs retentissements subjectifs. Dans ce sens, nous n'oublierons pas de souligner la portée heuristique et féconde de l'enseignement lacanien ayant permis l'émergence récente d'innovations théorico-cliniques strictement psychanalytiques, tel le *débranchement* possédant quelques affinités structurales avec le concept de déclenchement de la psychose

Enfin, une troisième partie sera consacrée à l'investigation des modes autothérapeutiques de cette expérience inaugurale et des troubles psychopathologiques déclenchés. Historiquement, deux modes ont été particulièrement privilégiés par le discours psychiatrique : le délire et le passage à l'acte. Toutefois, à leurs côtés, doivent être ajoutés les *aménagements de la position schizophrénique*¹, et d'après Grivois la position mélancolique. Grâce à leur examen clinique, nous ferons valoir qu'il s'agit là en réalité de traitements subjectifs de la carence de la fonction paternelle, rejoignant la thèse freudienne du délire comme autothérapie. Celui-ci apparaît comme l'élaboration de l'énigme dégagée par le sujet

¹. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 125.

lors de la période Po afin d'atteindre au consentement de la jouissance de l'Autre d'après J.-C Maleval. Bien que la clinique de la psychose naissante entérine le surgissement du passage à l'acte, notamment immotivé et sacrificiel, elle peine foncièrement à en proposer une approche novatrice et argumentée. Se référant à l'enseignement lacanien, J.-C. Maleval en a proposé une appréhension originale suggérant un rattachement logique, et non phénoménologique, de tels actes à l'entrée dans la psychose¹. Il s'agit d'y reconnaître les implications subjectives et les déterminations structurales. En ce sens, et contrairement aux positions actuelles désubjectivant ces modes d'auto-traitement, nous montrerons qu'ils répondent à une logique de défense menée par le sujet psychotique, afin de parer à la faille symbolique et à ses conséquences cliniques. Dans ce sens, nous ferons valoir l'innovation lacanienne du concept de *suppléance*, corrélée à la fois à une carence structurale dans sa détermination et aux initiatives subjectives d'y parer.

¹. Maleval J.-C. « Logique du meurtre immotivé » in *Psychose naissante Psychose unique ?*, op. cit., p. 43-67, p.60.

I. Les conditions d'entrée dans la psychose

Il est relativement bien établi que dans la médecine antique gréco-romaine, la notion de maladie était inséparable de celle de causalité. Cette dernière y était même présente à double titre recouvrant alors deux catégories distinctes de causes, d'une part la *diathèse* et d'autre part la cause externe dite « déclenchante » que « les médecins hippocratiques appellent en généralement *prophasis* ¹ ». Aussi, la maladie manifeste résulte de l'action de la cause externe sur la « disposition innée ² » du sujet, de sorte qu'elles participent conjointement à un schéma unique de causalité de la maladie. Il semble que ce schéma doit être considéré comme la matrice conceptuelle de la causalité la plus répandue dans les formes contemporaines de la maladie en médecine et partant des pathologies mentales dans le champ de la psychopathologie.

La dimension de la causalité dans les modèles vulnérabilité-stress ressortissant d'une approche bio-psycho-sociale, locution laissant apparaître clairement les trois facteurs de causalité impliqués dans ces modèles, se rapporte donc à des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Partant, elle suggère à tort d'ailleurs une équivalence de ces trois facteurs en les présentant, par leur mise en série, comme de même importance dans le schéma causal de la psychose déclarée. A cette perspective innéiste, dont nous montrerons certaines variantes descendantes, peut être opposée une autre perspective ou paradigme, reconduisant elle aussi un schéma à double condition, celle d'une condition structurale et d'une cause occasionnelle devant être rapportée au principe structural lui-même. Aussi une actualisation de la conceptualisation du déclenchement de la psychose et de la théorie du Un-père grâce à une prise en compte des développements de Lacan sur les registres du symbolique et du réel permettra une appréhension de situations déclenchantes jusque-là délaissées. La prise en compte de la modification du statut du grand Autre opérée par Lacan, et rapportée par J.-A Miller à une « forclusion généralisée ³ », permet en effet d'élargir les circonstances de *mauvaise rencontre* précipitant le sujet dans la psychose clinique et de rendre compte des conjonctures où n'apparaît pas l'intrusion d'un père réel. Ces dernières furent abordées depuis à plusieurs reprises, notamment par J.-C Maleval à partir de 1983, et plus récemment par H. Castanet et P. De Georges en 1998, sous les espèces des « formes cliniques suivant la

¹. Jouanna J. « La notion de maladie chez Hippocrate », *La Revue du praticien*, 51, 2001, p. 1985-1986, p. 1986.

². Gourevitch D. « La conception galénique de la maladie », *La Revue du praticien*, 51, 2001, p. 1995-2000, p. 1995.

³. Miller J.-A. « Forclusion généralisée » in *Cahiers de l'ACF-VLB*, 1993, p. 4-8. « Ce que comporte le mode généralisé de la forclusion, ce qu'implique disons, la fonction Φ_x , c'est qu'il y a pour le sujet, non seulement dans la psychose mais dans tous les cas, un sans-nom, un indicible. », p. 7.

synchronie¹». En outre, la thèse d'une conjonction de facteurs avancée par J.-C. Maleval permet d'éclaircir certaines situations cliniques comme les cas de *Cyril* et de *Mélanie*.

Ainsi nous ferons valoir une argumentation et une démarche spécifique à la psychanalyse structurale. A cet égard, il nous paraît opportun de rapporter ici même l'observation présentée par Freud lors de sa seizième conférence d'introduction à la psychanalyse, précisément intitulée « Psychanalyse et psychiatre ». Bien qu'elle soit relative à un cas de névrose, elle nous semble exemplaire de la démarche freudienne, Freud l'exploitant lui-même à titre illustratif. Une femme de 53 ans souffre d'idées obsessionnelles concernant d'éventuelles infidélités de son mari. Bien qu'il lui fut démontré l'irréalité de telles incriminations, la patiente de Freud qu'il rencontra en tout et pour tout deux heures, n'en démordait pas vraiment. « Si une obsession résiste aux épreuves de la réalité, c'est qu'elle n'a pas sa source dans la réalité. D'où vient-elle donc ? [...] Ici nous écouterions volontiers le psychiatre, mais celui-ci n'a rien à nous dire. De toutes nos questions, une seule l'intéresse. Il recherchera les antécédents héréditaires de cette femme et nous donnera *peut-être* la réponse suivante : les obsessions se produisent chez des personnes qui accusent dans leurs antécédents héréditaires des troubles analogues ou d'autres troubles psychiques. Autrement dit, si une obsession s'est développée chez cette femme, c'est qu'elle y était prédisposée héréditairement. Ce renseignement est sous doute intéressant, mais est-ce tout ce que nous voulons savoir ? N'y a-t-il pas d'autres causes ayant déterminé la production de notre cas morbide ? Nous constatons qu'une obsession de la jalousie s'est développée de préférence à toute autre : serait-ce là un fait indifférent, arbitraire ou inexplicable ? Et la proposition qui proclame la toute puissance de l'hérédité doit-elle également être comprise au sens négatif, autrement dit devons-nous admettre dès l'instant où une âme est prédisposée à devenir la proie d'une obsession, peu importent les événements susceptibles d'agir sur elle ? Vous seriez sans doute désireux de savoir pourquoi la psychiatrie scientifique se refuse à nous renseigner davantage. A cela je vous répondrai : celui qui donne plus qu'il n'a est malhonnête. Le psychiatre ne possède pas de moyen de pénétrer plus avant dans l'interprétation d'un cas de ce genre. Il est obligé de se borner à formuler le diagnostic et, malgré sa riche expérience, un pronostic incertain quant à la marche ultérieure de la maladie. Pouvons-nous attendre davantage de la psychanalyse ? Certainement, et j'espère pouvoir vous montrer que même dans un cas aussi difficilement accessible que celui qui nous occupe, elle

¹. Castanet H, De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements », *op. cit.*, p. 16.

est capable de mettre au jour des faits propres à nous le rendre intelligible.¹» De sorte que Freud puisse asseoir la spécificité et l'intérêt de la démarche psychanalytique sur ses capacités à rendre *intelligible* la clinique grâce à la thèse d'une *causalité inconsciente*. Poursuivant sa discussion comparative entre la démarche psychiatrique et celle de la psychanalyse, il écrit : « la psychiatrie n'applique pas les méthodes techniques de la psychanalyse, elle ne se soucie pas de rattacher quoi que ce soit à l'idée fixe et se contente de nous montrer dans l'hérédité un facteur étiologique général et éloigné, au lieu de se livrer à la recherche des causes plus spéciales et plus proches ²». Tout comme Freud se sert du prétexte de cette observation d'idées fixes prise afin de faire valoir la démarche de la psychanalyse dans la clinique de la névrose et de pointer les limites de la psychiatrie scientifique, faisons valoir celle-ci dans la clinique de la psychose. Pour ce faire nous allons examiner plus en détail cette dimension de la causalité de l'entrée dans la psychose qu'il s'agisse des conditions occasionnelles ou des conditions prédisposantes dans les deux paradigmes.

I-1. Conditions d'entrée dans le paradigme de l'apparition de la psychose

La multiplicité et l'hétérogénéité des conditions d'entrée dans la psychose sont deux caractéristiques cliniques dont témoignaient déjà les premiers écrits sur la folie. Célius Aurélien dans *Causes des maladies aiguës* remarquait à propos de la manie que « tantôt elle a des causes cachées, tantôt des causes évidentes comme une exposition à la chaleur, un refroidissement, une indigestion, des ivresses répétées et sans retenue [en grec *krapélè*], des insomnies perpétuelles, l'amour, la colère, la tristesse, la crainte, une conduite véritablement obsessionnelle, une secousse, un choc, une trop grande tension des sens et l'intellect, par désir d'apprendre, par intérêt, par le souci de la gloire. Mais aussi pour avoir bu des drogues, en particulier de celles qui passent pour faire naître l'amour [en grec *phitropota*], ou pour s'être fait enlever des hémorroïdes anciennes ou des varices, ou chez les femmes, quand manque la purgation menstruelle.(I, 147) ³». Ces deux caractéristiques furent reconduites à travers l'histoire de la pensée médicale au point qu'on les retrouve aux origines de la clinique psychiatrique française moderne, tout d'abord discrètement sous la plume de l'un de ses précurseurs J. Daquin qui écrit dans sa *Philosophie de la folie*, « il y a une infinité de causes

¹. Freud S. « Psychanalyse et psychiatrie », in *Introduction à la psychanalyse*, op. cit., p. 232-233.

². *Ibid.*, p. 236.

³. Célius Aurélien cité par Gourévitch. In « La psychiatrie de l'antiquité gréco-romaine », op. cit., p. 12.

qui déterminent et produisent la folie ¹» c'est-à-dire « propres à donner naissance à la folie ²», mais surtout chez son fondateur, P. Pinel, qui n'hésitait pas à attribuer l'apparition de l'aliénation mentale à des causes diverses et variées qu'il regroupa, dans ses « Observations sur la manie pour servir l'Histoire naturelle de l'Homme, par le citoyen Pinel An II (1794) » en trois groupes, respectivement « une passion violente », « la folie héréditaire » et enfin « le vice organique ³». Bien qu'il maintienne ces deux caractéristiques dans l'édition princeps de son *Traité* parue six ans plus tard, il accorde sensiblement le primat aux causes morales ou passions « comme une ambition exaltée et trompée dans son attente, le fanatisme religieux, des chagrins profonds, un amour malheureux ⁴», ou encore « une joie excessive⁵». Il convient donc de tempérer la position de G. Lanteri-Laura considérant que pour Pinel l'aliénation mentale « comportait quatre variétés qui pouvaient survenir de toutes les manières possibles ⁶». Toutefois, poursuit-il, si les fondateurs de la psychiatrie ont dressé « une liste qui nous paraît inévitablement disparate = les passions contrariées, l'éducation trop rigide et l'éducation trop relâchée, l'abus de plaisirs vénériens, mais aussi la continence, l'abus de liqueurs spiritueuses, les coups sur la tête et l'arrêt des règles, l'hérédité, le vieillissement, les tumultes de l'agitation politique ou bien d'autres singularités ⁷», il ne faudrait pas en déduire trop rapidement une radicale hétérogénéité de ces causes, et partant de l'absence d'un principe unificateur explicatif de l'apparition de l'aliénation mentale. En effet, à la question « comment ranger dans un groupe présenté comme homogène l'amour contrarié, les traumatismes crâniens, l'ambition réussie et l'abus de liqueurs spiritueuses ? » Lanteri-Laura répond que « l'homogénéité tient à ce que toutes ces causes n'agissent que par leurs effets sur cette matière vivante que constitue le cerveau, et par sa situation intermédiaire, se trouve sensible aux significations aussi bien qu'aux coups. Ce vitalisme, que Diderot avait préfiguré autrefois dans le *Rêve d'Alembert* et qui n'a rien à voir avec le spiritualisme ultérieur, explique qu'on ait pu faire des causes morales et des causes physiques de la folie un ensemble sans coupure

¹. Daquin J. *Philosophie de la folie*, op. cit., p. 53.

². *Idem*. Remarquons l'emploi du terme de *naissance* par Daquin pour signifier l'apparition clinique de la folie et mettons le en perspective avec la psychose naissante : il s'en déduit une permanence d'un terme à connotation phénoménologique et dynamique.

³. Pinel P. « Observations sur la manie pour servir l'Histoire naturelle de l'Homme, par le citoyen Pinel an II [1794] », in Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, op. cit., p. 238.

⁴. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], op. cit., p. 110.

⁵. *Ibid.*, p. 168. Nous verrons plus avant comment J.-C. Maleval reprend l'observation afférente à cette joie excessive.

⁶ Lanteri-Laura G. « Réflexions sur l'hypothèse d'une pathologie mentale unitaire », op. cit., p. 62.

⁷. Lanteri-Laura G. « Éléments pour une histoire de la psychiatrie ». Disponible sur le site http://www.serpsy.org/histoire/Lanteri_1.html. Consulté le 28/04/2003.

interne¹». Ce vitalisme agrège autour de lui, tel un principe commun unificateur, les multiples et hétérogènes causes d'aliénation mentale effaçant ainsi la limite catégorielle entre causes morales et causes physiques. Dans ce sens, « le vitalisme : c'est l'idée qu'existe de façon autonome une matière vivante, irréductible aussi bien à la matière inerte de la chimie minérale qu'à l'esprit : c'est cette importance de la matière vivante qui explique la rationalité de ce syncrétisme étiologique qui surprend tellement le lecteur actuel. ²» Le principe vitaliste possède ainsi une réelle dimension étiologique et partant peut être considéré comme un des premiers efforts spéculatifs déterministes de la folie.

Parallèlement à la conception vitaliste opérant comme principe explicatif, il est possible d'élaguer l'hétérogénéité et la multiplicité des causes évoquées en estimant que les causes majeures sont assignables, chez les aliénistes, au registre des passions si bien que l'équivalence supposée des causes dans la liste avancée par Lantéri-Laura n'est pas conforme aux travaux d'Esquirol. Cet escamotage est en réalité attribuable à la foi prégnante de Pinel, et à sa suite celle de son élève, dans le calcul des probabilités puisqu'il y maintient des causes qu'il reconnaît lui-même comme cliniquement inconséquentes. Erreur déjà commise par Michel Foucault lorsqu'il écrit que l'« extension presque indéfinie des causes lointaines est devenue à la fin du 18^{ième} siècle un fait d'évidence ; au moment de la grande réforme de l'internement, une des rares connaissances qui ait été transformée, telle quelle, sans altération, de savoir théorique : la nouvelle pratique asilaire c'est justement la polyvalence et l'hétérogénéité de l'enchaînement causal dans la genèse de la folie ³». A suivre Foucault, la multiplication à l'infini des conditions de l'apparition de la folie manifeste à la fin du XVIII^e siècle se situerait dans la continuité des temps passés. Aucune innovation dans le champ de la causalité de la folie ne serait survenue au tournant des XVIII^e et XIX^e siècles selon Foucault. Bien qu'à certains égards, elle recèle une certaine justesse, cette interprétation s'avère en réalité très partielle, Foucault passant à côté du geste spéculatif de Pinel sur la genèse de la folie dont nous avons donné les termes dans la première partie de cette recherche. Reconduisant la cohorte de causes héritées de l'Antiquité, Pinel promet tout de même une prévalence, certes relative, mais réelle, aux causes morales. Esquirol entérinera et systématisera ce primat des passions pour lui donner une envergure doctrinale en ce sens que la catégorie des causes morales occasionnelles acquiert une prévalence certaine dans son

¹. Lantéri-Laura G. « Acuité et pathologie mentale », *L'Evolution Psychiatrique*, 51, 2, 1986, pp. 403-416. Repris in *La chronicité en psychiatrie*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997, p. 69-93, p. 73.

² *Idem*.

³. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961], *op. cit.*, p. 285.

schéma explicatif. A l'intérieur de ces causes, il en est même certaines cliniquement électives : « De toutes les causes morales, celles qui produisent le plus fréquemment la folie, sont l'orgueil, la crainte, la frayeur, l'ambition, les revers de fortune, les chagrins domestiques. ¹ ». Il faut bien saisir que ces causes morales se rapportent aux passions secondaires dites sociales, Esquirol fustigeant en quelque sorte ces dérives sociales. Parallèlement aux causes morales, d'autres causes sont évoquées par les fondateurs pour expliquer l'apparition de l'aliénation mentale. En premier lieu, il convient de repérer que la causalité morale recèle une dimension religieuse voire moralisatrice. « Tous les excès monstrueux du vice, la torpeur apathique de l'indolence, l'habitude de l'ivresse, un abandon effréné aux plaisirs vénériens, sont aussi propres à produire l'aliénation mentale qu'à la fomenter. ² » En second lieu, chez les fondateurs, l'activité intellectuelle soutenue favorise l'apparition de la psychose : « Les personnes qui se livrent à des études opiniâtres, qui s'abandonnent à la fougue de leur imagination, qui fatiguent leur intelligence, soit par une curiosité inquiète, soit par un entraînement pour les théories et les hypothèses ; soit par attrait pour leurs idées spéculatives, présentent une condition favorable au développement de l'aliénation mentale. ³ » Le clinicien doit accueillir avec une certaine réserve ces conditions : Schreber n'attribuait-il pas ses deux maladies à un « surmenage intellectuel ⁴ » ? Toutefois, ce surmenage n'est pas totalement extérieur au contexte de l'entrée dans sa psychose, mais doit être resitué en tant que symptôme succédant, dans le cas du second déclenchement en 1893, à sa nomination et à ses prises de fonction de président de la cour suprême du land de Dresde. Nul doute que les fondateurs P. Pinel et E. Esquirol et leurs successeurs aliénistes auraient avalisé une telle cause occasionnelle, et auraient corrélié l'entrée dans la psychose de Schreber à son surmenage intellectuel.

Nous avons vu dans la première partie de notre recherche l'importance accordée par les fondateurs à la thèse d'une prédisposition à l'aliénation mentale et son implication dans un schéma explicatif à double conditions que les propos suivant d'Esquirol confirme : « Avec ces dispositions primitives ou acquises, il ne manque plus qu'une affection morale pour déterminer l'explosion de la fureur, ou l'accablement de la mélancolie. ⁵ »

La descendance des fondateurs adoptera la causalité passionnelle dite morale. C'est à leur suite, que Parchappe reconduisait le schéma initié par Pinel et systématisé par Esquirol. Il

¹. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées sous leur rapport médical, hygiénique...* vol I, op. cit., p. 58.

². Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [1809], op. cit., p. 395.

³. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées sous leur rapport médical, hygiénique*, op. cit., p. 41.

⁴. Schreber D.-P. *Mémoires d'un névropathe*, op. cit., p. 34.

⁵. Esquirol E. *Des passions considérées comme causes...*, op. cit., p. 28-29.

discerne alors comme ses devanciers deux niveaux de causalité, à savoir la prédisposition et la cause de la folie. Ainsi, pour Parchappe, s'impose en 1843 que « la prédominance des causes morales sur les causes physiques dans la génération de la folie soit une vérité acquise à la science ¹ ». Avec une certaine modernité tant dans la façon d'appréhender la détermination de cette clinique que dans la sémantique, il écrit : « l'élément générateur de la folie m'a paru constamment être l'élément moral ² ». Notons qu'il resserre la définition des causes morales en en excluant étrangement la joie, la frayeur et la colère. Parchappe rapporte un tableau intitulé *Causes de l'aliénation mentale* établi à partir de documents recueillis à Saint-Yon depuis le 1er janvier 1835 jusqu'au 1er janvier 1843. Les chiffres portent sur 1149 observations réparties selon quatre types de causes de l'aliénation des internés. Sont mentionnées par ordre décroissant :

« Les Causes morales

- Religion : dévotion exaltée scrupules de conscience, remords ;
- Amour : amour contrarié, jalousie ;
- Famille et affections : perte d'une personne aimée, inquiétude pour la vie, joie à propos d'affection ;
- Fortune : revers de fortune, perte d'argent, de place, inquiétudes à propos d'intérêt et d'argent, chagrin à propos de privation de la misère, vocation contrariée, envie ;
- Réputation : amour-propre blessé, atteintes à la réputation, chagrin à propos de diffamation, chagrin à propos de poursuites ou de condamnations judiciaires ;
- Conservation : pudeur blessée, colère, inquiétudes pour la santé, chagrin d'infirmité accidentelle ;
- Patrie : exaltation politique, nostalgie.

Les Excès

- Intellectuels : excès d'études, de travail intellectuel, veilles, inconduites, libertinage, excès vénériens ;
- Sensuels : onanisme, abus de boissons alcooliques

Les Causes organiques

- Cérébrales : idiotie, épilepsie, maladies cérébrales fébriles ou non fébriles ;
- Non cérébrales communes aux deux sexes : maladies aiguës ou chroniques, suppression d'hémorragies ou des maladies fluxionnaires ;
- Non cérébrales spéciales à la femme : grossesse, suites de couches, aménorrhée ;

¹. Parchappe M. « De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie », in *Annales médico-psychologiques*, Tome II, 1^{ière} année, 1843, p. 358-371, p. 364.

². *Ibid.*, p. 365.

Les Causes externes

- Insolation, chutes sur la tête, action du mercure ¹».

Il s'avère, d'après les chiffres du tableau rapporté par Parchappe, que les causes morales seraient à l'origine de 533 observations, les excès de 194 des cas, les causes organiques de 149 et les causes externes 11. Chiffres auxquels, il faut ajouter 298 observations aux causes inconnues et 6 cas de grand âge pour obtenir les 1191 observations du départ. Incontestablement si un tel tableau reconduit les causes héritées, notamment avec la catégorie des causes externes des fondateurs, il les ordonne suivant un classement dévoilant une prévalence des causes morales. Mais plus largement, il répertorie avec une certaine justesse clinique les situations électives, à condition bien sûr de ne pas s'arrêter sur les catégories elles-mêmes en ce sens que l'on retrouve sous les espèces des causes organiques les grossesses ou suite de couches.

Deux ans plus tard, Jacques-Joseph Moreau de Tours reconduit dans son ouvrage majeur de 1845 le schéma explicatif de la folie déclarée des fondateurs, celui-ci impliquant une prédisposition qu'elle soit héréditaire ou acquise et une cause actuelle dite morbide, l'excitation maniaque, définie comme le « fait primitif générateur de tous les phénomènes du délire ²», étant la conséquence clinique majeure engendrée par l'action de cette dernière : « quand on songe à la multitude de causes qui peuvent produire l'excitation ; quand on connaît bien toute l'importance et pour ainsi dire l'immense valeur étiologique des prédispositions héréditaires ou acquises ; quand on sait que chez les individus prédisposés il suffit d'une préoccupation un peu vive, d'une impression brusque et inattendue, d'une légère émotion, d'un dérangement quelconque des fonctions, d'un peu de retard dans une évacuation habituelle [il est impossible, dans la plupart des cas, d'assigner d'autres causes que celles-ci à la folie la mieux déclarée], etc., pour développer l'excitation ³». Il est dommage que Moreau de Tours n'ait pas précisé ce qu'il entendait par prédisposition acquise. En outre, si Moreau de Tours n'adhère pas à la systématisation esquirolienne des causes morales, laissant à l'instar de P. Pinel une certaine place aux causes physiques, en revanche, il estime qu'elles provoquent toutes deux un même « désordre psychique primitif ⁴ » : « Physiques ou morales, les causes morbides ont pour résultat immédiat d'ébranler d'une manière plus ou moins

¹. *Ibid.*, p. 367. Nous ne reprenons pas ici la partie chiffrée du tableau.

². Moreau de Tours J. *Du haschich et de l'aliénation mentale*, coll. « Analecte », *op. cit.*, p. 98.

³. *Ibid.*, p. 146.

⁴. *Ibid.*, p. 114.

brusque les facultés intellectuelles en exagérant leur action, autrement dit, en les surexcitant. ¹»

De nombreux écrits attestent qu'à travers l'évolution des idées psychiatriques se soit tout de même maintenue cette pluralité des causes occasionnelles. Par exemple, dans le contexte doctrinal des constitutionnalistes, Sérieux et Capgras ont repéré que le délire de revendication éclôt suite à un incident dans la vie du sujet : « Surviennent un incident quelconque et la psychose apparaît ²», comme par exemple « un procès perdu, un héritage manqué, des fiançailles rompues, un avancement retardé, un ouvrage dédaigné, un concours raté, un emploi refusé, une déception quelconque [...] En d'autres circonstances, c'est une découverte entrevue, une théorie sociologique ³». En définitive, il y a toujours à la source du délire de revendication « un grief expressément formulé, un fait initial auquel le malade revient toujours dans ses raisonnements ou ses écrits et dont il tire toutes ses déductions : c'est un dommage subi, une condamnation injuste, une mission déterminée ⁴». S'il s'avère cliniquement pertinent, ce repérage série ces conditions sans offrir de perspective unificatrice.

Les recherches contemporaines semblent avoir délaissées ces regroupements hétérogènes au profit d'une approche globalisante historiquement référée à la notion selyenne de stress qui se déploie dans les recherches modernes en *events stress* traduits par événements stressants liés à la vie, appelé aussi stress psychologique. D'une part, il est notable qu'un « mécanisme physiologique unique ⁵ » dégagé à partir d'étude menées sur les réactions de rongeurs soumis à des attaques soit élevé, certes après des modifications liées aux expériences humaines, au rang de condition occasionnelle et ainsi coupé de toute situation clinique, faisant équivaloir par exemple une déception amoureuse et une joie amoureuse. N'importe quel « stimulus psychosocial ⁶ » peut dès lors générer un stress psychologique. Dans ce sens, si l'on prend la doctrine aliéniste comme point de départ du discours psychopathologique, on est passé en deux siècles de la dimension morale des fondateurs à une dimension physiologique constituante de l'approche bio-psycho-sociale. D'autre part, il est remarquable mais peu étonnant que cette factorisation mélange les niveaux de causalité faisant équivaloir étiologie

¹. *Ibid.*, p. 100.

². Sérieux P, Capgras J. *Les folies raisonnantes*, Paris, Alcan, 1909, p. 253.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 260.

⁵. Sauvagnat-Boubakeur R, Sauvagnat F. « De la poussée d'adrénaline au syndrome général d'adaptation (stress) : à la recherche d'un corrélat physiologique du trauma », *op. cit.*, p. 192.

⁶. Rivolier J. « Le concept de stress », *op. cit.*, p. 48.

et cause occasionnelle telle qu'elle était dénommée au XIX^e siècle. En réalité, les travaux modernes et contemporains émanant des approches psychopathologiques relatives au syndrome et à la maladie n'ont apporté aucune nouveauté au corpus des fondateurs sur cette dimension des conditions d'entrée dans la psychose. Précisément, aucune condition nouvelle n'a été repérée par eux, préférant une abstraction sous la figure du stress à un discernement d'une situation individuelle. En outre, cette perspective ne laisse aucune place à la variabilité des effets psychiques, tout du moins elle n'en tire aucune indication. En premier lieu, elle ne rend compte aucunement des variations intersubjectives et intrasubjectives : qu'un sujet décompense une psychose dans le contexte de telle situation et non pas de telle autre et que dans le temps ces situations peuvent varier. Une cause occasionnelle peut l'être à un moment pour tel sujet et ne plus l'être à un autre pour ce même sujet. Autrement dit, cette approche ne génère aucune spécification des stressors dans la mesure où ils n'existent que par la réaction qu'ils engendrent. Une autre objection peut être formulée à la suite de Rivolier lui-même, que l'on peut considérer au regard de ces travaux comme l'un des auteurs français majeurs de ce domaine. L'une des conclusions de son article éponyme sur le concept de stress, soutenait que « pour demeurer acceptable, la conception psychologique moderne du stress doit être envisagée avec certains garde-fous : -psychosociaux : le stress n'entre pas dans le domaine des névroses ; les manifestations de stress sont liées à l'environnement et à ses exigences adaptatives et on peut parler ici de pathologie psychosociale [...] ¹» En accord avec l'auteur sur son objection relative aux névroses, nous estimons qu'elle vaut aussi pour les psychoses.

I-2. Causalité et théorie de la *psychose naissante*

Si la pluralité hétéroclite évoquée précédemment possède dans le champ de la psychopathologie une réalité factuelle, elle est pourtant contestée voire déniée par certains, essentiellement depuis l'émergence des modèles de vulnérabilité. Ainsi, dans la théorie de la psychose naissante, les conditions d'entrée dans la psychose ont pu, à une certaine période, être réduites à l'*anecdote* en ce sens qu'elles furent décrites en 1995 comme « circonstances anecdotiques ²» selon les termes de Grivois. Dès lors, la naissance de la psychose apparaît coupée des circonstances dont elle procède. Toujours en 1995, Grivois est très clair : « ce qui est spécifique à la centralité de la psychose naissante est l'absence de ces causalités

¹. Rivolier J. « Le concept de stress », *op. cit.*, p. 51-52.

². Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 52.

individuelles discernables ou leur trivialité¹». Non seulement il n'y a pas pour l'auteur de causes individuelles à rechercher mais il considère également que « le clinicien doit [...] dénoncer les modèles théoriques qui sont à la recherche d'une cause repérable sur les malades en toutes circonstances et dans n'importe quel environnement [...] ». Dans une publication postérieure, Grivois confirme qu'il est illusoire de vouloir repérer « un démarrage quelconque² ». Il poursuit : « à partir de quoi quelqu'un se trouverait-il affecté par une légère surchauffe de ce mécanisme d'imitation, c'est-à-dire concerné par un changement quelconque ?³ ». En 1998, dans le rapprochement qu'il opère avec la notion de schizophrénie débutante et les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie, ces circonstances sont appréhendées en terme de facteurs qui sont conformément à cette approche de trois ordres : respectivement biologique, psychologique et social. Ces facteurs représentent très mal la réalité psychopathologique en ne proposant, en définitive, qu'une catégorisation détachée de la clinique en quelque sorte. Il convient donc de remarquer concernant cette dimension que Grivois se situe à l'opposé des pères fondateurs auxquels il se réfère pourtant avec force dans son élaboration théorique. Il va donc à l'encontre du savoir psychiatrique ayant donné naissance à ce que nous avons désigné comme paradigme de l'apparition de la psychose manifeste. Ce faisant, sa démarche aboutit à un réel appauvrissement de la dimension causale dans la clinique de l'entrée dans la psychose. En effet, l'approche dépréciative de ces conditions par cet auteur se manifeste par son désintérêt tant de leur repérage clinique que de l'abord de leur fonction. Si l'on estime que la notion de psychose naissante appréhende certes partiellement avec une certaine justesse la clinique de l'entrée dans la psychose, ainsi que nous le montrerons plus avant, un tel choix réductionniste de son instigateur paraît étonnant d'autant que Grivois n'a pas toujours porté ce regard sur le repérage de ces conditions. Pour preuve, voici ce qu'il a pu écrire en 1993 : « Cela dit, quand même, quand on étudie bien à fond les choses, on retrouve très souvent dans les antécédents quelque chose de l'ordre d'une liaison amicale ou amoureuse ou encore une relation avec un parent. Cette relation a compté énormément sur le plan affectif, a été très importante et s'est effondrée brutalement sans raison, sans autre raison qu'un départ... je pense que l'on retrouve ça *presque toujours* et ce qui est frappant alors, c'est le fait que cette relation à deux annonce la dérive. Est-ce déjà la psychose ? Des situations plus accidentelles sont bien connues. Tels sont les voyages à l'étranger, la solitude brutale, justement le service militaire. Il n'y a d'ailleurs pas de différence fondamentale entre ces situations de dépaysement et les situations à deux qui

¹. Grivois H. « Entrer en psychose », *op. cit.*, p. 354-355.

². Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 27.

³. *Idem.*

s'effondrent. Ce sont des situations presque expérimentales de perte brutale d'identité...¹». A l'évidence, Grivois rapporte la naissance de la psychose à un événement, non pas quelconque, mais chargé affectivement pour le sujet dont l'économie psychique se trouve bouleversée. Il convient d'ailleurs de reconnaître qu'un certain consensus parmi les cliniciens admet la fréquence de ces effondrements ou départs à la source de certaines psychoses cliniques. Grivois n'en reste pas là allant même jusqu'à élucider la diversité des situations évoquées à l'aide d'un principe unique, une *perte brutale d'identité*, pour le moins contestable dans sa systématisation. En premier lieu, Grivois tend à généraliser ces quelques conditions à l'ensemble des entrées dans la psychose. D'où l'inutilité du repérage au cas par cas qui s'en dégage implicitement. En second lieu, la rupture d'une relation duelle peut-elle s'appréhender autrement que par ces termes identitaires ? Il ne serait pas excessif de repérer sous les espèces de cette relation à deux ce que Lacan avait défini en tant que « béquille imaginaire² ». Néanmoins, ce béquillage imaginaire peut opérer pour le sujet comme un soutien identitaire, identification imaginaire, malgré l'absence du trait unaire référé au symbolique. En troisième lieu, malgré un certain repérage de certaines conditions propices à la naissance de la psychose, reste intacte la question du déterminisme de sa naissance. Rien en effet, dans les écrits de Grivois ne vient élucider pourquoi la psychose naissante succède à cette perte brutale d'identité, ne s'appuyant sur aucun mécanisme psychique ou autre inaugurant le démarrage de la psychose.

Il existe un réel désintérêt dans le paradigme de l'apparition pour les causes dites occasionnelles. La clinique à travers les situations étant à l'origine de l'entrée dans la psychose déborde le cadre restrictif, car généralisateur, des facteurs bio-psycho-sociaux. D'ailleurs, cette généralisation rend indifférenciée et 'anonyme' en quelque sorte ces situations cliniques. Leur prise en compte est en définitive quasi-nulle au point que l'on peut se demander si la cause occasionnelle a une quelconque valeur explicative dans ce paradigme. Dans ce sens, il est évident que ces approches, et partant, la théorie de la psychose naissante, sont incapables de rendre compte de certaines conditions communément admises telles que dans la psychose puerpérale par exemple. Elle ne peut donner aucune explication sur l'effet dramatique que peut produire chez certains sujets l'enfantement qu'elle ne répertorie d'ailleurs pas alors que les aliénistes et les classiques l'avaient repérée dans leur observation³

¹. Grivois H. *Urgence folie*, op. cit., p. 16-17.

². Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 231.

³. Cf, *supra.*, p. 71.

et mentionnée dans le tableau rapporté par Parchappe¹. De même, il existe des conditions de paternité, d'émotions fortes, de gain, de promotion professionnelle, de rencontre amoureuse etc. ne se laissant nullement appréhender par la perte d'une personne proche ni même plus largement la perte d'identité. Elle se trouverait bien en difficulté de rendre compte des conditions d'entrée dans la psychose de Gérard de Nerval dans la mesure où la rencontre entre son ancienne épouse et celle ayant fonction de support à son idéalisation de la femme provoqua chez lui des troubles majeurs. Bien plutôt une analyse des circonstances fécondes plaide en faveur de l'existence de la thèse d'une carence de la fonction paternelle, Nerval ayant livré rétrospectivement dans son texte poétique *Aurélia*, d'après A. Stevens, sa version romancée de sa maladie. Prénommant ainsi la jeune femme idéalisée, Jenny Colon une actrice de l'époque qui vient de le quitter, Nerval tente de constituer un symptôme « il tente d'élever cette position mélancolique à la dimension de l'écriture. ²» De ce processus d'écriture procède d'autres sentiments amoureux quoique factices semble-t-il, pour une autre femme célèbre. La rencontre de celle-ci avec Aurélia génère chez Nerval des soupçons de confidences de l'une à l'autre souligne Stevens. Alors qu'ils ne s'étaient pas vus depuis longtemps avec Aurélia « elle a un geste simple et éminemment banal : elle lui tend la main pour le saluer, geste ordinaire. Nerval en reste très perplexe, est pris d'un sentiment divin d'éternité et sa psychose se déclenche. [...] Alors que jusque là, il se soutenait en formant un couple imaginaire et idéalisé avec sa Béatrix à lui, l'irruption de la femme ordinaire –de surcroît influencée par une seconde qui représente la fausseté des sentiments –rompt l'axe imaginaire. Il y a appel par le sujet à une signification, celle du Père, mais il n'y trouve que le vide de l'éternité ³» une profonde perplexité. Laissons-là les incidences cliniques et les troubles générés par cette rencontre du trou du symbolique faite par Nerval, nous y reviendrons plus avant, et soulignons qu'une telle conjoncture dans ses déterminants subjectifs ne pourrait nullement être éclairée par la théorie de la psychose naissante et plus largement par l'approche bio-psycho-sociale. Tout au moins, les fondateurs auraient certainement évoqué la dimension morale de ces circonstances, d'« amour malheureux ⁴» aurait dit Pinel, d'« amour contrarié ⁵» ou même de « perte d'une personne aimée ⁶» aurait avancé Parchappe. Si cette conjoncture peut être appréhendée par la théorie du Un-père examinée dans la seconde partie de cette recherche, l'évolution de l'enseignement de Lacan nécessite une extension tant conceptuelle

¹. Cf, *supra.*, p. 265.

². Stevens A. « Nerval et le déclenchement », *op. cit.*, p. 5.

³. *Ibid.*, p. 6.

⁴. Pinel P. « Observations sur la manie. ... », in Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 238.

⁵. Parchappe M. « De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie », *op. cit.*, p. 367.

⁶. *Idem.*

que clinique des conditions propices au déclenchement, extension qui en conséquence renouvellera ses propriétés définitives.

I-3. Conditions du déclenchement de la psychose

Ainsi que nous l'avons vu dans la seconde partie, l'un des mérites de la formalisation du concept de déclenchement de la psychose en 1959 a été de proposer un principe explicatif moniste sous le nom de théorie du Un-père, qui unifiait cette hétérogénéité des situations cliniques déclenchantes en donnant au déterminisme de la psychose, en tant que structure, un rôle majeur dans le déclenchement : *une logique signifiante de l'entrée dans la psychose*. Si cette « thèse lacanienne classique ¹ » constituait sans conteste un effort conceptuel sans précédent en enserrant l'hétérogénéité clinique dans les rets de la conjoncture dramatique, telle qu'elle permet de saisir celle du déclenchement de la psychose de Nerval, il s'avéra à l'épreuve de la clinique qu'elle exerçait une appréhension par trop restrictive et rigide de cette hétérogénéité : nous suivons là J.-C Maleval. En effet, la richesse des modalités d'entrées dans la psychose clinique incite fortement à se demander si de tels déclenchements sont toujours subséquents à la rencontre d'Un-père réel, ce qui en ferait dès lors la « condition nécessaire et suffisante ² » ? Ou bien la clinique infirme-t-elle cette généralisation ? A l'évidence, et en concordance avec la pluralité et l'hétérogénéité des causes occasionnelles déjà repérées par les aliénistes, la proposition lacanienne de la théorie du Un-père rencontre un point de butée dans la clinique, ne pouvant répondre à elle seule de l'ensemble des décompensations psychotiques. De sorte que l'hypothèse lacanienne du déclenchement des psychoses de la fin des années 50 corrélée au primat du symbolique nécessite d'être actualisée par la prise en compte conjointe de la réalité clinique, des avancées lacaniennes ultérieures, notamment l'incomplétude de l'Autre symbolique, et au surplus des recherches contemporaines réalisées par ses élèves. Mais ses développements menés par Lacan à partir de 1960 et relatifs à l'incomplétude de l'Autre, impliquent-ils toujours, comme condition de déclenchement l'appel en vain du signifiant du Nom-du-Père ? Les circonstances cliniques se laissent-elles appréhendées exhaustivement par cette théorie foncièrement attachée à la notion de sujet du signifiant ? Le réexamen par Maleval du concept de déclenchement à la faveur de nouvelles conjonctures déclenchantes permet ainsi un élargissement des situations cliniques. En outre, dans certains cas, plusieurs facteurs

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 277.

². *Ibid.*, p. 274.

déclenchants semblent nécessaires afin que se déclenche une psychose, à savoir l'entrée en jeu d'un père réel, l'ébranlement des identifications et plus largement de la compensation ou pare-psychose et la rencontre de l'incomplétude de l'Autre et de son énigmatique désir : « il a maintes fois été constaté que la rencontre du désir de l'Autre peut s'avérer déstabilisante pour un psychotique. ¹» Cette actualisation conceptuelle permet de rendre compte de l'effet déclenchant d'une multitude de situations telles que grande joie, deuil, situation affective très forte tout comme l'avait déjà repéré les pères fondateurs de la psychiatrie française moderne Pinel et Esquirol. Le paradigme du déclenchement dans ses développements contemporains tient compte de la particularité clinique de chaque entrée dans la psychose en ce qu'elle est connectée à la singularité du sujet et à ses modes de compensation. Rappelons que nulle situation n'est, en soi, intrinsèquement et systématiquement déclenchante dans la mesure où elle n'acquiert sa fonction de cause déclenchante que rétroactivement. En effet, une situation n'est pas isolable en dehors de son effet dans la structure du sujet, ce que met en évidence la thèse de la conjonction de facteurs.

1. La notion de mauvaise rencontre

Avant de formaliser de façon aussi serrée, pour ne pas dire rigide, les conditions propres à provoquer le déclenchement de la psychose clinique en 1959, Lacan dans son séminaire sur les psychoses, avait conçu celui-ci comme résultant de la « rencontre, la collision, avec le signifiant inassimilable ²». Était déjà formulée l'idée que le déclenchement succède à une rencontre faite par le sujet au cours de son existence, rencontre avec « des conditions électives laquelle marque l'entrée dans la psychose ³». Cette conception d'une rencontre faite par le sujet déterminant le déclenchement de sa psychose prévaut et perdure à travers le temps dans le paradigme du déclenchement, Lacan rapportant la théorie du Un-père de 1959 à la rencontre d'un père réel. A sa suite, et dans une actualisation conceptuelle, J.-C Maleval a émis dès 1983 l'hypothèse que la rencontre de l'énigme du désir de l'Autre puisse intervenir comme une mauvaise rencontre pour le sujet psychotique et que s'ensuive le déclenchement de la psychose clinique⁴. Depuis d'autres auteurs ont soutenu cette thèse, notamment H.

¹. *Ibid.*, p. 277

². Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 361.

³. *Ibid.*, p. 360

⁴. Maleval J.-C. « Du déclenchement des psychoses », in *L'information psychiatrique*, 59, 7, 1983, p. 901-911.

Castanet et P. De Georges dans leur rapport de 1998¹ mais aussi G. Morel et H. Wachsberger². Dès lors, on peut soutenir que ce déclenchement puisse être rapporté à la notion de *mauvaise rencontre* désignant par là un ensemble de rencontres faites par le sujet et à la suite desquelles le sujet se trouve précipité dans la psychose déclarée. L'on peut repérer les mauvaises rencontres les plus fréquentes dans la clinique de l'entrée dans la psychose : à l'occasion d'une interrogation de l'Autre du savoir absolu, demande sexuelle adressée au sujet etc. En tant que notion, cette mauvaise rencontre peut être conceptuellement définie comme une « confrontation à l'impossible³», ce qui serait le cas pour *Cyril* où nulle intervention d'Un-père ne peut être repérer.

2. Déclenchement et adolescence

Depuis sa naissance, la psychiatrie moderne tend à rapporter électivement les décompensations psychotiques à la période pubertaire de l'existence. Pinel et Esquirol accordaient déjà une certaine prévalence à cette période conformément à leurs données cliniques. Dans la première édition de sa *Nosographie* Pinel écrivait déjà : « ce n'est guère qu'à la puberté, ou postérieurement à cette époque, que l'hypocondrie, la mélancolie ou la manie se déclarent⁴ » En parachevant la doctrine morale de son maître, Esquirol estimait que les périodes les plus propices à l'entrée dans la psychose ressortissaient d'une perspective développementale des passions en quelque sorte. Aussi avance-t-il : « Dans l'enfance, point de passions, point d'aliénés ; à l'âge de puberté, les passions se montrent, l'aliénation se manifeste ; dans l'âge suivant, toutes les passions se déchaînent, la manie est plus fréquente ; elle disparaît à l'époque de l'âge où les passions s'éteignent⁵ ». Fortement inspiré par les travaux de Kahlbaum, Hecker affirme dans ce sens que l'hébéphrénie « est une maladie qui se manifeste toujours au moment de la puberté⁶ ». « Ce processus psychologique, qui s'accompagne d'une série de symptômes particulièrement marqués, est jusqu'à un certain point maintenu dans une permanence pathologique par l'hébéphrénie, dans la mesure où les

¹. Castanet H, De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements », *op. cit.*

². Morel G, Wachsberger H. « Recherches sur le début de la psychose », *op. cit.*, p 69-88.

³. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*, p. 276.

⁴. Pinel P. *Nosographie philosophique*. In Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 275.

⁵. Esquirol E. *Des passions considérées comme causes.....*, *op. cit.*, p. 17.

⁶. Hecker. « L'hébéphrénie. Contribution à la psychiatrie clinique » (traduction et présentation par A. Viallard), in *L'évolution psychiatrique*, 50, 2, 1985, p. 325-355. La puberté étant située par lui entre 18 et 22 ans.

manifestations qu'on peut observer temporairement à ce stade de transition passent au premier plan à un degré morbidity accru ¹».

Aussi, depuis les premiers écrits psychiatriques des fondateurs jusqu'aux très récentes recherches afférentes à la modélisation stress-vulnérabilité et celles de Grivois -la théorie de la psychose naissante localisant majoritairement l'apparition de la psychose à l'adolescence-, la période pubertaire semble être propice à l'entrée dans la psychose qui « survient essentiellement à l'adolescence ²» affirme Grivois. Mais une telle donnée épidémiologique, admise et peu contestée, n'est pas sans poser quelques problèmes cliniques et de diagnostic psychopathologique. Ce n'est sans doute pas un hasard si cette problématique, à savoir distinguer une entrée dans la psychose d'une crise d'adolescence si tant est que cette dernière soit admise³, a connu et connaît encore un certain intérêt dans la littérature spécialisée⁴. Le paradigme structural possède quelques arguments permettant un repérage différentiel entre des manifestations afférentes à une crise d'adolescence et la clinique de l'entrée dans la psychose. A ce sujet, les travaux de J.-C Maleval et F. Sauvagnat⁵ sont de la première importance.

La puberté en tant que période de réactivation des désirs œdipiens est propice au déclenchement de la psychose comme conséquence de la défaillance de leur « régulation [...] par la carence paternelle ⁶» de sorte que « l'actualisation de la défaillance de l'œdipe, poursuit l'auteur, n'est pas sans s'apparenter à la rencontre de la carence paternelle. ⁷» Indéniablement Freud envisageait lui-même la période pubertaire, non pas comme un stade génétique au sens d'universel tel que promu par la psychologie développementale mais comme une reviviscence, l'« époque du réveil traditionnel des tendances sexuelles ⁸». Ainsi, il est tout à fait démonstratif que Freud constate qu'il fut amené à remonter toujours plus dans les premières années de l'existence du sujet dépassant ainsi la puberté. « On se laissait entraîner vers des époques de plus en plus reculées du passé et on crut, à un moment donné, pouvoir

¹ *Ibid.*, p. 330.

² Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 26.

³ Maleval souligne qu'elle n'est nullement universelle, et aucunement un concept psychanalytique. In « Le déclenchement de la psychose lors de la période post-pubertaire », *op. cit.*, p. 19. Cf Huerre P, Pagan-Reymond M, Reymond J-M. *L'adolescence n'existe pas. Histoire des tribulations d'un artifice*, Paris, Ed Universitaires, 1990.

⁴ Parmi les nombreuses publications se faisant l'écho de ses difficultés : Sauvagnat F. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence : perspectives cliniques et enjeux théorique », *Les Cahiers de Cliniques psychologiques*, n°19, 1993, p. 31-41. Ou bien encore Douville O. « A propos du déclenchement de la psychose à l'adolescence », in *Le journal des psychologues*, octobre 1999, n°171, p. 27-31.

⁵ Sauvagnat F, Maleval J.-C. « Crise d'adolescence ou entrée dans la psychose ? », in *L'Information psychiatrique*, n°7, septembre 1991, p. 611- 619, p. 616.

⁶ Maleval J-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*, p. 284.

⁷ *Idem.*

⁸ Freud S. « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique » [1914], in *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, 1966, p. 81.

s'arrêter à la puberté [...] Mais cet espoir fut vain, car en suivant les traces, on se trouvera amené au-delà de cette époque, jusqu'à l'enfance, et même aux premières années de celle-ci¹). Dans ce sens, il réaffirmait en 1923, qu'au temps « de la puberté, le complexe d'Œdipe connaît une réactivation dans l'inconscient et affronte ses nouveaux remaniements. Il faut attendre le temps de la puberté pour que celui-ci développe les pulsions sexuelles jusqu'à leur pleine intensité ; mais l'orientation de ce développement et toutes les dispositions afférentes sont déjà déterminées par l'épanouissement initial de la sexualité préalablement accompli dans l'enfance.²» Bien que Freud ait accordé un certain intérêt à la période pubertaire, actualisation, floraison ou réveil et ses incidences cliniques, il tient résolument la période œdipienne comme décisive, indépassable en quelque sorte dans ses déterminations psychiques. Ainsi, la fréquence des déclenchements à cette période, attestée depuis la naissance de la clinique, peut être rapportée à « l'actualisation de la manière dont le sujet se situe en rapport à ' la barrière de l'inceste ' : s'est-elle ou non mise en place pour réguler son désir ?³» Une telle formulation met à mal la supposée notion d'adolescence et son corollaire de crise d'adolescence tout en restant inclus dans le cadre de la thèse de la forclusion du Nom-du-Père d'après Maleval. D'autres circonstances cliniques ne se laissant guère appréhendées par cette dernière, méritent d'être examinées à présent.

3. La rencontre de l'incomplétude de l'Autre

Même s'« il apparaît bien établi que le signifiant de la paternité se trouve convoqué à l'occasion du déclenchement d'un assez grand nombre d'épisodes psychotiques⁴», Maleval note également que certains s'y laissent difficilement saisir. Ainsi dans son article « Le déclenchement de la psychose lors de la période post-pubertaire⁵», il montre qu'une prise en considération des conditions cliniques de déclenchement délaissées par la conjoncture dramatique de 1958, invite à desserrer les bords trop rigides de ce concept. La réalité composite des moments féconds débordait le cadre trop strict de la théorie du Un-père notamment lors de situations au cours desquelles le sujet psychotique doit produire une réponse à une question pouvant être formulée ainsi : *que me veut l'Autre ?* A ce sujet,

1. *Idem.*

2. Freud S. « 'Psychanalyse' et « Théorie de la libido' » [1923], in *Résultats, idées, problèmes*, 2, Paris, PUF, 1985, p. 63.

3. Maleval J.-C. « Le déclenchement de la psychose lors de la période post-pubertaire », *op. cit.*, p. 21.

4. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, *op. cit.*, p. 284.

5. Maleval J.-C. « Le déclenchement de la psychose lors de la période post-pubertaire », *op. cit.*

parallèlement aux situations romanesques, Lacan a lui-même indiqué deux autres conditions propices au déclenchement de la psychose. D'une part, dans son séminaire sur les psychoses¹, il estime que certaines situations impliquant fortement le sujet qu'il s'agisse de prise de parole ou de prise de responsabilité peuvent engendrer l'entrée dans la psychose. D'autre part, la remise en cause du savoir établi et communément admis par certains savants, tel Cantor², amène ces sujets à se confronter dramatiquement à l'incomplétude de l'Autre.

La première indication, antérieure à 1957, regroupe des situations afférentes à une prise de parole ou de responsabilité par le sujet en réalité cliniquement distinctes. Parmi celles-ci, l'entrée en l'analyse où le sujet est expressément enjoint à prendre la parole est une situation élective. « Il arrive que nous prenions des pré-psychotiques en analyses, et nous savons ce que cela donne –cela donne des psychotiques. On ne se poserait pas la question ces contre-indications de l'analyse si nous n'avions pas tous en mémoire tel cas de notre pratique, ou de la pratique de nos collègues, où une belle et bonne psychose est déclenchée [...] lors des premières séances d'analyse un peu chaudes. ³» Que la situation analytique soit propice à provoquer l'entrée dans la psychose cela a été maintes fois constaté depuis Freud mais abordé de façon plurielle. Ainsi que l'écrit Colette Soler « le transfert dans la psychose est un élément déclenchant. Freud a reconnu dans le transfert que le sujet a opéré sur la personne de Fleschig le facteur qui a précipité Schreber dans la psychose. Ça veut dire que la persécution, le surgissement des figures persécutrices, est déjà pour Schreber un effet de transfert. Il s'ensuit aussi bien que l'homosexualité délirante n'est pas une cause de la maladie, elle en est une manifestation ⁴». Il apparaît que C. Soler renverse les termes du procès freudien de la psychose schrébérienne, en faisant d'une cause une conséquence, à savoir de l'homosexualité un fait de transfert. Au reste, il faut reconnaître la priorité à la thèse freudienne de la nostalgie transférentielle schrébérienne à l'endroit de son ancien médecin Fleschig. En effet, Freud relève qu'au cours de l'incubation de la maladie c'est à dire entre la nomination de Schreber en juin 1893 et son entrée en fonction, en octobre 1893, celui-ci éprouva l'idée *qu'il serait beau d'être une femme en train de subir l'accouplement*. Opérant un rapprochement entre les deux sur la base de leur contenu, Freud en déduit « que le souvenir de la maladie éveilla aussi celui du médecin et que l'attitude manifestée dans le fantasme se rapportait à l'origine au médecin. Ou peut-être le rêve 'la vieille maladie est revenue', exprimait-il en somme cette

¹. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 285.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 288.

³. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 285.

⁴. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, op. cit., p. 19.

nostalgie : ‘je voudrais revoir Fleschig’. Notre ignorance du contenu psychique de la première maladie nous empêche d’aller plus loin dans ce sens. Peut-être [...] ce fantasme érotique –qui restait encore à l’écart de l’ensemble de la personnalité –fut aussitôt désavoué par la personnalité consciente de Schreber [...] ¹» Bien qu’ayant au préalable concédé l’impossibilité d’émettre une hypothèse visant à rendre compte de l’explosion de libido homosexuelle chez Schreber à cette époque-là, entre le moment où il fut nommé et celui où il pris ses fonctions de président de la Cour suprême de Dresde, Freud propose tout de même, comme nous l’avons vu, de soutenir que cette explosion se rapporte à un sentiment de nostalgie éprouvé par Schreber envers son ancien médecin. Pour le dire autrement, l’hypothèse freudienne repose sur l’existence de sentiments de sympathie et même d’amour et de désir, éprouvés par Schreber à l’endroit du Pr. Fleschig, huit ans plus tôt et désignés par la notion de transfert dans la doctrine psychanalytique pour autant que « le sentiment de sympathie éprouvé pour le médecin peut très bien être dû à un processus de ‘transfert’, transfert par lequel un investissement affectif du malade fut transposé d’une personne qui lui importait fort à la personne du médecin indifférente en elle-même, de telle sorte que le médecin semble avoir été choisi comme substitut de quelqu’un d’autre, tenant de beaucoup plus près au malade. En termes plus concrets, le médecin ayant rappelé d’une manière quelconque son frère ou son père au malade, celui-ci a retrouvé dans le médecin son frère ou son père, et alors il n’y a plus rien de surprenant à ce que, dans certaines circonstances, la nostalgie de cette personne substituée se réveille et exerce une action d’une violence que seules son origine et son importance originelle permettent d’expliquer. ²» Freud considère que la mort du frère et celle du père de Schreber à l’époque de sa seconde maladie s’accordent avec son hypothèse, y participant même au titre de la nostalgie créditant ainsi l’élucidation freudienne de l’entrée dans la psychose de Schreber. Autrement dit, « la racine de ce fantasme féminin, qui déclencha une si violente opposition de la part du malade, serait une nostalgie de son père et de son frère, nostalgie exaltée jusqu’à comporter un renforcement érotique. Cette nostalgie, celle qui se rapportait au frère, se fixa par transfert sur le médecin Fleschig, mais dès qu’elle fut ramené au père, le conflit dont Schreber était la proie commença de prendre fin ³». Mais Freud ne s’en tient pas là, car rien ne vient expliquer pourquoi cette nostalgie se manifesta à ce moment là. Il rapporte alors les difficultés d’enfantement rencontrées par le couple. La nostalgie de Schreber envers son frère et son père ne peut être satisfaite et par là même sa tendresse homosexuelle reste inassouvie. De sorte que si la psychose clinique de

¹. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l’autobiographie d’un cas... » [1911], *op. cit.*, p. 290-291.

². *Ibid.*, p. 294-295.

³. *Ibid.*, p. 298

Schreber est conçue par Freud comme « un conflit actuel ¹», il convient de reconnaître que ses causes actuelles se rapportent à un sentiment de frustration conjugué à des facteurs antérieurs. Si l'on veut préciser comment opère le transfert en tant que conjoncture dramatique, il convient de le considérer à la suite de Lacan comme mobilisation du Sujet-supposé-Savoir : « Dans le séminaire 3, Lacan indiquait qu'effectivement, prendre un sujet prépsychotique en analyse a pour effet, généralement de déclencher la psychose. C'est que la mobilisation du sujet supposé savoir dans l'association libre est équivalente à ce qu'il désigne comme un appel au Nom-du-Père. Si l'analyse peut être pensée comme une paranoïa dirigée, le problème avec le psychotique est que son transfert, c'est la paranoïa déclenchée ²». A en croire C. Soler, la mise en place du transfert c'est à dire sa mobilisation signifiante passe en définitive par un appel au signifiant du Nom-du-Père forclos : d'où le déclenchement comme déséquilibre fondamental dans le registre signifiant, ce que corrobore A. Stevens lorsqu'il avance que « d'évoquer le transfert, ça situe d'emblée le déclenchement du côté de la fonction paternelle. Le sujet-supposé-savoir implique une interrogation sur le Père, en tant le Père est au-delà du père, en tant qu'il y a une idée du Père au-delà de toute personne de la réalité qui puisse venir occuper cette place. Freud a beaucoup insisté sur cette distinction entre le père et l'idéal du Père. ³»

Et à Lacan de dire dans une perspective élargie par rapport à la situation analytique : « Ne touchons-nous pas là dans notre expérience même, et sans avoir à le chercher plus loin, à ce qui peut se proposer de plus ardu à un homme, et à quoi son être dans le monde ne l'affronte pas si souvent – c'est ce qu'on appelle prendre la parole, j'entends la sienne, tout le contraire de dire oui, oui, oui à celle du voisin. Cela ne s'exprime pas forcément en mots. La clinique montre que c'est justement à ce moment-là, si on sait le repérer à des niveaux très divers que la psychose se déclare. ⁴» Lacan estime alors propices au déclenchement les circonstances où dans son existence l'être humain se trouve être en situation de répondre en son nom propre, où se pose la question de son désir. De manière plus contemporaine et grâce à ses avancées ultérieures, nous pouvons émettre la thèse que le déclenchement de la psychose peut survenir lorsque le sujet se trouve confronté à *un impossible à dire*. Dans sa rencontre à la faveur d'une situation donnée, le sujet ne peut prendre appui ni sur une signification préexistante ni lui en donnée grâce à la mobilisation du signifiant. Contrairement au sujet névrosé et à ses défenses tel le symptôme, le sujet psychotique au bord du trou du symbolique

¹. *Ibid.*, p. 303.

². Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 19.

³. Stevens A. « Le déclenchement de la psychose », *op. cit.*, p. 31.

⁴. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 285.

ne peut se défendre contre ce Réel qu'avec l'aide de la défense du déclenchement de la psychose clinique.

La seconde indication de Lacan recouvre les situations dans lesquelles un sujet remet en cause un savoir établi tel que Cantor fut amené à invalider à sa propre découverte de la théorie des ensembles. Maleval promeut l'idée que soit nécessaire en certains cas de la conjonction de deux facteurs déclenchants majeurs à savoir la confrontation à l'incomplétude de l'Autre et la défaillance de la suppléance. Le cas Cantor démontre le bien-fondé d'une telle prise en compte que nous verrons plus avant. Mais précisons d'ores et déjà que la psychose de Cantor se déclencha lorsque son travail de suppléance lui dévoila l'incomplétude de l'Autre contre laquelle sa suppléance devait le prémunir. Ce cas semble exemplaire de l'effet du dépassement du but original d'un écrit, « il s'avère alors vécu comme un déchirement cataclysmique, pouvant entraîner une aggravation des troubles, voire leur déclenchement ¹».

Tenter de repérer la spécificité structurale de chaque conjoncture dramatique a conduit les cliniciens à s'interroger les conditions propres à faire émerger une réponse du sujet sur une volonté de jouissance de l'Autre le concernant. Si essayer de rendre compte de ces situations déclenchantes grâce à l'appui de la rencontre d'un père réel s'avère délicate et même improbable, en revanche l'introduction de la notion d'incomplétude de l'Autre se révèle d'une aide précieuse. Début des années 60, Lacan est amené à modifier le statut du grand Autre, le trou ou la béance de l'Autre jusque là définitoire de la psychose sous les espèces de la forclusion du Nom-du-Père devient un fait de structure. « Dans cette perspective [celle de 1957], c'est la radicale défaillance du Nom-du-Père qui conduisait le sujet psychotique à s'affronter à un trou dans le symbolique, énigmatique et angoissant. Or, s'impose dans les années soixante le tournant de l'incomplétude de l'Autre : la béance du symbolique n'est pas résorbable, chaque sujet doit s'en accommoder. Le Nom-du-Père qui peut alors s'écrire $S(\bar{A})$, devient le signifiant qui permet de donner une réponse phallique à la béance de l'Autre. ²» De sorte que l'incomplétude de l'Autre « n'est pas déstabilisante en elle-même, bien au contraire, le manque-à-être du sujet vient recouvrir celui de l'Autre quand se produit le processus structurant d'aliénation-séparation. C'est parce que le sujet psychotique ne possède pas la réponse phallique que les abords de la béance de l'Autre lui sont insupportables ³». Dans cette

¹. Maleval J-C. « Fonctions de l'écrit pour le psychotique », in *Samedis Psychanalytiques de Bretagne*, n°4, 1993, p. 89-98., p. 98.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 289-290.

³. *Ibid.*, p. 103.

perspective, l'objet *a* vient recouvrir le grand Autre barré, ce que J.-A Miller à la suite de Lacan désigne comme réponse, la séparation répondant à l'aliénation signifiante \$: « le résultat de cette opération [aliénation] comporte nécessairement une réponse de jouissance. C'est la séparation. ¹» De sorte « qu'il y a une communauté de structure entre l'inconscient symbolique et le fonctionnement de la pulsion ²», la jouissance, l'objet *a*, étant connecté au signifiant.

En revanche, le sujet psychotique, ne pouvant répondre à ce manque dans l'Autre par l'objet *a*, une jouissance régulée, y répond c'est à dire y réagit par un malaise, une perplexité concernant la signification, puis par le recours à un Autre jouisseur : « Quand le déclenchement de la psychose révèle la défaillance de celle-ci, il n'est pas rare que se manifeste une figure persécutrice : l'Un-père réel, dont la jouissance maligne semble chercher à s'exercer à l'encontre du sujet. ³» En définitive, « il conviendrait peut-être dès lors d'inverser la logique des phénomènes concernant la thèse de 1957 : ce n'est pas la rencontre de l'Un-Père qui dévoile une béance symbolique, c'est la confrontation à l'incomplétude de l'Autre qui fait surgir le Père jouisseur. ⁴» En effet, de nombreuses situations cliniques sont implicitement ou explicitement sous-tendues par la question de l'incomplétude de l'Autre sous les espèces de son désir, de l'énigme du désir de l'Autre à l'endroit du sujet. Si à cette question *Que me veut l'Autre ?* concernant cette place du moi, le névrosé peut développer deux réponses qui oscillent entre symptôme et angoisse, mais aussi prendre appui sur son fantasme fondamental, le psychotique peut quant à lui déclencher la défense de la psychose clinique. Le moment de conclure comme certitude de volonté de jouissance de l'Autre à son endroit est sa réponse. Emerge la certitude pour le sujet que l'Autre lui veut *ceci* ou *cela* et que cet Autre prend l'initiative de lui signifier. Il y a toujours pour le psychotique une réponse du côté de la servitude, de son anéantissement subjectif, voire de sa mort. Aussi l'on s'accorde avec H. Castanet et P. De Georges à considérer que dans ces modes atypiques de déclenchement : « Ce qui domine le tableau du moment de déclenchement lui-même, c'est la rencontre fortuite d'une jouissance de l'Autre et/ou Autre jouissance – et l'impossibilité à laquelle le sujet se trouve confronté de la symboliser et d'en trouver un mode de subjectivation. Face à l'irruption de cette jouissance, le tissu symbolique apparaît déchiré [...] Le sujet semble faire l'expérience du trou comme tel, et ce qui se manifeste est la défaillance

¹. Miller J.-A. « Les six paradigmes de la jouissance », in *Revue de la Cause freudienne*, Octobre 1999, n°43, p. 7-29, p. 15.

². *Ibid.*, p. 16.

³. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 290.

⁴. *Idem.*

radicale de tout appareillage signifiant de la jouissance.¹» En ce sens, les auteurs exposent le cas d'une femme qui décompense à deux reprises suite à sa confrontation à l'énigme du désir de l'Autre : dans le premier cas, « l'énigme du désir d'un homme suscite le délire [...] Dans le second temps [...] la question de l'amie réveille sur le caractère réel, parce qu'impossible à dire, du désir de l'Autre. ²» L'examen qu'ils font de cette clinique leur fait dire « que dans les deux cas, c'est la rencontre d'un réel qui fait mode de déclenchement d'une réponse psychotique. ³».

Comme nous l'avons précédemment vu l'approche lacanienne a toujours conçu les conditions d'entrée dans la psychose en lien direct avec le déterminisme même de la structure psychotique. Dans sa formulation la plus doctrinale de 1959, le déclenchement de la psychose est référé à la théorie du Un-père et aux conjonctures dramatiques afférentes. Une prise en compte des élaborations ultérieures de Lacan, et principalement celle modifiant le statut du grand Autre, ont permis à Maleval d'élargir les conditions d'entrée et ce faisant de prendre acte de la multitude et de l'hétérogénéité des causes occasionnelles traditionnellement décrites. Ainsi de nouvelles situations ont pu être repérées à partir d'indications de Lacan lui-même ou de nouvelles situations telles qu'un gain, de fortes émotions : « il existe des déclenchements de la psychose [...] à la suite d'un événement heureux, par exemple gain inopiné au loto, ou, beaucoup plus fréquent, à la suite d'une promotion ou de la naissance d'un enfant ⁴». On peut remarquer que pour la plupart de ces situations le sujet se retrouve avec un objet en plus. D'où l'on peut inférer que l'entrée dans la psychose de ces sujets a été déterminée par « la présence en excès d'un objet encombrant ⁵». Le cas rapporté par Durand est celui d'un homme ayant gagné une certaine somme à la loterie nationale et qui peu de temps après se sent persécuté. Le début des troubles semble donc directement subséquent à ce gain par lequel le sujet se trouve en possession d'un objet que l'autre veut lui dérober. On peut supposer que ce gain est venu encombrer le sujet au titre d'objet réel dont la possession vient dévoiler la carence de la fonction phallique. L'argent ne possédant pas de valeur symbolique sa possession provoque l'entrée dans la psychose. A l'inverse, d'autres déclenchements semblent être générés par « quelque chose d'enlevé ⁶» ou « quelqu'un de

¹. Castanet H, De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements », *op. cit.*, p. 16-17.

². *Ibid.*, p. 31.

³. *Ibid.*, p. 31-32.

⁴. Maleval J.-C. « Il n'y a pas d'angoisse psychotique », *Quarto*, n°85, novembre 2005, p. 66-72, p. 72.

⁵. *Ibid.*, p. 71.

⁶. Czermak M. « Le déclenchement de la psychose », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°9, avril 1977, p. 15-28, p. 19.

disparu » selon les termes de Marcel Czermak, qui précise que « cette part du réel dont le sujet s'estime privé, au réel elle ne fait pas défaut » mais au sujet du signifiant. En ce sens, le déclenchement peut être déterminé par des (auto-)mutilations, une opération chirurgicale comme dans la clinique du transsexualisme etc. pratiques venant décompléter le corps propre qu'il s'agisse de celui du sujet ou celui d'un semblable en réponse à la non castration de l'Autre. Que l'histoire de la psychiatrie ait depuis ses temps inauguraux décrit la connexion des passages à l'acte à la clinique de l'entrée dans la psychose mérite d'être souligné et surtout examiné. Si l'on admet que de telles situations déclenchantes se rapportent à un objet, donné ou enlevé, elles peuvent être saisies par l'entremise de la carence de la fonction paternelle de sorte qu'un manque de jouissance n'a pu être inscrit pour le sujet sous le registre phallique. Il s'ensuit en conséquence une séparation impossible du sujet d'avec l'objet de jouissance exclu de la fonction phallique, et non perdu. Le don d'un objet ou la séparation d'avec une partie du corps propre du sujet ou de tout objet ne peut donc pas trouver à s'intégrer dans le registre phallique, le sujet ne pouvant s'appuyer sur la séparation-connexion du fantasme fondamental. Décompléter ou encombrer d'un objet hors-sens bousculant l'économie de la jouissance du sujet, le sujet peut alors faire recours à la défense de la psychose clinique pour intégrer et donner sens à cet objet que l'Autre jouisseur, vorace peut venir lui réclamer. Autre occurrence de déclenchement du même ordre, le sujet peut aussi au moment de la réception d'un objet, tel l'héritage d'une maison déclencher un délire de spoliation ainsi que ce fut le cas pour *Bénédicte*. Dès lors qu'elle hérita du patrimoine de ses parents tous les deux disparus, elle engagea des procédures judiciaires contre divers amis de la famille, des « porcs », qui l'auraient volé sans vergogne. Après plusieurs années de procédures infructueuses, elle était toujours aussi déterminée lorsque je fus amené à la rencontrer. Elle me fit part alors d'un phénomène élémentaire antérieur au déclenchement, au cours duquel elle voulu violenter un homme dans un bus trouvant qu'il la regardait « bizarrement » témoignant de sa place d'objet de jouissance de l'Autre. Nous reviendrons plus avant sur les liens entre passages à l'acte et entrée dans la psychose.

De tels exemples s'ajoutant aux précédents plaident en faveur de la thèse considérant « la confrontation à l'incomplétude de l'Autre comme facteur majeur de déclenchement permet non seulement de rendre compte de la plupart des conjonctures cliniques précédemment mentionnées, mais rend intelligible certaines autres qui sans cette hypothèse resteraient difficilement appréhendables. ¹»

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 290.

4. Défaillance de la compensation ou ébranlement des pare-psychoses

Nous avons déjà vu comment dès ses premiers écrits, en 1938, Lacan s'intéressait aux béquilles compensatoires de l'anomalie définitoire de la structure psychotique. Axée dans sa première théorie sur la structure de la personnalité où prévaut alors le registre imaginaire, cette dimension compensatoire se rapporte à l'existence de béquille imaginaire identificatoire induisant un certain conformisme du sujet. Qu'il s'agisse des identifications aux idéaux maternels ou d'identification aux normes, elles sont exclusivement centrées sur l'imaginaire. Dans les années cinquante, dans le cadre de ses développements ayant trait à la psychose et à son déclenchement, Lacan cerne le principe structural de celle-ci grâce au concept de forclusion du Nom-du-Père. Bien que le registre symbolique prévaut, la dimension compensatoire est toujours rapportée à des béquilles imaginaires. La décompensation psychotique s'observe dans les cas de séparation ou dans la perte de cette béquille. Il s'agit de séparation physique, à l'occasion d'un départ dans une autre ville pour suivre des études universitaires par exemple. Le dégagement par Hélène Deutsch du fonctionnement « comme si » corroborait la thèse lacanienne de la compensation imaginaire tout en éclairant spécialement cette clinique où ces sujets entretiennent une « relation apparemment normale avec le monde [qui] correspond à l'état d'esprit d'imitation de l'enfant, et c'est l'identification avec le milieu environnant, un mimétisme qui aboutit à une adaptation apparemment bonne au monde de la réalité. ¹» Bien que Grivois concédait le repérage de telle circonstance de perte et de séparation donnant naissance à la psychose, il était peu enclin à en prendre acte théoriquement.

Aussi, la thèse du déclenchement corrélée à la défaillance de la compensation imaginaire nécessite d'être étendue à toutes les sortes de compensation en amont de la psychose clinique. Entendus au sens large et au-delà de leur spécificité respective, ces modes de stabilisation constituent selon Maleval des pare-psychoses, notion qui possède en effet une acception relativement large regroupant l'ensemble des modalités compensatrices de la carence définitionnelle de la psychose, qu'il s'agisse des béquilles imaginaires, des béquilles réelles, des suppléances préventives connectant le signifiant et le réel. A cet égard, A. Ménard invite à distinguer les suppléances préventives de la psychose hors déclenchement de celles qui lui sont postérieures². Précisons que nous reviendrons ultérieurement sur cette notion de suppléance.

¹. Deutsch H. « Divers troubles affectifs et leurs rapports avec la schizophrénie » [1942], in *L'Identification*, Paris, Tchou, 1978, p. 240-241. Cité par Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 297-298.

². Ménard A. « Clinique de la stabilisation psychotique », op. cit.

5. Conjonction de plusieurs facteurs déclenchants

Ni la mauvaise rencontre de l'incomplétude de l'Autre ou celle d'Un-père ni la mise en échec du pare-excitation ne doivent être tenues pour exclusivement suffisantes. A cet égard, affirme Maleval « de même que l'Un-père réel n'est pas toujours présent, de même il est d'expérience courante que la rencontre de la béance de l'Autre soit tantôt déstabilisante, tantôt ne le soit pas. Peut-être constitue-t-elle une condition nécessaire, mais nul doute qu'elle ne s'avère pas suffisante. ¹» Insuffisante en elle-même pour expliquer à elle seule l'ensemble des éclosions cliniques, la rencontre avec Un-père doit être insérée dans un groupement de facteurs de sorte que le déclenchement serait la résultante en certains cas de plusieurs facteurs, ébranlement des identifications et rencontre de l'incomplétude de l'Autre. Les trois cas cliniques suivants plaident en faveur de cette thèse absente comme telle dans l'implication des stressseurs.

Premier cas : celui de Berbiguier de Terre-Neuve du Thym auteur d'une autobiographie à laquelle Legrand du Saulle avait conférée un statut de document clinique. Dans le témoignage écrit de Berbiguier « tout indique que la psychose se déclenche ici à l'occasion de la conjonction de deux situations angoissantes, lors desquelles, en chacune d'elles, le sujet s'affronte à une béance énigmatique. ²» Cliniquement, le déclenchement s'avère déterminé par la conjonction du jeu du tarot réalisé par une cartomancienne et du désir de sa domestique qui lui avait suggérée cette tireuse de cartes : « Quand bien même discernerait-on toujours l'émergence d'Un-Père réel à l'orée de la psychose, il n'en resterait pas moins indubitable que la rencontre d'une figure paternelle, insérée en tiers dans un couple imaginaire, ne constitue pas une condition suffisante de déclenchement, car il s'avère d'observation courante que pour un même sujet les mêmes événements tantôt se révèlent pathogènes tantôt ne le sont pas. ³» Il s'avère même opportun de se souvenir de « l'insondable décision de l'être ⁴» évoquée par Lacan en 1946 et dont J.-A Miller a rappelé tout son prix dans « Sur sa leçon des psychoses » afin d'éviter l'écueil de « l'homme-machine signifiant ⁵». Aussi, cette thèse de la conjonction de facteurs déclenchants, même si elle ne s'y réfère pas explicitement, tend à tenir compte de cette *insondable décision* ne serait-ce qu'à souligner la variabilité de certaines situations pour un même sujet ce que ne fait pas valoir la notion de stressseurs. Même si la tentation est grande,

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 293.

². *Ibid.*, p. 292.

³. *Ibid.*, p. 267.

⁴. Lacan J. « Propos sur la causalité psychique », op. cit., p. 177.

⁵. Miller J.-A. « Sur la leçon des psychoses », op. cit., p. 143.

et les approches actuelles ne s'en privent pas, il convient d'éviter tout réductionnisme même structural qui prendrait alors des allures de mécanique détachée de toute référence à l'économie subjective c'est à dire de la position du sujet à l'égard de la castration mais aussi de la jouissance. C'est ainsi que nous comprenons Borie et al lorsqu'ils écrivent à propos de la théorie classique du déclenchement : « C'est une logique mécaniste, mettant en valeur l'action de la structure –le manque du signifiant indexant le manque dans l'Autre – plutôt que la position du sujet comme réponse du réel et comme choix sur la jouissance. ¹» Au surplus, cette hypothèse de la conjonction de causes déclenchantes de la psychose s'accorde avec une notion freudienne originelle bien qu'issue de la clinique de l'hystérie. Freud, en effet, dès ses premières investigations des névroses et spécialement de l'hystérie, envisageait sérieusement de rapporter la formation des symptômes névrotiques à la conjonction de causes multiples. Cette hypothèse des causes conjointes donna naissance à la notion freudienne de « surdétermination ²». Dans ce sens, dès ses premiers écrits analytiques, Freud corrélait la production de symptômes hystériques à la double condition d'une « constitution hystérique ³» et « de circonstances extérieures ⁴» plurielles.

Deuxième cas : celui d'un homme d'une cinquantaine d'années dont l'observation est rapportée par Esthela Solano-Suarez. Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui «souffre de 'dépression', selon ses propres termes. Depuis quelques mois, précise l'auteur, il se trouve anéanti, ayant perdu le goût de vivre aussi bien que le sommeil et l'appétit. D'après ce qu'il nous décrit, son état témoigne d'une sorte d'hémorragie de la libido. Son corps, n'étant plus habité par le sentiment de la vie, lui est devenu étranger. Du creux de cette étrangeté à l'égard du corps, émerge l'angoisse. ⁵» De tels troubles affectant fortement le sujet découlent, chose étrange au premier abord, d'une promotion professionnelle pourtant désirée par lui. Ce nouveau poste de directeur d'un prestigieux magasin de bijoux de luxe avait généré chez le sujet un sentiment d'incapacité « d'assumer cette fonction et il avait l'impression de perdre tous ses moyens, aspiré par un gouffre qui le dépossédait de son corps, lui imposant l'idée de la mort comme seule issue.⁶» Sans entrer dans le détail des données biographiques, précisons que le sujet perdit à l'âge de cinq ans sa mère et qu'il fut immédiatement placé par son père en internat dont il ne sortit qu'à neuf ans grâce à une de ses

¹. Borie J, Rabanel J.-R, Viret C. « Clinique du suspens », in *La psychose ordinaire*, op. cit., p. 45-67, p. 48.

². Freud S. « Psychothérapie de l'hystérie », in *Études sur l'hystérie* [1895], op. cit., p. 211.

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. Solano-Suarez E. « La clinique des nœuds », in *La Cause freudienne*, n°51, mai 2002, p. 102-106, p. 103.

⁶. *Idem.*

sœurs [l'aînée] qui venait de perdre son fils unique. Le recueillant chez elle, elle l'éleva avec amour et lui achetait ce qu'il voulait, grâce à l'argent gagné par la prostitution. D'après E. Solano-Suarez, cet homme trouva dans le bricolage d'une « identification de suppléance ¹ » à sa sœur aînée, précisément son rapport à l'argent, l'appui qui lui permit de s'orienter dans l'existence de sorte qu'après s'être lui-même prostitué, il en arriva par certains détours, à travailler comme vendeur dans un magasin de luxe : il perpétuait ainsi une relation de vente, d'objet de luxe, à des clients fortunés. De sorte que, commente Solano-Suarez, les troubles psychopathologiques rapportés par le sujet proviennent de la conjonction de deux facteurs : « D'une part, le nouveau poste de direction mettait le sujet en position de faire appel à la fonction paternelle, d'où ne pouvait lui répondre dans le symbolique que le trou de sa forclusion. D'autre part, nous avons découvert dans ses dits l'inconvénient majeur qui mettait en échec la correction du ratage du nœud, car le poste de directeur comportait son exclusion du contact avec les clients et, en conséquence du commerce avec les clients aussi bien que les ventes c'est-à-dire de l'échange de l'objet-bijou et de l'argent. La formule inventée par le sujet pour suppléer au ratage du nœud borroméen était ainsi mise en échec. ² »

Enfin, le troisième cas provient notre pratique. Il s'agit de celui de *Cyril*, un homme d'une quarantaine d'années. L'investigation des coordonnées « de la machinerie du passage à l'acte ³ » de Cyril permet, à notre sens, d'arguer en faveur de la thèse de la conjonction de facteurs en l'espèce de l'arrêt du pare-psychose préalablement mis en place par Cyril et de la défaillance de l'Autre comme rencontre d'un impossible à dire, facteurs qui dérivent d'une même origine, la présence d'un objet en-trop dans le corps de Cyril.

5-1. *Le cas de Cyril*

Reconnu pénalement irresponsable des coups de couteau mortels qu'il a portés sur une jeune femme de son entourage il y a maintenant une vingtaine d'années, Cyril fut placé en UMD pendant huit ans et se trouve depuis lors hospitalisé d'office dans un hôpital spécialisé. Les psychiatres ayant réalisé son expertise dans le cadre de la procédure pénale avaient émis le diagnostic de schizophrénie.

¹ *Ibid.*, p. 105.

² *Ibid.*, p. 105-106.

³ Lacan J. « De nos antécédents », in *Écrits, op. cit.*, p. 66.

Cyril dit avoir ressenti très tôt, vers 13-14 ans, ce qu'il appelle son « *obsession* ¹ » c'est-à-dire « *l'envie de tuer une femme, une jolie femme à belle poitrine* ». A cette époque, il revoit une cousine éloignée et plus âgée que lui de quelques années. Il ne l'a pas revue depuis longtemps et ressent à son contact ses premiers émois sexuels. Il se souvient avoir été attiré par ses seins plutôt volumineux désignés par lui dans son « *obsession* » comme « *belle poitrine* ». Mais rapidement l'envie de la tuer apparaît. Son émergence semble donc être corrélée à sa rencontre de l'Autre sexe. Les premiers temps, cette envie se fait peu pressante, disparaissant même par période. Mais au fil du temps face à une pression plus accrue, Cyril s'adonne à des pratiques solitaires qu'il a lui-même qualifiées de « *séances de mazoquistes* » au cours desquelles il se promène nu dans une forêt et s'introduit divers objets dans l'urètre. Ces séances font ponctuellement baisser la « *pression de l'obsession* ». Parfois, elles prennent un caractère aigu lorsque la pression grandissante devient quasiment irréprouvable. Dès lors, il commence à se couper le méat urinaire : la vue du sang lui procure une excitation amenant régulièrement à une activité masturbatoire clôturant ainsi le plus souvent sa séance. Il est important de prendre en considération que l'évolution des pratiques réalisées au cours de ces séances est corrélative de l'augmentation de « *la pression de l'obsession* ». En effet, autant ces séances permettaient de faire baisser « *la pression* » momentanément autant celle-ci revenait toujours plus accentuée. De là, le caractère grandissant d'auto-agressivité des séances au point que les derniers temps il avoue avoir eu ponctuellement l'idée de s'émasculer. On peut donc rapporter les pratiques de Cyril à la nécessité itérative d'un vidage de cette jouissance débordante, dans la mesure où le soulagement consécutif à une « *séance* » était ponctuel et temporaire. A une époque tardive de l'évolution de son « *obsession* » de meurtre, Cyril se complaisait à préparer dans ses pensées un scénario imaginaire de plus en plus élaboré opérant comme une sorte de barrage au passage l'acte. Il lui permettait de surseoir à sa réalisation. La veille du meurtre, lors d'une de ses « *séances de mazoquistes* » il s'introduit une cartouche d'encre dans l'urètre qu'il ne peut retirer le soir venu. A ce moment là, il sait, dit-il, qu'il va réaliser son « *obsession* », qui pour lui est univoque et ne peut s'écrire et signifier que « *tuer une femme, une jolie femme à belle poitrine* ». En effet, devant cette situation, Cyril éprouve le sentiment qu'il lui est « *impossible de dire* » à ses parents, au médecin, ses pratiques et son « *obsession* ». Le lendemain, en voyant une de ses voisines, il sait qu'elle sera sa victime. Entretien des relations amicales avec celle-ci, il aura peu de peine à la faire venir chez ses parents à lui chez lesquels il loge. Son passage à l'acte ne réalisera pas tel quel le scénario construit à partir de son obsession : « *celle-ci était trop*

¹. Toutes les citations en italique sont de Cyril.

forte » dit-il. Par peur, il s'abstiendra de s'émasculer avec une corde, comme il l'avait envisagé. Laissant pour morte sa victime agonisante, il part du lieu du drame avec l'idée de recommencer.

En premier lieu, on peut rétrospectivement considérer que ses pratiques solitaires constituées d'une part d'intromissions d'objet dans l'urètre, provoquant chez Cyril une « *jouissance féminisante* » lui permettant ainsi d'assumer en quelque sorte le *tu es une femme* et d'autre part de saignées du méat urinaire, avaient une fonction de barrage à la réalisation meurtrière de l'« *obsession* ». Grâce au soulagement ponctuel procuré par ces séances, le sujet réussissait à se soustraire à son envie impérieuse de meurtre jusqu'à son prochain retour toujours plus accentuée. A l'évidence, l'acte n'y était pas résolutoire et donc le retour de la jouissance toujours assuré.

En second lieu, si l'on tente d'appréhender les coordonnées du passage à l'acte de Cyril, il nous faut prendre en considération la présence de la cartouche dans l'urètre de Cyril. Il avait l'habitude d'enlever et de remettre cet objet dans son propre corps au gré des « *séances* » ce qui en définitive relevait du couple présence-absence. Or un jour, cette binarité, ce jeu de présence-absence se trouve bloqué. A la fois, sa pratique féminisante d'intromission-expulsion n'est plus réalisable et donc sa fonction de barrage est réduite à néant et à la fois l'objet est bloqué en lui. Il a réellement en lui un objet en-plus qui l'encombre. Ne pouvant informer quiconque de la présence de cette cartouche dans son urètre, le sujet fait « l'impasse sur l'Autre ¹ ». Cette obstruction apparaît comme le point de bascule depuis lequel le passage à l'acte fait solution pour ce sujet. Nous y reviendrons plus avant. Manifestement, le passage à l'acte de Cyril ouvrant à la psychose clinique est imputable à la conjonction de deux facteurs d'une part l'arrêt des tentatives d'auto-traitement de la jouissance et d'autre part la présence d'un objet réel encombrant dans son corps. Ces deux facteurs ont précipité le passage à l'acte de Cyril. Puis, surgiront des troubles du cours de la pensée et quelques hallucinations. Au surplus, son obsession réapparaîtra.

Lors d'une rencontre avec un impossible à dire, Cyril n'a pu s'appuyer sur $S(A)$, si bien il s'est trouvé confronté à une béance non recouverte par le fantasme fondamental. Ne pouvant alors prendre appui sur un fantasme foncièrement carencé dans la psychose, il n'a d'autres ressources que de castrer l'Autre sexe dans le réel.

¹. Miller J.-A. « Jacques Lacan : remarques sur son concept de passage à l'acte », in *Actualités psychiatriques*, n°1, janvier 1988, p. 50-55, p. 53.

5-2. Le cas de Mélanie

L'observation de *Mélanie* rapportée par Anne Lysy-Stevens, dont le tableau clinique se rapproche de celui classiquement décrit par la psychiatrie dans le cadre de la schizophrénie sous la forme de l'hébéphrénocatatonie ou catatonie, plaide également en faveur de cette thèse de la conjonction de facteurs déclenchants. En effet, l'auteur estime que la situation déclenchante de la psychose de Mélanie résulte d'une conjonction d'éléments : « Je mentionnerai seulement que la première période de stupeur est attribuée par Mélanie elle-même à une conjonction de divers événements : son père lui prend sa poupée et la brûle en disant qu'elle n'est plus une petite fille et une amie de son âge se moque d'elle parce que cela la fait beaucoup pleurer ; elle a ses règles pour la première fois, et sa mère accouche du dernier-né de la fratrie. ¹» On peut supposer dans ces éléments aussi bien un appel au signifiant de la paternité que la perte d'un objet investi par Mélanie, ayant fonction de béquillage, que d'avoir été l'objet de la jouissance d'un autre et enfin l'appel à une signification phallique. « Quand au plus récent épisode, il s'est produit quelques semaines après la mort de son père. Lors de l'enterrement, Mélanie a l'air très gaie et elle ne semble pas se rendre compte de ce qui se passe. Peu à peu elle se fait néanmoins du souci : qui viendra la chercher maintenant pour rentrer, qui s'occupera des vaches à la ferme, il faudra les vendre etc. Que s'est-il donc passé le week-end qui a inauguré sa rechute dans la stupeur ? Elle s'est disputée avec sa mère qui a jeté le tas de journaux que Mélanie passait toujours des heures à découper et dont elle s'entourait dans sa chambre. Le même jour, sa mère a beaucoup insisté pour qu'elle l'accompagne sur la tombe de son père. Mélanie a refusé obstinément, elle s'est enfermée dans sa chambre et n'a plus bougé, mangé, ni parlé. ²» A. Lysy-Stevens estime que dans les deux situations cliniques « le Nom-du-Père a été appelé, en même temps d'ailleurs qu'a été touché ce qui pouvait servir de béquille imaginaire, c'est-à-dire la poupée ou le tas de morceaux de journaux découpés dont elle avait besoin pour s'endormir. ³»

Que la conjonction de facteurs du second épisode psychotique soit quasiment la réplique du premier incite à en déduire leur détermination structurale pour Mélanie et la prévalence de l'imaginaire dans sa compensation.

¹. Lysy-Stevens A. « Articulations cliniques de $\Phi\sigma$ », *op. cit.*, p. 28.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 28-29.

6. Une variation dans l'efficace des modes de compensations hors déclenchement

Aux côtés de l'hypothèse d'une conjonction de facteurs déclenchants et de celle de *l'insondable décision de l'être*, une autre hypothèse peut être avancée afin de rendre compte de la variabilité clinique des causes déclenchantes. Dans ce sens, il semble que doit être introduit la notion de variation de l'efficacité des compensations : tous les pare-psychose ne semblent pas posséder la même efficacité devant une mauvaise rencontre, leur efficacité stabilisante différant notamment selon les registres de la structure subjective impliqués. L'efficacité de la suppléance de Joyce impliquant le symbolique et le réel semble plus accrue que, par exemple, le béquillage imaginaire rendant le sujet dépendant de l'existence à ces côtés d'une tierce personne. Il ne se trouve effectivement pas à l'abri d'un départ de cette béquille liée à une personne physique. De même, le recours aux stupéfiants et/ou de l'alcool semble posséder une certaine précarité. La thèse d'une « logique de la compensation ¹ » non évolutive soutenue par A. Lévy va dans ce sens.

7. Une clinique différentielle des conditions d'entrée dans la psychose ?

Existe-il une covariance entre une ou plusieurs causes actuelles et une forme clinique particulière de psychose ? Est-il fait mention d'un lien corrélatif entre ces deux données dans l'histoire de la psychopathologie ? Dans la première édition de son *Traité* Pinel revient sur cette association et soutient l'idée que la nature des causes de l'accès maniaque n'a aucun effet ni sur l'espèce de manie produite ni sur la violence de l'accès. Ainsi dans une cinquième sous partie, intitulée « *la nature des accès varie, non suivant les causes, mais suivant la constitution* » Pinel écrit : « Ce serait tomber dans l'erreur, que de croire que les diverses espèces de manie tiennent à la nature particulière de leurs causes, et qu'elle devient périodique, continue ou mélancolique, suivant qu'elle doit sa naissance à un amour malheureux, à des chagrins domestiques, à une dévotion portée jusqu'au fanatisme, à des terreurs religieuses ou à des événements de la révolution. Mais des informations exactes sur l'état antérieur des insensés, et l'observation des affections maniaques qui leur étoient propres, m'ont pleinement convaincu qu'il n'y a aucune liaison entre le type particulier ou le

¹. Lévy A. *Conception et conditions du fantasme dans la psychose*, Thèse de psychologie, Université de Rennes 2, 2007, p. 320.

caractère spécifique de la manie, et la nature de l'objet qui la fait naître ¹». Très justement Bercherie constate qu'« on peut remarquer [pour Pinel] que les causes ne sont aucunement spécifiques pour les différents types de folies ²». Puis, Pinel poursuit dans le paragraphe suivant en estimant que « la violence des accès est encore indépendante de la nature de ces causes ». En revanche, cette violence serait déterminée par la constitution ou la sensibilité physique et morale de l'individu ainsi qu'il l'écrit lui-même : « [elle] paroît tenir à la constitution de l'individu, ou plutôt aux degrés divers de la sensibilité physique et morale. Les hommes robustes et à cheveux noirs, ceux qui sont dans l'âge de la vigueur, et qui sont les plus susceptibles de passions vives et emportées, semblent conserver leur caractère dans leurs accès, et deviennent quelquefois d'une fureur et d'une violence qui tient de la rage. On remarque moins ces extrêmes dans les accès des hommes à cheveux châains et d'un caractère doux et modéré ; leurs affections maniaques ne se développent qu'avec une certaine retenue et avec mesure [...] C'est assez dire que les hommes doués d'une imagination ardente et d'une sensibilité profonde, ceux qui peuvent éprouver les passions les plus fortes et les plus énergiques, ont une disposition plus prochaine à la manie ³»

Nous sommes portés à croire que les conjonctures dramatiques ou situations électives du déclenchement de la psychose sont identiques dans la schizophrénie et dans la paranoïa et ce faisant non différentielles. Il n'y a aucune donnée clinique, à notre connaissance, en faveur de l'existence de conditions déclenchantes exclusivement afférentes à la schizophrénie ou bien à la paranoïa. La clinique différentielle des entrées dans la psychose ne porte pas sur les conditions déclenchantes mais plutôt sur la clinique des entrées dans la psychose c'est-à-dire sur les troubles psychopathologiques qui sont décrits respectivement dans les tableaux cliniques des éclosions schizophréniques et paranoïaques et partant des délires chroniques. En effet, la question suivante possède-t-elle le moindre sens clinique : existe-t-il des conditions électives à la schizophrénie et/ou à la paranoïa ? Ou bien cette perspective est-elle infondée en ce qu'aucune conjoncture n'est à l'exclusive d'aucune forme clinique de psychose ?

Ayant précisé dès le départ que le cadre clinique de notre recherche se restreint au délire chronique, nous écartons de fait les délires mélancoliques et partant n'incluons pas dans notre recherche les travaux de G. Arce Ross qui a soutenu l'existence de facteurs blancs,

¹. Pinel P. *TMP*, 1^{ière} éd, *op. cit.*, p. 14. Soulignons que l'emploi par Pinel du verbe naître, certes dans sa forme infinitive, n'est pas sans évoquer tout de même l'épithète *naissante* avec lequel Grivois épinglera sa théorie.

². Bercherie P. *Les fondements de la clinique* [1980], *op. cit.*, p. 33.

³. Pinel P. *TMP*, 1^{ière} éd, *op. cit.*, p. 15.

« vide de sens ¹ », spécifiques au délire de la psychose maniaco-dépressive, proposition à laquelle au demeurant nous n'adhérons pas dans sa systématisation. Il est vrai que la tentation est grande de vouloir rapporter le déclenchement de la mélancolie appréhendée comme une position subjective incarnant, identifié à l'objet a, à une des conditions déclenchantes spécifiques, soutenant alors l'existence d'une homogénéité entre ces causes facteurs blancs, perte de l'objet et la position subjective mélancolique. Jean-Pierre Deffieux a lui aussi été tenté d'appréhender les causes déclenchantes en promouvant sur le modèle de la théorie du Un-père, le facteur « Une-perte ² ». Il se trouve de nombreux délires chroniques déclenchés par une perte et souvenons-nous que Lacan avait conféré une place privilégiée à cette situation déclenchante lorsqu'il évoquait la métaphore de la béquille ou du tabouret à trois pieds. Sans entrer dans le détail, indiquons que cette corrélation semble avoir été introduite par Freud dans « Deuil et mélancolie » en affirmant que tout comme « le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, l'idéal, etc. L'action des mêmes événements provoque chez de nombreuses personnes, pour lesquelles nous soupçonnons de ce fait une prédisposition morbide, une mélancolie au lieu du deuil. ³ » Cependant, il modifie sensiblement sa position car note-t-il, dans ses dires le mélancolique ne témoigne pas de la perte d'un objet mais d'une « perte concernant son moi ⁴ ». Celle-ci pouvant être générée par d'autres causes que la perte d'un objet.

Autant il semble difficile de soutenir l'existence d'un lien spécifique entre causes déclenchantes électives et clinique différentielle des psychoses, dans le cadre des délires chroniques, autant le repérage clinique oblige à pluraliser les causes déclenchantes. Dans cette perspective, deux auteurs ont proposé de classer ces modalités d'une part en forme typique, il s'agirait alors de la théorie du Un-père et d'autre part en forme atypique ou 'néo-déclenchement', ces auteurs proposant la définition suivante de cette notion : « il convient de regrouper sous ce titre les formes cliniques variées qui se distinguent de la forme typique de déclenchement dont le paradigme est, dans la psychose schreberienne, la rencontre d'Un-père. Ces 'néo-déclenchement' correspondent au lâchage de l'agrafe, quelle qu'elle soit, à la défaillance de ce qui faisait auparavant capiton, pour un sujet. ⁵ » D'autres ont opposé à cette

¹. Arce Ross G. « Déclenchement des psychoses : les facteurs blancs, une valeur de nuisance », in *L'Information psychiatrique*, vol 79, n°5, mai 2003, p. 403-414.

². Deffieux J.-P. « Le risque suicidaire », in *La Cause freudienne*, n°58, p. 49-55, p. 55.

³. Freud S. « Deuil et mélancolie » [1917], in *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, 1968, p. 145-171, p. 146.

⁴. *Ibid.*, p. 152.

⁵. Castanet H, De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements », *op. cit.*, p. 43.

conjoncture classique alors qualifiée de P_0 une autre conjoncture celle de Φ_0 . Nous avons déjà vu que ces conditions déclenchantes avaient déjà été repérées notamment par J.-M Maleval de sorte qu'elles sont en réalité moins novatrices qu'elles n'y paraissent. Nous reviendrons ultérieurement sur ces formes.

I-4. Causalité et schémas explicatifs d'entrée dans la psychose

Ainsi que nous l'avons déjà explicité à plusieurs reprises dans la première partie de cette recherche, le schéma psychopathologique relatif à l'apparition de la psychose est consubstantiel aux premiers écrits psychiatriques sur la folie. Depuis les hypothèses inaugurales des fondateurs, les recherches relatives à l'origine de la folie ont connu un certain essor au point de constituer un domaine à part entière dans cette psychiatrie et connu sous le terme d'étiologie. Très rapidement, les recherches étiologiques s'avèrent fortement corrélées à l'hérédité entendue au sens large d'une transmission d'une génération à une autre. Joseph Daquin notait déjà que « le germe de cette maladie [de l'aliénation] est encore sans contredit bien plutôt développée chez ceux où il se trouve déjà une disposition héréditaire ¹ ». Cette approche héréditaire de Daquin, reprise par Pinel et les aliénistes, possède indéniablement un sens large équivalent alors aussi bien au contexte et à la dynamique familiale qu'à ce que nous appellerions de nos jours transmission génétique. Autant cette approche connaîtra un réel appauvrissement de son sens large autant elle connaîtra un développement associé à la notion de dégénérescence au point que l'on puisse parler au niveau de l'histoire de la psychopathologie d'une doctrine héréditariste-dégénérescence. De sorte que cette tradition, dont les promoteurs les plus célèbres au dix-neuvième siècle sont Bénédicte.-Augustin Morel et Valentin Magnan, s'instituera sur le socle génétique de la transmission de la folie. La doctrine des constitutions² peut à cet égard être vue comme son dernier avatar. C'est d'ailleurs à l'encontre de celle-ci que Lacan fera la promotion dans sa thèse d'une hypothèse centrée sur son approche personnelle de la notion de personnalité.

Au risque d'un raccourci, est-on fondé à considérer la notion de vulnérabilité comme une version post-moderne de la notion pluriséculaire de (pré)disposition c'est-à-dire comme une notion prolongeant, tout en ayant intégrée des apports contemporains, l'idée d'une

¹. Daquin J. *Philosophie de la folie*, op. cit., p. 53-54.

². Garrabé J. « La psychiatrie et la méthode psychopathologique (1902-1952) », in *Annales médico-psychologiques*, 2002, p. 746-751, p. 750.

disposition telle qu'avancée par les fondateurs de la psychiatrie, elle-même issue de la constitution hippocratique bien que l'ayant enrichie d'une dimension morale ? Ou bien, ce faisant, opère-t-on un réductionnisme épistémologie critiquable ? Bien qu'il faille être prudent, il ne nous semble pas abusif de rapprocher en partie la notion de vulnérabilité de celle de prédisposition, et de la considérer comme une graphie ou nomination réductrice contemporaine de celle de prédisposition, qui d'ailleurs à l'occasion surgit sous la plume d'auteurs contemporains promouvant le paradigme de l'apparition de la psychose. Sous l'apparence d'une actualité scientifique sans héritage s'arrogeant toute espèce de rationalité scientifique et pouvant aller jusqu'à la condescendance envers la tradition psychanalytique désormais séculaire, cette notion de vulnérabilité s'avère être en réalité une reprise, certes à la fois extensive et réductrice, mais reprise réelle de la notion de prédisposition vieille de plus de deux cent ans dans le champ de la psychopathologie moderne. A cet égard, cette notion de prédisposition a été reconduite, sinon véritablement introduite par Pinel, dans son geste même de reconduction du syncrétisme des champs des pathologies qui seront plus tard désignées comme psychiatriques d'une part et neuro-psychiatriques d'autre part. On perçoit bien d'ailleurs cet héritage derrière l'hétérogénéité des trois facteurs évoqués dans l'approche de vulnérabilité des psychoses. Dès lors, cet assemblage composite étendu ne peut pas fonctionner telle une infrastructure et donner naissance à une véritable théorie en tant que superstructure. Bien qu'une telle clinique se prétende sans doctrine, elle n'est pas sans socle doctrinal, celui sous-jacent de l'empirisme nous dit Lantéri-Laura¹. A ne pas s'y reconnaître, elle véhicule des présupposés idéologiques, pris ici non pas au sens originel et noble tel qu'en 1796 le philosophe idéologue Destutt de Tracy définit l'idéologie en tant que science des idées, mais au sens péjoratif d'un discours développant certaines idées nébuleuses voire fallacieuses hors du cadre strict de ses résultats et ce de manière dominante dans le champ psychopathologique.

Quant à Grivois, dès ses travaux inauguraux des années 90, il refuse tout déterminisme psychopathologique récusant toute approche étiologique déterministe de la psychose naissante qui apparaît alors comme un syndrome. Aussi, écrit-il que « le psychiatre à vrai dire ne baisse pas les bras mais il fait un détour. Il traque une cause ou un responsable du côté de la mère, réelle ou archaïque, du gène, de la molécule, de la famille, d'un signifiant paternel etc. Ces éléments sont invoqués tour à tour mais à ce stade ils sont impalpables ou absents² ». Ainsi

¹. Lantéri-Laura G. « Éléments de psychiatrie », *op. cit.* Au sens de la philosophie empiriste.

². Grivois H. *Naître à la folie*, Synthélabo, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1992, p. 76-77.

selon Grivois, toute approche de la dimension causale de la psychose naissante est prématurée à ce stade. Il fait montre d'une véritable volonté de déconnecter la clinique de la psychose naissante de toute approche déterministe. Il repousse indifféremment les approches génétique, moléculaire mais aussi psychanalytique et plus particulièrement structurale : « Psychose naissante cela ne signifie pas plus la mise à nu d'un vécu identique et commun de premiers instants que dévoilement d'une mystérieuse structure toujours invisible [...] Nous souhaitons nous dégager aussi des vulnérabilités fondatrices de psychose qu'elles soient issues de données, génétiques, statistiques ou moléculaires ou encore des psychanalyses structurelles. Peu importe le type de cette vulnérabilité si elle est inscrite dans le sujet, même comme hypothèse, quelle violence et quelle altérité pour ce sujet ! ¹» Grivois n'aborde pas la question de la causalité de la psychose sinon en évoquant les statistiques d'entrée dans la psychose à l'adolescence. Cependant, on peut dire que Grivois est revenu sur son refus initial de toute hypothèse déterministe de la psychose puisqu'il adhère au milieu des années 90 à une approche cognitive de la psychose naissante. Dans un troisième temps, fusionnant en partie sa théorie de la psychose naissante avec le modèle de la schizophrénie ou psychose débutante, il adhère par voie de conséquence au modèle de vulnérabilité génétique. Ce faisant, il reconnaît l'existence d'une prédisposition génétique à développer une psychose. La psychose naissante devient ainsi une maladie, même si au demeurant, Grivois parle toujours de syndrome, ou premier épisode psychotique, PEP. Si ces deux choix théoriques successifs ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, en revanche, ils redoublent bien évidemment sa réfutation de l'approche analytique structurale : « Introuvable 'idée-mère'², affect fondateur, incompréhensibilité du processus, inconscient, carence symbolique ou automatisme 'histologique' peuvent être invoqués. Toutes ces pathogénies débouchent sur la même capitulation cognitive et la iatrogène psychiatrique va alors bon train.³». Pour Grivois « même si cette origine lointaine peut être postulée », l'essentiel reste pour l'auteur la compréhension « sur-le-champ et dans les premières heures cet homme et cette femme en choc psychotique, en psychose à l'état naissant ⁴»

Si l'on procède à la distinction entre la clinique de la psychose naissante et son hypothèse étiologique, on peut considérer avec Maleval que « pour pertinente et riche que soit la clinique développée dans *Le fou et le mouvement du monde*, elle souffre cependant d'un postulat selon lequel la centralité posséderait une 'genèse neuropsychologique' située dans un

¹. Grivois H. « La psychose naissante », *op. cit.*, p. 4.

². Il s'agit là d'une expression d'Esquirol provenant de sa thèse inaugurale. In. *Des passions considérées comme causes, symptômes, et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, *op. cit.*, p. 79.

³. Grivois. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 46.

⁴. Grivois H. « La psychose naissante », *op. cit.*, p. 4.

mystérieux ‘niveau moteur’ » qui « n’apparaît guère heuristique ¹ » estime-t-il. Conformément aux modèles de vulnérabilité ayant déprécié le repérage clinique des conditions d’entrées dans la psychose, Grivois les globalise, et n’invite nullement à procéder à des investigations plus poussées de celles-ci. Aussi, l’on peut avec Maleval s’accorder à considérer certaines données de ces modèles sous l’angle structural : « Certes on sait que des recherches concordantes sur les jumeaux et les adoptés suggèrent la présence d’une composante héréditaire prédisposante à la schizophrénie, et que ces mêmes recherches établissent clairement l’importance des facteurs liés à l’environnement. On en déduit volontiers que certains sujets seraient biologiquement vulnérables à la schizophrénie et qu’elle ne surgirait que sous l’action de certaines caractéristiques du milieu. Cependant, l’hypothèse d’une structure psychotique caractérisée par la forclusion du Nom-du-Père conduit de même à considérer qu’il existe des sujets vulnérables dont les troubles ne se déclenchent qu’en certaines situations précipitantes déterminées par l’environnement. ² » Au surplus, comme l’atteste la multiplication des modèles de vulnérabilité et la complexité accrue des occurrences contemporaines, indéniablement, ils peinent à cerner véritablement les modalités opérantes des conditions entrées dans la psychose. Et si certains chercheurs reconnaissent que « la notion de vulnérabilité à la psychose [...] s’affirme comme une évidence et se confirme comme étant une condition nécessaire, mais pas suffisante pour développer une psychose » dans la mesure où les « interactions gène-environnement ont battu en brèche les conceptions génétiques déterministes ³ », ils éprouvent cependant de sévères difficultés à cerner le sens de cette dimension environnementale. De sorte qu’à multiplier sans cesse les variables et les items pour circonscrire les dimensions psychologiques et environnementales, se creuse un vide entre ces conditions et leurs effets cliniques. Au lieu d’éclairer finement l’enchaînement causal et de rendre compte de la variabilité des situations autrement que par l’ajout de nouvelle variable ou item, ces modèles obscurcissent sévèrement l’articulation tripartite entre la cause occasionnelle, le sujet et l’entrée dans la psychose, en conférant à la cause première, génétique, un pouvoir étiologique de plus en plus explicatif à mesure qu’il est de plus en plus étendu. Bien que d’un point de vue de l’histoire de la psychopathologie, l’hypothèse de la vulnérabilité génétique apparaisse comme une parente certes lointaine mais doctrinalement apparentée au déterminisme médical de Daquin et de Pinel, elle s’en distingue également significativement, les fondateurs ayant introduit la dimension morale, linéaments du psychisme, dans leur schéma explicatif. Aussi en élargissant cette variable au point d’évoquer

¹. Maleval J.-C. *Logique du délire, op .cit.*, p. 103.

². *Ibid.*, p. 196.

³. Holzer L et al. « Psychose à l’adolescence, les neurosciences améliorent-elles la prédiction », *op. cit.*, p. 159.

une cause psycho-sociale, ils ratent la dimension psychique de la causalité pour l'appréhender en terme psychologique, deux dimensions pourtant distinctes. Freud lui-même évoquait déjà cette notion de « cause psychique ¹ » dont l'on sait l'importance que Lacan lui accordera à partir des années 40 et singulièrement dans son *Propos* de 1946. De plus, les tenants de l'approche bio-psycho-sociale en restent clairement à une localisation topographique de la provenance du facteur dit occasionnel alors que l'approche structurale sous l'impulsion de Lacan a promu une logique topologique. L'on prend la mesure de l'importance cruciale de distinguer conceptuellement déclenchement de la psychose et déclenchement du délire en ce sens qu'elle implique de rapporter l'entrée dans la psychose à un effet dans la structure. Ainsi que le rappelle Colette Soler, la cause occasionnelle est consubstantielle à la conception lacanienne du déclenchement de la psychose : « la psychose trouve sa 'condition' essentielle dans la forclusion du Nom-du-Père. Cette forclusion que nous écrivons avec un petit zéro, NDo est un élément de causation supposé constant, tandis que les phénomènes eux, sont discontinus. Il faut donc conclure que la forclusion n'est pas la cause suffisante de la psychose. C'est pourquoi d'ailleurs, Lacan ne dit pas cause, il dit 'condition essentielle'. Il faut une cause adjointe pour que se déclenche la psychose, il faut une cause complémentaire qui, elle, est occasionnelle ² ». Cette logique en deux temps évoque celle présidant au modèle freudien de l'apparition du symptôme dans la psycho-névrose reproduisant lui-même le schéma classique. Et, en dépit des avancées ultérieures et du renouvellement de ces conceptions, Lacan ne renia jamais ce schéma.

Toutefois, insuffisante pour rendre compte à elle seule de l'ensemble des déclenchements, la théorie du Un-père devait être renouvelée afin de prendre en considération un ensemble de nouvelles mauvaises rencontres. Démontrant la portée heuristique de la thèse lacanienne, pouvant être renouvelée et développée tout en gardant une homogénéité conceptuelle, J.-C Maleval a formulé la thèse d'une pluralité factuelle des circonstances du déclenchement de la psychose estimant qu'elles possèdent une réelle affinité entre elles, celle de mettre le sujet en situation de se confronter à l'incomplétude de l'Autre et de mettre en défaillance les pare-psychose du sujet dont l'« insondable décision » ne peut être écartée. A l'hétérogénéité événementielle, la théorie du déclenchement oppose une homogénéité structurale, celle d'une logique du déclenchement dont nous verrons plus avant les développements. Et si devant la pluralité et l'hétérogénéité apparente des situations

¹. Freud S. « Psychothérapie de l'hystérie », *op. cit.*, p. 213.

². Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 202.

déterminant l'entrée dans la psychose « la tentation est grande de considérer qu'ils échappent au sens, si bien que les hypothèses fondées sur des dysfonctionnements cérébraux peuvent parfois trouver là matière à s'alimenter ¹», il convient de faire valoir la spécificité de la thèse lacanienne ou plutôt la propriété dont s'institue le concept de déclenchement : l'homogénéité entre la structure du déclenchement et celle de la structure psychotique. Mieux encore, « c'est dans la confrontation du sujet à la carence principielle qui détermine sa structure que [...] paraît se révéler le dénominateur commun des circonstances de déclenchement. ²» En outre, la notion de cause déclenchante n'est pas uniquement une notion descriptive ou factuelle comme peut l'être par exemple celle de cause actuelle. Elle ne s'institue en tant que telle que de ses effets dans la structure subjective. Indéniablement, le déclenchement affecte le sujet.

Enfin, si les propriétés définitoires et différentielles des notions de prédisposition et de structure sont foncièrement inaliénables, nous avons cependant vu que Freud alléguait lui-même l'existence d'une prédisposition ou constitution psychique préfigurant et donnant même une première formulation à la notion de structure psychique. A titre d'exemple, Christian Hoffmann a pu écrire : « quel est ce sujet à la forte prédisposition à la psychose ? ³ » ou bien encore au sujet de la psychose qu'il pense notamment à partir d'une « prédisposition psychique, à savoir une structure psychotique ⁴ ». Ce faisant, il fait équivaloir ces deux expressions, celle plutôt freudienne de prédisposition psychique à la psychose et celle lacanienne de structure psychotique⁵. Assurément, il existe une filiation conceptuelle entre elles. Mais il convient de souligner que le terme de prédisposition est très lourdement chargé d'une tradition pluriséculaire native dans le champ de la clinique des travaux des fondateurs, au point qu'il nous semble que cette notion de prédisposition soit quasiment un élément définitionnel du paradigme de l'apparition de la psychose de la fin du XVIII^e siècle à nos jours. Considérons-les telles qu'elles sont : deux notions fonctionnant dans leur paradigme respectif, mais pouvant converger dans un dépassement dialectique dans la mesure où « l'opposition entre l'organogenèse et la psychogenèse de la psychose semble être en voie d'être dépassée par les travaux sur la plasticité cérébrale qui montrent que le réseau

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 262.

². *Idem*.

³. Hoffman C. « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », op. cit., p. 51.

⁴. *Ibid.*, p. 52.

⁵. Si on la trouve fréquemment associée chez Freud au terme psychique, elle est exceptionnelle chez Lacan. Nous en avons trouvé une occurrence : « pour être fou, il y faut quelque prédisposition, sinon quelque condition ». In *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 23. Bien entendu sous ce même terme, deux acceptions ou traditions résolument divergentes.

synaptique constitue une matière modulable en perpétuel réaménagement en fonction de l'expérience du sujet. ¹» A cet égard, Freud peut-être considéré comme un précurseur de ce dépassement en ce sens qu'il ne dénia pas l'existence et l'incidence d'une constitution héréditaire au sens hippocratique c'est à dire médical, parallèlement à la constitution psychique. Freud s'en explique à plusieurs reprises et notamment dans « La dynamique du transfert » [1912] où l'on peut lire en note 3 : « Défendons-nous ici contre le reproche injustifié d'avoir nié l'importance du facteur inné [constitutionnel] en faisant ressortir le rôle des impressions infantiles. Un semblable reproche émane de l'étroit besoin de causalité de l'homme qui, en dépit de la banale réalité, se satisfait d'un seul facteur causal. Si la psychanalyse a tant parlé des facteurs 'accidentels' de l'étiologie et si peu des constitutionnels, c'est parce qu'elle avait quelque chose de neuf à dire au sujet des premiers tandis qu'elle n'avait rien à ajouter à ce qu'on avait déjà dit sur les seconds. Nous refusons d'établir une opposition essentielle entre les deux séries de facteurs étiologiques et admettons plutôt l'existence d'une action des deux dans la production des résultats observés [...] Le rôle étiologique relatif de chacune doit être évalué dans chaque cas particulier et chez tout individu. Dans une série qui comporte des degrés variables des deux facteurs, il y a nécessairement des cas extrêmes. Suivant l'état de nos connaissances, nous apprécierons chaque fois le rôle respectif de la constitution et des événements vécus et conserverons le droit de modifier notre jugement à mesure que nous y verrons plus clair. Et d'ailleurs la constitution elle-même ne serait-elle pas la résultant de tous les événements fortuits qui ont influencé la série infinie de nos ancêtres ? ²» Manifestement, Freud entend décroiser la perspective étroite d'une opposition de facteurs étiologiques innés et accidentels en introduisant d'ailleurs les notions d'ontogenèse³ et de phylogenèse⁴ dans la construction de la constitution de l'individu. Partant, il rejoint par cette démarche la notion d'hérédité au sens très large des aliénistes. En revanche, dans les approches psychopathologiques contemporaines, la constitution tend à se réduire dans ses principes définitoires à une constitution héréditaire au sens de génétique, la dimension psychique y étant réduite à la portion congrue et l'inconscient freudien récusé. Freud, au contraire, contribua de façon décisive à promouvoir cette dimension psychique de sorte que chez lui les caractéristiques de la constitution psychique tendent à se confondre avec celles d'une structure psychique, inconsciente où le concept de pulsion joue un rôle majeur, ce que montre et systématise de

¹. Maleval J.-C. *Logique du délire, op. cit.*, p. 196.

². Freud S. « La dynamique du transfert » [1912], in *La technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1985, p. 50-60, p. 50-51.

³. Qui désigne le développement de l'individu dans son existence propre.

⁴. Qui désigne le développement et l'évolution humaine du point de vue de l'espèce.

façon décisive la chaîne borroméenne promue par Lacan dans les années 70, sous les espèces de l'imaginaire.

En conclusion, notre investigation des conditions d'entrées dans la psychose plaidant en faveur du schéma explicatif structural, montre une réelle divergence entre les approches psychiatriques de type bio-psycho-sociale et psychanalytiques de sorte que cette dernière n'est nullement devenue « l'infrastructure indispensable ¹ » à la première. Quant à Jung, il n'est pas devenu Josué qui devait, selon le souhait de Freud, prendre « possession de la terre promise de la psychiatrie ² ». De même, la réalité fut bien différente de la prédiction que Freud fit quelques plus tard en 1923 : « Il est à présumer que l'avenir créera une psychiatrie scientifique à laquelle la psychanalyse aura servi d'introduction. ³ »

¹. Freud S. « 'Psychanalyse' et 'Théorie de la libido' » [1923], *op. cit.*, p. 70.

². Freud. S-Jung C.G. *Correspondance 1906-1909, I*, lettre 125F du 17/01/1909, Paris, Gallimard, p. 271. Dans une lettre précédente, datée du 27/01/1909, Freud ne croyait pas si bien dire, lorsqu'il se moquait ainsi des opposants à la psychanalyse : « je crois, que si on les soumettait à l'analyse, il en sortirait qu'ils attendent aujourd'hui encore le bacille ou le protozoaire de l'hystérie, comme le Messie, qui pour les orthodoxes doit venir un jour. Espérons que le diagnostic différentiel de la dém.pr sera alors très facile, car le parasite de l'hystérie devrait avoir un appendice rigide en forme de flagelle, alors que celui de la dem.pr en aurait régulièrement deux, qui en outre, se colorent différemment. ». in *Correspondance 1906-1909, I*, lettre 66 F, *op. cit.*, p. 177.

³. Freud S. « 'Psychanalyse' et 'Théorie de la libido' », *op. cit.*, p. 70.

II. Pour une logique du déclenchement de la psychose : une clinique de Po.

Dès ses origines, la psychiatrie française moderne accorda une large place à la constitution du tableau clinique présenté lors de l'apparition de l'aliénation mentale. Regroupant des phénomènes de natures diverses, respectivement des troubles des fonctions cérébrales ou intellectuelles, affectives et physiques pour reprendre les termes de l'époque, ce tableau apparaît sans conteste composite. Toutefois, depuis les fondateurs, et Pinel expressément, la période inaugurale de la psychose déclarée est classiquement décrite par la présence d'une « perplexité ¹ » ou inquiétude éprouvée par le sujet au point qu'elle apparaisse cardinale à cette réalité clinique. Ainsi, le sujet entrant dans la psychose est traversé par une absence ou défaillance sévère de la signification au demeurant souvent accompagnée d'angoisse. Ce faisant, les rapports du sujet à la réalité, à son corps et à ses semblables s'en trouvent profondément perturbés. Aussi, on retrouve cette perplexité de façon itérative dans l'histoire de la psychopathologie sous diverses dénominations, qu'il s'agisse entre autres du « malaise indéfinissable ² » de Lasègue, ou de l'« état de perplexité ³ » de l'interprétatif de Clérambault. Les travaux de certains auteurs de langue allemande attestent également de cette expérience subjective qu'elle soit rapportée à l'émergence d'une « signification personnelle ⁴ » ou corrélative « d'expériences délirantes primaires ⁵ ». En outre, dans l'école française le bordelais Régis nommait la première période du délire chronique « période de concentration analytique ou d'analyse subjective ⁶ », quant à Morel, il mettait l'accent sur les préoccupations hypocondriaques ⁷ du sujet entrant dans la psychose. Freud lui-même affirmait, dans son étude sur Schreber, ne pas concevoir le déclenchement d'une paranoïa sans que le sujet éprouve lors de cette période des troubles hypocondriaques. Parallèlement à ces deux vécus d'inquiétude morale et physique, le sujet peut également être en proie à des troubles affectant sa pensée et sa parole que Clérambault rassembla dans le tableau du petit automatisme mental ⁸.

¹. Pinel P. *TMP*, 1^{ière} éd, *op. cit.*, p. 143.

². Lasègue C. « Du délire de persécutions », *op. cit.*, p. 33.

³. Clérambault G.G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], *op. cit.*, p. 483.

⁴. Neisser C. « Discussion sur la paranoïa du point de vue clinique » [1892], (trad. fr, Sauvagnat. F), in *Psychose naissante. Psychose unique ?*, *op. cit.*, p. 85-96.

⁵. Jaspers K. *Psychopathologie générale*, [trad de la 3^{ème} éd, 1922], Paris, Librairie Félix Alcan, 1933, p. 86.

⁶. Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », in *Mental*, n°6, juillet, 1999, p. 67-86, p. 72.

⁷. *Idem.*

⁸. Cf, *supra.*, p. 89 et sq.

Loin d'être sans rapport entre eux, la clinique montre fréquemment que ces trois troubles majeurs constituent par leur convergence une expérience énigmatique subjective circonscrite par J.-C Maleval dans la phase Po lors de sa conceptualisation d'une *logique du délire*. Une telle corrélation entre la perplexité angoissante initiale, la délocalisation de la jouissance et le déchaînement du signifiant peut être conçue à la suite de J.-A Miller comme une *séquence logique* déterminée par la rencontre du sujet de la carence de la fonction paternelle. Permettant d'ordonner une symptomatologie que le discours psychiatrique ravale le plus souvent à une chronologie, cette séquence plaide en faveur du dernier enseignement de Lacan sur la structure borroméenne du sujet incitant au demeurant d'actualiser son concept de déclenchement de la psychose.

Parmi les tentatives contemporaines ayant tenté d'isoler et de spécifier le vécu subjectif de l'entrée dans la psychose mentionnons le vécu psychotique initial ou d'initiation¹ de P. Wiener, noté VIP, et le premier épisode psychotique développé par certains modèles de vulnérabilité, noté PEP, auquel a pu s'apparenter dans les années 2000 la psychose naissante de Grivois². Nous montrerons que si l'hypothèse formulée par ce dernier d'une séquence allant de troubles sensori-moteurs à une polarisation centrale possède quelques pertinences cliniques provenant de la psychiatrie traditionnelle qu'il n'hésite pourtant pas à décrier³, elle est toutefois réductrice de la phase initiale de l'entrée dans la psychose. A contrario, quelques propositions ont pu être formulées dans le creuset de l'orientation lacanienne lors de *La Convention d'Antibes*, notamment à propos des deux formes traditionnelles de début de la psychose. Historiquement attestée, cette bipartition lente/brusque possède au-delà de sa réalité factuelle quelques enjeux psychopathologiques d'ordre diagnostique et pronostique que nous tenterons d'examiner en interrogeant notamment l'existence d'une clinique différentielle des types d'entrée dans la psychose.

II-1. Une expérience de perplexité angoissée initiale

Sous des dénominations diverses, les cliniciens ont repéré de manière itérative qu'aux temps inauguraux de la psychose déclarée, le sujet se trouve être le siège d'un ensemble de

¹. Wiener P. « L'annonce faite au psychotique », in *Groupe de Recherche et d'Application des concepts Psychanalytiques à la Psychose*, 1989, p. 21-28.

². Notamment in *La schizophrénie débutante*, *op. cit.*, p. 50. Ce modèle du PEP s'est notablement diffusé dans le champ psychopathologique.

³. Notamment le *délire de relation* décrit par Jaspers in *Psychopathologie générale*, *op. cit.*, p. 90-91. Et *l'excitation maniaque* de Moreau de Tours. Cf, *intra.*, p. 52 et sq.

phénomènes dont le trouble cardinal concerne une perturbation majeure du registre de la signification. D'aucuns s'accordent même pour le considérer comme la source originelle de la psychose clinique à la suite duquel s'ensuit une phénoménologie que Grivois a tenté de circonscrire dans sa conception de la psychose naissante. Bien qu'elle possède une réelle valeur clinique, provenant d'ailleurs de ses héritages aliénistes, classiques et modernes, des réserves et critiques peuvent être formulées à son encontre. Elles concernent essentiellement d'une part la dimension réductionniste de la clinique de l'entrée dans la psychose opérée par la psychose naissante, celle-ci élaguant certains signes cliniques pourtant notablement pathognomoniques et d'autre part sa perspective chronologique trop rigide et linéaire. Il s'agira à partir de cette argumentation critique de faire valoir la thèse d'une logique du déclenchement inaugurée par la rencontre du sujet psychotique avec la carence de la fonction paternelle dont les incidences cliniques tendent à se rapporter à une expérience subjective énigmatique, ce que Maleval a développé à la suite de Lacan sous les espèces de Po.

1. La clinique de la psychose naissante

Nous avons montré au cours de notre première partie que l'expérience initiale de la psychose est appréhendée par Grivois comme une « séquence d'envahissement ¹ » au cours de laquelle le sujet se vit progressivement de plus en plus au centre des autres. Le vécu subjectif de polarisation centrale intervient au terme d'une dérégulation psychopathologique du concernement, qui à son état normal se trouve, d'après Grivois, chez tout à chacun. Bien que les caractéristiques de la séquence inaugurale de la psychose naissante ont quelque peu évolué à travers le temps, ainsi que nous l'avons montré précédemment, il est possible d'en dégager tout de même certains traits cliniquement saillants circonscrits en quatre étapes dont « seuls les deux derniers ont à ce jour intéressé les psychiatres. Une telle séquence est rarement observée à l'état pur », séquence où ressort une « cohérence ² ». Si l'on reprend les quatre temps répertoriés par Grivois dans son article brûlot « Pour en finir avec Clérambault » constituant « une hypothèse portant sur l'ordre des phénomènes » : cela donne « - un temps interindividuel et sensori-moteur hors conscience, le seul sans doute à ne pas être du ressort de la psychiatrie clinique ; - un passage par l'expérience de centralité, où se mêlent, pour faire vite, divinisation et anéantissement ; - une phase symptomatique instable faite de

¹. Grivois H. *Urgence folie*, op. cit., p. 22.

². Grivois H. « Pour en finir avec Clérambault », in *Synapse*, décembre 1996, n°131, p. 24-28, p. 28.

comportements variés, d'hallucinations et d'interprétations non réflexives, marquant un premier essai de sauvetage et de retour à l'individualisme subjectif ; - une évolution délirante variable qui représente, pour le sujet, une sortie de la discordance cognitive propre à la centralité et qui peut prendre des aspects très divers ¹».

Ainsi à l'orée de sa psychose, le sujet est en proie à des troubles mimético-moteurs se manifestant par des actes évoquant d'après Grivois une manie sans délire, une prépondérance du mimétisme, une certaine errance, un mutisme initial et une incapacité à raconter l'expérience. En outre, le sujet psychotique naissant éprouve un sentiment de mort et de catastrophe imminente s'accompagnant d'une certaine instabilité émotionnelle. Puis la dérégulation du concernement s'intensifiant, le sujet en arrive à une position de centralité se rapportant à un vécu subjectif fait d'unanimité, d'arbitraire, et de singularité. Enfin, le psychotique naissant se trouve être en proie à des troubles hallucinatoires. La psychose naissante apparaît dès lors comme une séquence graduée et chronologique, même si Grivois souligne une certaine variabilité dans la durée et l'intensité des phénomènes.

1-1. Les troubles mimético-moteurs de la psychose naissante : un temps interindividuel hors conscience

Les troubles inauguraux de la psychose naissante doivent être expressément rapportés, selon son promoteur, à la dimension sensori-motrice hors conscience dérivant directement de la dérégulation de la fonction interindividuelle, trouble générateur de la psychose clinique qui « reste muet et non conscient jusqu'à la centralité ²». Aussi, la théorie de la psychose naissante se fonde sur l'existence d'une symptomatologie de l'agir constituée principalement par l'agitation motrice, l'errance sans but du sujet, les troubles du sommeil tels que l'insomnie, et foncièrement par des troubles du mimétisme. Ce faisant, elle confère au vécu corporel une place prépondérante. Arguant de ces deux propriétés du concernement, et de cette symptomatologie Grivois propose de considérer que « toute naissance à la psychose commence par une manie sans délire, au sens que Pinel et Esquirol donnent à ces termes, un épisode purement comportemental et incompréhensible de durée variable.³». Si nous concevons bien en quoi la manie sans délire permet à Grivois d'isoler et d'argumenter l'existence d'un temps antécédent la polarisation centrale, où prédominent les manifestations

¹. *Idem.*

². Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 37.

³. *Idem.*

corporelles qu'il désigne comme « un épisode moteur et comportemental ¹», en revanche sa généralisation nous semble quelque peu abusive. Dire qu'elle inaugure systématiquement la psychose naissante c'est se focaliser sur des manifestations corporelles qui ne sont évidemment pas toujours présentes lors de l'entrée dans la psychose. La manie sans délire est une clinique bien étroite pour celle de l'entrée dans la psychose. Au reste, une telle assertion sur la manie sans délire nécessite de revenir sur les textes de son promoteur, Pinel, afin de montrer que ni lui ni Esquirol d'ailleurs ne l'ont en aucun cas considéré comme telle. Autant elle s'y discerne à l'occasion de passage à l'acte autant la clinique de l'entrée dans la psychose déborde le cadre restreint de la manie sans délire. Nous sommes pour notre part enclins à penser que certains passages à l'acte de la manie sans délire ont des liens les plus étroits avec la notion de meurtre immotivé et peuvent être appréhendés comme modalité de l'entrée dans la psychose ainsi que le concept de déclenchement permet de le concevoir².

Notre propos n'étant pas examiner la genèse, l'étiologie ni même les développements de la manie sans délire dans l'œuvre pinellienne³, centrons notre investigation sur sa clinique. Dans son procès d'une délimitation de la manie sans délire, Pinel procède essentiellement d'une argumentation clinique ressortissant de quatre observations originales. Pinel y regroupe aussi bien des mutilations, des meurtres que des auto-mutilations et des suicides : là résidait l'aliénation de leur auteur de sorte qu'une certaine méconnaissance de la manie sans délire pinellienne de la part de Grivois est patente.

Bien qu'il décrive pour la première fois dans son *Tableau général des fous de Bicêtre au nombre d'environ 200* paru en 1794⁴, une « Fureur sans lésion des fonctions de l'entendement, Manie qu'on peut appeler raisonnante » ce n'est que quelques années plus tard, en 1798, dans l'édition princeps de sa *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine* qu'il donne la première observation de manie sans lésion de l'imagination qui deviendra en 1800 la manie sans délire : « Mais comment concevoir l'instinct destructeur de quelques insensés, sans cesse occupés à déchirer et à mettre en lambeaux tout ce qu'ils peuvent atteindre ? C'est sans doute quelques fois par une erreur de l'imagination, comme le prouve l'exemple d'un insensé, qui déchiroit le linge et la paille de sa couche, qu'il prenait pour un tas de serpent et de couleuvres entortillés. Mais parmi ces furieux, il y en a aussi dont l'imagination n'est point lésée, et qui éprouvent une propension

¹. Grivois H. « Entrer en psychose », *op. cit.*, p. 353.

². Trichet Y, Lévy A. « Scarification et (auto-)mutilation dans la psychose », in *L'Information psychiatrique*, n°5, 2008, p. 395-401.

³. Notamment : Swain G. *Le Sujet de la folie* [1977], Paris, Calmann-Lévy, 1997.

⁴. « *Tableau général des fous de Bicêtre au nombre d'environ 200* » [1794]. Repris in Postel Jacques. *Genèse de la psychiatrie*, *op. cit.*

aveugle et féroce à tremper leurs mains dans le sang, et à déchirer les entrailles de leurs semblables [...]. Pour compléter enfin ce tableau d'une atrocité automatique, je puis citer l'exemple d'un insensé qui tournait contre lui comme contre les autres sa fureur forcenée. Il s'était amputée lui-même la main avec un couperet avant d'arriver à Bicêtre, et malgré ses liens, il cherchait à approcher ses dents de sa cuisse pour la dévorer. Ce malheureux a fini par succomber dans un de ces accès de rage maniaque et suicide.¹ ».

Dans l'édition princeps de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie* paru en 1800, Pinel a décrit cinq espèces de l'aliénation mentale dont la manie sans délire. Il en donne trois observations dont voici la première : « Un fils unique élevé sous les yeux d'une mère foible et indulgente, prend l'habitude de se livrer à tous ces caprices, à tous les mouvements d'un cœur fougueux et désordonné ; l'impétuosité de ses penchans augmente et se fortifie par les progrès de l'âge, et l'argent qu'on lui prodigue semble lever tout obstacle à ses volontés suprêmes. Veut-on lui résister ? Son humeur s'exaspère ; il attaque avec audace, cherche à régner par la force, et il vit continuellement dans les querelles et les rixes. Qu'un animal quelconque, un chien, un mouton, un cheval, lui donnent du dépit, il les met soudain à mort. Est-il de quelque assemblée ou de quelque fête, il s'emporte, donne et reçoit des coups, et sort ensanglanté ; d'un autre côté, plein de raison lorsqu'il est calme, et possesseur dans l'âge adulte d'un grand domaine, il le régit avec un sens droit, remplit les autres devoirs de la société, et se fait connoître mêmes par des actes de bienfaisance envers les infortunés. Des blessures, des procès, des amendes pécuniaires, avoient été le seul fruit de son malheureux penchant aux rixes ; mais un fait notoire met un terme à ses actes de violence : il s'emporte un jour contre une femme qui lui dit des invectives, et il la précipite dans un puits. L'instruction du procès se poursuit devant les tribunaux ; et sur la déposition d'une foule de témoins qui rappellent ses écarts emportés, il est condamné à une réclusion perpétuelle dans l'hospice des aliénés de Bicêtre.² ». Pinel en rapporte une deuxième observation : « Un homme livré autrefois à un art mécanique, et renfermé maintenant à Bicêtre, éprouve par intervalles irréguliers des accès de fureurs [...] l'aliéné est dominé par un penchant sanguinaire irrésistible ; et s'il peut saisir un instrument tranchant, il est porté à sacrifier avec une sorte de fureur la première personne qui s'offre à sa vue. Il jouit cependant à d'autres égards du libre exercice de sa raison, même durant ses accès ; il répond directement aux

¹. Pinel P. *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, 1^{ière} éd, Paris, Marandan, An VI, 1798, tome 2, p. 33.

². Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], Paris, L'Harmattan, 2002, p. 150-151.

questions qu'on lui fait, et ne laisse échapper aucune incohérence dans les idées, aucun signe de délire ; il sent même profondément toute l'horreur de sa situation ; il est pénétré de remords, comme s'il avoit à se reprocher ce penchant forcené. Avant sa réclusion à Bicêtre, cet accès de fureur le saisit un jour dans sa maison ; il en avertit à l'instant sa femme qu'il chérissait d'ailleurs, et il n'eut que le temps de lui crier de prendre vite la fuite pour se soustraire à une mort violente. A Bicêtre, mêmes accès de fureur périodique, mêmes penchans automatiques à des actes d'atrocité dirigés quelques fois contre le surveillant, dont il ne cesse de louer les soins compatissans et la douceur. Ce combat intérieur que lui fait éprouver une raison saine¹ en opposition avec une cruauté sanguinaire, le réduit quelquefois au désespoir ; et il a cherché souvent à terminer par la mort cette lutte insupportable. ²»

Pinel en rapporte une troisième observation : « La manie sans délire a donné lieu à une scène singulière, à une époque de la révolution qu'on voudrait pouvoir effacer de notre histoire. Les brigands, lors du massacre des prisons, s'introduisent en forcenés dans l'hospice des aliénés de Bicêtre, sous prétexte de délivrer certaines victimes de l'ancienne tyrannie qu'elle cherchait à confondre avec les aliénés ; ils vont en armes de loge en loge ; ils interrogent les détenus, et ils passent outre si l'aliénation est manifeste. Mais un des reclus retenu dans les chaînes, fixe leur attention par des propos pleins de sens et de raison, et par les plaintes les plus amères. [...] On ordonne de délivrer l'aliéné, et on l'amène en triomphe aux cris redoublés de *vive la République !* Le spectacle de tant d'hommes armés, leurs propos bruyans et confus, leurs faces enluminés par les vapeurs du vin, raniment la fureur de l'aliéné ; il saisit d'un bras vigoureux le sabre d'un voisin, s'escrime à droite et à gauche, fait couler le sang, et si on ne fût promptement parvenu à s'en rendre maître, il eût cette fois vengé l'humanité outragée. Cette horde barbare le ramène dans sa loge, et semble céder en rugissant à la voix de la justice et de l'expérience. ³».

Si l'on prend acte que par la suite, Pinel reprendra tour à tour et quasiment à l'identique dans les futures rééditions de ces ouvrages ces quatre observations princeps de la manie sans délire, on en déduit alors une délimitation clinique relativement restreinte de ces observations. Notons que dans la seconde édition de son *Traité*, désormais titré *Traité médico-*

¹. Cette raison saine s'oppose à la raison aliénée ? Préfigure-t-elle le moi sain des psychanalystes post-freudiens ?

². Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, op. cit., p. 152-153. Esquirol parle lui de « lutte intérieure » mixte de *combat intérieur* et de *lutte insupportable*. In *Des maladies mentales considérées sous leur rapport médical, hygiénique, et médico-légal*, vol I, op. cit., p. 77.

³. *Ibid.*, p. 154-155.

philosophique sur l'aliénation mentale parue en 1809, Pinel reconduit la manie sans délire en tant que constituante du genre de la manie ou délire général¹ .

Bien qu'elle puisse être de durée variable comme l'assure Grivois, la manie sans délire n'apparaît nullement comme un épisode moteur et comportemental hors conscience au sens extensif où il l'entend. Tout d'abord, les observations rapportées par Pinel montre clairement que les sujets peuvent évoquer leur vécu subjectif de sorte qu'il paraît difficile de soutenir qu'il s'agisse d'un épisode hors conscience. Au demeurant, Grivois va à l'encontre de la découverte pinellienne qui estimait justement que le sujet ne s'éclipsait pas entièrement au cours de cette période clinique. En outre, Grivois étend abusivement la manie sans délire à un épisode moteur et comportemental, d'une part en y insérant des troubles que Pinel lui-même n'a jamais inclut dans sa notion et d'autre part en les réduisant à une perspective moteur et comportementale, Pinel les rapportant lui à une lésion des fonctions affectives de sorte qu'il s'agissant pour lui, au risque d'un certain anachronisme sémantique et conceptuel, d'une perturbation psychique. Enfin, rien ne permet de décider si Pinel accordait à la manie sans délire le statut de forme inaugurale de la psychose déclarée. Il semble même que l'on puisse légitimement douter d'une telle systématisation qui est représentative du manque de perspective diachronique de la psychose naissante comme a déjà pu le souligner Maleval. En effet, décider à l'avance que la clinique de la manie sans délire correspond systématiquement à la clinique de la première étape de la psychose naissante, écarte a priori tous les cas regroupés sous la notion de psychose hors déclenchement. Grivois fait preuve ici d'un manque de finesse clinique. Pour notre part, nous argumenterons plutôt en faveur d'un double rapprochement de la manie sans délire avec la logique du déclenchement d'une part et avec la psychose hors déclenchement d'autre part, tout en étant attentif aux évolutions et aux incidences dans la structure subjective du passage à l'acte. En effet, ce dernier peut être aussi bien le signe clinique du déclenchement d'une psychose qu'une tentative d'auto-traitement de la psychose ainsi que nous le développerons ultérieurement. Partant, nous nous dégageons ainsi d'un certain aveuglement dont fait montre Grivois d'être trop centré sur la dimension synchronique. Il ressort de notre examen de la manie sans délire de Pinel et de sa confrontation avec son 'interprétation' grivoisienne, qu'elles ne sont aucunement réductibles l'une à l'autre. La première étape de la psychose naissante n'est nullement une manie sans délire de sorte qu'en définitive, la réalité clinique de la manie sans délire se trouve déformée

¹. Nous reprenons les quatre espèces dans l'ordre même de présentation de Pinel : la manie ou délire général, mélancolie ou délire exclusif, la démence ou abolition de la pensée et l'idiotisme ou oblitération des facultés intellectuelles ou affectives

et même notablement altérée par Grivois voulant la faire entrer de force dans le cadre de sa psychose naissante.

Au reste, il semble peu soutenable de considérer que toute entrée dans la psychose soit exclusivement ou plutôt réductible à un épisode de troubles comportementaux et gestuels hors conscience. Cette perspective oublie toute la phénoménologie liée à la pensée qu'il s'agisse de la concentration, des troubles du langage [néologisme, paralogisme], et même du mentisme psychotique. Grivois s'inscrit implicitement dans la tradition conférant la primauté aux troubles cénesthésiques dont P.Guiraud fut l'un des plus fervents promoteurs¹. Bien que de tels troubles peuvent survenir chez certains sujets à l'occasion d'une décompensation psychotique faut-il pour autant les considérer comme des troubles mimético-moteurs c'est-à-dire comme des perturbations des phénomènes sensori-moteurs intervenant dans les relations interindividuelles décrits par Grivois ? En effet, si l'on se souvient que Grivois définit le mimétisme de la psychose naissante comme une « imitation de pure motilité » c'est à dire non intentionnelle, d' « actes quasi-réflexes ² » équivalent au concernement qui est à entendre au sens de « lien social élémentaire ³ », on peut émettre quelques réserves. Comme le souligne P.H Castel, la démarche de Grivois vise à « identifier le 'trouble générateur' de la psychose », dans la dérégulation de la fonction interindividuel générant des troubles mimético-moteurs. Bien que Grivois n'y fasse aucunement référence, ceux-ci peuvent être rapportés au transitivisme psychotique. Dans ce sens, Castel estime que « le transitivisme ainsi entendu est chez Lacan, comme d'ailleurs chez tous les psychiatres qui l'ont remarqué dans les psychoses, une donnée de l'imaginaire. Ce n'est pas un mécanisme radicalement producteur ni central, ce qu'il est au contraire pour Grivois. ⁴ ». Il nous semble que l'on puisse même évoquer à propos de certains des troubles dits mimético-moteurs, et à la suite de Sauvagnat que « les phénomènes de 'dissociation', de 'discordance', qui supposent, dans les termes originaires de Chaslin, une contradiction bizarre et tout à fait insoutenable entre l'humeur, la parole, la mimique et les actes. ⁵ » Dans ce sens, et bien qu'il s'en défende, la clinique décrite et regroupée par Grivois sous le nom de troubles sensori-moteurs avait déjà été pour partie décrite par la clinique psychiatrique. On y retrouve certains phénomènes repérés bien antérieurement par Clérambault dans sa doctrine de l'automatisme sensori-moteur que Grivois

¹. Guiraud P. « Les délires chroniques », *op. cit.*

². Grivois. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 24.

³. *Ibid.*, p. 25.

⁴. Castel Pierre-Henri. « Comment peut-on 'être agi' ? ». L'hypothèse Grivois-Proust-Jeannerod », Exposé au Colloque 'Geste, motif, action', Paris, 28 avril, 2007. Note n°11. Disponible sur le site : <http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/GPJ/htm>.

⁵. Sauvagnat François. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence .. », *op. cit.*, p. 37.

a justement déprécié et dévalorisé dans son article au titre explicite « Pour en finir avec Clérambault ». Rappelons que ce dernier a progressivement introduit aux côtés de l'automatisme verbal des phénomènes psychopathologiques de la sphère sensori-motrice dans sa description des débuts de la psychose hallucinatoire chronique au point d'évoquer un triple automatisme. Incidemment, contre son gré en quelque sorte, le promoteur de la psychose naissante plaide en faveur de la sphère sensori-motrice clérambaltienne de l'entrée dans la psychose. Nous verrons toutefois qu'il se désolidarise de la thèse de la simultanéité du triple automatisme en situant les troubles hallucinatoires dans un troisième temps.

Enfin, en postulant que la psychose naissante repose sur un dérèglement du « mimétisme grégaire » défini comme le « degré zéro du concernement coexistant avec des échanges moteurs de nature mimétique ¹ » et auquel nous sommes tous inattentifs, implicitement Grivois postule l'existence d'une potentialité psychotique chez chacun : « Mimétisme et concernement n'ont, dans leur état latent, rien de pathologique : lorsqu'un individu, sans perdre son mimétisme basal et tempéré, [celui que nous venons de définir], devient, si peu que ce soit, différemment mimétique des autres, il risque, au pis, de passer pour un original ou distrait ² ». Quand ce dérèglement s'installe, perdure « la banale quotidienneté des gestes devient alors potentiellement porteuse d'une relation nouvelle ³ ». Qu'il affilie sa séquence à l'approche bio-psycho-sociale et à ses déterminismes neurobiologiques comme au milieu des années 90, ou bien qu'il la dégage de toute détermination faisant valoir implicitement la thèse de la potentialité psychotique chez tout à chacun, on peut opposer à ces approches la thèse lacanienne de la carence de la fonction paternelle strictement définie au sein d'une approche structurale.

2-1. *La centralité : unanimité, singularité, arbitraire*

Grivois souhaite réintégrer le vécu subjectif dans l'abord de ce second temps de la séquence. Pour lui, il se constitue à la confluence de trois affects : « – Sentiment d'être au centre de la totalité des autres [unanimité] ; - surprise et étonnement d'occuper seul cette place [singularité] ; - incapacité de donner une signification à cette situation [arbitraire] ⁴ ». Par l'établissement de ces trois éléments, Grivois prétend cerner l'expérience subjective du

¹. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 26.

². *Ibid.*, p. 27.

³. *Idem.*

⁴. Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 854.

psychotique naissant lorsqu'il atteint par le développement paroxystique du dérèglement du concernement la position de centralité : « Ainsi présenté, notre modélisation n'est pas une structure vide mais une morphogenèse de la séquence psychotique initiale. Notre thèse est que ces trois points définissent l'expérience centrale de la séquence psychotique naissante ¹ ». Tentons à présent d'examiner chacun d'eux.

Une certaine continuité semble traverser l'expérience du sujet des premiers troubles sensori-moteurs à cette polarisation : « La psychose naît dans le continuum du tissu interindividuel et s'y développe jusqu'à l'expérience de centralité ² ». Le sujet se trouve dès lors au centre des autres, ainsi que Grivois l'illustre avec l'observation de *Christian*, dix-neuf ans, qui peut à peine penser et encore moins dire aux autres que toutes choses autour de lui s'adressent à lui [c'est sa formule], les objets domestiquent, les affiches, les gens dans la rue ou à la télévision. Comment le dirait-il aux autres ? Il sait que c'est fou et que ça finira mal, mais personne ne peut entendre ça puisque chacun est pris lui-même dans le piège ³ ». La tradition germanique de l'*Eigenbeziehung* reprise en France sous la traduction de la *signification personnelle*⁴ avait déjà repérée ces phénomènes d'unanimité, en les corrélant également aux difficultés éprouvées par le sujet pour les évoquer. Pour autant, cette unanimité dans sa formulation nous semble quelque peu excessive, tout sujet entrant dans la psychose se trouve-t-il systématiquement au centre de tous les autres ? Une certaine tradition incline plutôt à penser que les phénomènes psychotiques inauguraux se développent dans l'entourage du sujet. La clinique montre également que l'espace urbain public et collectif est un lieu non pas au sens freudien d'une Autre scène mais de lieu de surgissement du réel où le sujet peut s'éprouver l'objet du regard de l'Autre jouisseur.

La surprise et l'étonnement du sujet sont générés, d'après Grivois, par son constat d'être seul au centre des autres, d'être seul visés par eux. Cliniquement, la singularité de l'expérience de l'entrée dans la psychose peut se laisser appréhender lorsque le sujet caractérise son vécu en se situant dans une position d'exception ce qui est loin d'être généralisable, cette position pouvant survenir que bien plus tard dans l'évolution délirante.

Que le sujet éprouve de sérieuses difficultés à dire quoi que se soit de son expérience est d'observation courante pour le clinicien. A l'occasion, le sujet peut même rester dans un mutisme inquiétant pour l'entourage. Grivois réfère explicitement ce mutisme tendanciel aux

¹ *Ibid.*, p. 854.

² Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p 24.

³ *Ibid.*, p. 55.

⁴ Il s'agit de celle de Sérieux et Capgras. In *Folies raisonnantes*, *op. cit.*

sentiments de singularité et d'unanimité du sujet que l'on pourrait traduire par : pourquoi suis-je moi, seul, au centre des autres, visé par eux ? Que le terme d'arbitraire possède une certaine pertinence et valeur descriptive du vécu subjectif, certes, mais il peine à serrer de près le trouble profond qu'éprouve le sujet dans le registre du sens. Etrangement d'ailleurs, et à notre étonnement, Grivois déprécie fortement le terme séculaire de perplexité : « Le mot 'perplexité' traditionnel, est ici trop faible ¹ » : la remise en cause par Grivois du lexique traditionnel incite à se demander de quelle faiblesse peut bien souffrir la notion classique de perplexité. Au reste, cette dépréciation s'inscrit plus largement dans son refus de la clinique psychiatrique traditionnelle de l'entrée dans la psychose.

Ainsi que le souligne Grivois, le sujet ressent une extrême difficulté à dire quoi que ce soit sur ce qu'il vit lors de son entrée dans la psychose est un fait clinique avéré, le sujet se confrontant alors une expérience du réel qui le laisse perplexe. Sa tendance au mutisme procède de son impossibilité d'alors à prendre appui sur le signifiant étant justement en train de vivre une expérience déterminée par la rencontre de la faille de l'Autre. L'ineffable de son présent est en effet à concevoir comme déterminée par son expérience par où se dévoile son inscription psychotique dans le symbolique. Bien que Grivois semble lui-même rapporter le mutisme à une perte du symbolisme, qui devrait être précisée, il introduit un hypothétique langage plus universel et communiqué par la motricité interindividuel : « Le mimétisme autant que la centralité installent le malade dans une position telle qu'il garde le silence [...] », ce silence symbolisant « la perte de tout symbolisme utilisable ² ». « Un langage plus universel, plus fondamental, se transmet en silence à travers la motricité interindividuel ³ ». De manière plus large, Grivois avance que l'expérience de centralité serait « la mise à nu du fonctionnement des rapports interindividuels, c'est-à-dire, en quelque sorte, dépouillé de tout l'apport culturel [...] Quel que soit le chemin parcouru pour y parvenir, la panne du langage constatée alors est un phénomène secondaire, phénomène d'accompagnement transitoire et vite réparé, contingent et certainement pas causal. ⁴ ». Grivois on l'aura compris ne partage pas le moins du monde la conception lacanienne du déclenchement de la psychose où se révèle la forclusion du Nom-du-Père et la panne, pour reprendre son terme, de la chaîne signifiante. Qu'elle soit vite réparée, rien ne permet une telle généralisation, la floraison dans le temps des troubles du langage et de la parole chez certains sujets, tel le président Schreber, en sont la preuve. Au reste, à soutenir que le délire résulte d'une mobilisation du signifiant à visée

¹. Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 850.

². Grivois. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 57.

³. *Ibid.*, p. 58.

⁴. Grivois H. « Psychose naissante une ascèse catastrophique » in *Psychose naissante, psychose unique ?*, *op. cit.*, 135-151, p. 144.

réparatrice, on est en droit de récuser à nouveau la rapidité de réparation de la panne du langage avancée par Grivois.

En outre, d'après le promoteur de la psychose naissante, l'expérience de centralité se trouve accompagnée chez de nombreux sujets de moment où ils éprouvent un « sentiment de mort imminente. Ils ont l'impression que tous ces gens autour d'eux ou à distance s'intéressent à eux pour les mettre à mort ¹ ». Loin d'être innovante, la psychose naissante décrit, à l'instar de la clinique classique, un vécu de mort du sujet et de catastrophe imminente qui à notre sens peut être rapporté à une certaine angoisse du sujet corrélative d'un désastre imaginaire. De son côté Lacan avait, lors de son séminaire sur les psychoses, à la suite de Freud, souligné le « meurtre d'âmes » évoqué par Schreber. « Ce sont ces mêmes effets « d'induction du signifiant » sur l'imaginaire qui déterminent ce bouleversement du sujet que la clinique désigne sous le terme de crépuscule du monde nécessitant pour y répondre de nouveaux effets de signifiants ² ». Toutefois, ainsi que le souligne Maleval, de telles expériences du type 'mort du sujet' peuvent survenir lors de Po mais plus électivement lors de P1. Nous y reviendrons.

Autre réserve de notre part : la théorie de la psychose naissante corréle un ensemble de symptômes à « une dérive de la coordination interindividuelle », Grivois procédant à un abord des « faits initiaux sous leur angle relationnel ³ ». Il émet des réserves à la notion de « trouble individuel », elle lui semble somme toute stérile à rendre compte de la réalité du début de la psychose : « le concernement, en bref, est lié à la présence physique d'autrui. Chacun vit en effet avec ses congénères proches ou inconnus une relation immédiate muette et indéfinissable ⁴ ». On peut estimer que faute de se référer au transitivisme psychotique où le moi et l'autre, au sens de semblable, se confondent, est un fait de structure majeur, Grivois est obligé de rapporter la psychose naissante à une perturbation de la relation du sujet à l'autre. On peut faire valoir que la thèse seconde lacanienne rapporte la structure psychotique à une perturbation de la relation du sujet à l'Autre, et saisir que les phénomènes de centralité ne sont nullement limités à la présence d'autrui.

Au surplus, grivois en parlant d'un « véritable tronc commun de la psychose ⁵ » où l'instabilité, et non la confusion, est tout aussi thymique que cognitive, prétend se distinguer

¹. Grivois H. *Urgence folie*, *op. cit.*, p. 41.

². Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 12.

³ Grivois H. « Coordination et subjectivité dans la psychose naissante », *op. cit.*, p. 36.

⁴. *Ibid.*, p. 37.

⁵. Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 852.

de « l'orthodoxie morcelante de l'approche psychiatrico-psychanalytique ¹ » qui séparerait ces deux dimensions ? Puis reposant cette fausse dichotomie à son avis il écrit, « affectif ou cognitif ? ² » mélangeant par là le thymique et l'affectif. Non seulement les termes dans lesquels il pose cette dichotomie du côté d'un complexe psychiatrico-psychanalytique nous semblent invalide, mais en plus il se trompe lorsqu'il la reformule pour la résumer : le thymique n'est pas l'affectif et le cognitif peut être appréhendé dans ses liens avec le symbolique. A la triade grivoisienne, thymique, affectif et cognitif peut être opposée la triade lacanienne, du réel, du symbolique et de l'imaginaire dont le dernier enseignement appréhende à partir de leur nouage de manière borroméenne et partant du défaut de nouage.

Autre point de désaccord, il tient à la définition même de la centralité par Grivois: « La centralité universelle n'est ni un thème ni une interprétation. C'est la conclusion souvent brutale d'un constat perceptif généralisé en cours de généralisation, et c'est en même temps son butoir. ³ ». On y retrouve le stade ultime de la gradation d'un dérèglement d'une fonction normale que nous avons déjà discutée, mais aussi son abord inédit. En effet, il ne s'agirait dans la centralité ni d'un thème ni d'une interprétation mais d'un constat perceptif : traditionnellement la signification personnelle procède d'une interprétation délirante et spécialement chez Lacan, elle est appréhendée dans ses rapports à la carence de la signification phallique et par conséquent procède des troubles de la chaîne signifiante.

Enfin d'une manière plus globale, et dans une concordance avec certains de nos arguments déjà avancés, nous suivons Castel lorsqu'il écrit : « Comme la psychiatrie récente a tendance à croire qu'elle découvre ce que personne n'avait jamais vu avant elle, je rappelle que la 'psychose naissante' conjugue trois délires connues depuis des lustres : le délire d'influence [j'agis autrui et autrui m'agit], l'automatisme mental dit 'moteur' de Clérambault [l'attraction mimétique motrice procédant d'un effet d'écho de mon action dans l'action d'autrui, avec des degrés croissants] et le délire des suppositions [imputation contrôlée d'intentions à autrui]. Pour Grivois, il faut tout prendre ensemble dans une même dynamique ; pour les classiques, on observe souvent un seul de ces délires sans les autres, ce qui exclut tout tronc commun. ⁴ » Située à la confluence des ces trois délires, la psychose naissante reconduit la doctrine l'automatisme moteur de Clérambault.

¹. *Idem.*

². *Idem.*

³. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 51-52.

⁴. Castel P.-H. « Comment peut-on 'être agi' ? ». L'hypothèse Grivois-Proust-Jeannerod », *op. cit.* Note 10.

1-3. *Le temps des troubles hallucinatoires et des premières explications*

Dans le tableau séquentiel de la psychose naissante, une fois atteinte la polarisation centrale peuvent survenir dès lors des troubles hallucinatoires qui paraissent bien tardifs pour ne pas dire excessivement lointains. Lors de sa description de l'expérience de centralité, Grivois ne fait quasiment pas mention de la présence d'éléments signifiants dans ce moment initial de la psychose comme l'a constaté Maleval. A la différence des descriptions psychopathologiques communément admises, Grivois repousse toute phénoménologie liée de près comme de loin au langage et à la parole dans le temps le plus proche du délire, le troisième si l'on se réfère à la séquence quadripartite sus-mentionnée. Dans un texte paru en 1998 intitulé « Coordination et subjectivité dans la psychose naissante ¹ », Grivois faisait également intervenir ces éléments symboliques à l'acmé de l'expérience de centralité de sorte que l'on est fondé à considérer que les troubles du cours de la pensée, les troubles du langage, apparentés à l'automatisme verbal clérambaltien, sont électivement assignés ou connectés par Grivois au second temps du délire. Plus précisément, ils surgissent tardivement et semblent même corrélés aux premières tentatives d'explication délirante du sujet. En cela, la psychose naissante rejoint l'école de Paul Guiraud et son désaccord avec la primauté du petit automatisme mental. Assurément, cette thèse *chronologique* selon laquelle de tels troubles hallucinatoires sont postérieurs à l'expérience primaire est difficilement soutenable dans sa systématisation. L'observation suivante rapportée par P. Wiener va à l'encontre d'une telle chronologie phénoménologique : « Une adolescente africaine de seize ans, en France depuis l'âge de quatre mois, vit dans la famille nombreuse de ses parents adoptifs. Elle est trop sage, trop docile, trop studieuse. Elle n'a pas de relations amicales. Confidente de la mère, elle la remplace souvent auprès des autres enfants. Un jour, alors qu'elle surveille le goûter des frères et sœurs, elle entend une voix d'homme : 'sors'. Elle a le sentiment évident qu'elle est trop enfermée. Sort aussitôt, marche pendant deux heures qui lui paraissent lumineuses, peuplées, agréables. ² » On peut considérer que c'est le surgissement de cette voix qui est primaire. C'est l'ordre halluciné qui commande cette marche de deux heures dont on ne sait pas finalement en quoi elle a consisté, où cette jeune femme est allée etc.

Le cas rapporté par Philippe de Georges est un autre contre-exemple. Un jeune homme vient le voir en consultation pour rassurer son père inquiet de l'état son fils. Il vit une

¹. Grivois H. « Coordination et subjectivité dans la psychose naissante », *op. cit.*, p. 44.

². Wiener P. « L'annonce faite au psychotique », *op. cit.*, p. 21.

« expérience dépressive » depuis quatre mois selon ses termes et « les circonstances dans lesquelles il s'était soudain trouvé comme un bateau ivre restaient précises dans sa mémoire. Il se trouvait alors en vacances et se sentait attiré par une jeune fille troublante. [...] Il était donc en train de lui parler, lorsqu'à contre-jour un homme s'était approché d'elle, dans le soleil, un homme de grande allure, qui l'avait embrassée en lui disant bonjour. Ils avaient échangé quelques mots à voix basse. Et sitôt qu'il s'était éloigné, la jeune fille avait dit qu'elle détestait cet homme, que c'était un médecin qui avait profité de son père et qui lui avait nuit. [...] Aussitôt, lors de cette scène, les paroles de la jeune fille lui paraissent énigmatiques. En même temps, il se sent étrangement et obscurément concernés par elle. [...] Un mot se forme alors dans sa tête –le mot 'chatte'. Il précise à mon intention, avec un petit rire de gêne, que ça signifie 'sexe'. Mais ce mot est alors, pour lui, une explosion nucléaire dans son esprit. Cette explosion est l'amorce d'une réaction en chaîne, qu'il qualifie de thermonucléaire, d'un dérèglement de sa pensée et de son comportement, qui, après un temps d'errance, l'a amené à cette dépression actuelle ¹» Ce temps d'errance de plusieurs jours au cours duquel il ne s'alimenta guère s'accompagna de déambulation sans but, rêvant fiévreusement à la vie qu'il pourrait mener avec elle. S'il est cliniquement fréquent de constater à l'orée d'une psychose clinique, chez certains sujets une certaine errance faite de déambulation dans un espace local, national voire international, une autre appréhension, structurale, est possible. L'on voit bien que ce temps, épisode moteur et comportemental affirmerait Grivois, n'est aucunement premier dans le temps, mais ici secondaire à l'automatisme mental et aux pullulements de la signification et du concernement. Il peut être avancé que « l'agitation du début ²» apparaît corrélée au désarrimage de la chaîne signifiante, le sujet se trouvant alors incarné la défaillance radicale d'un lestage de cette même chaîne. Ce faisant, une telle séquence clinique crédite également la thèse clérambaltienne de la combinaison des automatismes. Nous y reviendrons ultérieurement.

Manifestement, Grivois délaisse les tentatives des sujets de donner un sens à cette expérience où précisément manque pour eux une signification. Son hypothèse s'arrête sur le mouvement subjectif suivant, celui par lequel le sujet va tenter d'élever cette perplexité à l'énigme. Ce second temps, celui des hypothèses et du sens est justement ce contre quoi Grivois, comme nous le verrons plus avant, tente de lutter dans sa pratique. Dépréciant

¹. Georges P. « Paradigme de déclenchement. Un mot de trop », in Jolibois M, Stréliski P, (textes réunis par) *Le Conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses* [1996], Paris, Agalma Editeur, 1997, p. 39-47, p. 40-41.

². *Ibid.*, p. 42.

fortement les efforts de certains sujets dans ce mouvement vital pour eux, Grivois ne peut que se désintéresser de cette mise en route du travail subjectif du délire.

Enfin, d'une manière globale, la conception de Grivois se veut résolument novatrice, réformatrice de toutes les approches traditionnelles de la psychiatrie dite classique, au point que tout héritage, que toute filiation, de la psychose naissante à ces approches est récusée. Grivois se défend abusivement d'être légataire d'un savoir psychiatrique bi-centenaire dont pourtant il tire profit. Le point de vue de Castel va dans ce sens : « Malgré ses dénégations, sa conception est nettement articulée à l'histoire de la psychiatrie 'classique'. Elle s'efforce en effet de concevoir les phénomènes de l'entrée en psychose en termes de mécanismes à la fois mentaux et comportementaux et d'en restituer la logique interne. [...] Grivois, ainsi, n'a pas cherché à expliquer le sentiment d'influence, et à côté de lui l'émoussement affectif, et encore à côté, les troubles de la conscience ou du langage [...] Il a cherché à capter le fait sémantique central de la psychose comme destruction du sentiment d'identité personnelle ou de soi, d'où découlent réellement les phénomènes ¹» mentionnés. Castel estime que l'argumentation et la clinique développées par la psychose naissante possèdent de réelles affinités avec la doctrine de l'automatisme mental de Clérambault. Comment dès lors comprendre les attaques de Grivois à l'encontre de l'apport clérambaultien ?

2. Une expérience énigmatique

« Rappelez-vous, ce petit sujet qui évidemment nous paraissait à nous très lucide. Vu la façon dont il avait crû et prospéré dans l'existence, au milieu de l'anarchie, rien qu'un peu plus patente que chez les autres, de sa situation familiale, il s'était attaché à un ami, qui était devenu son point d'enracinement dans l'existence, et tout d'un coup il était arrivé quelque chose, il n'était pas capable d'expliquer quoi. Nous avons très bien saisi que cela tenait à l'apparition de la fille de son partenaire, et nous complétons en disant qu'il a senti ce fait comme incestueux, d'où défense. [...] Ce petit bonhomme avait beaucoup moins compris que nous. Il butait là devant quelque chose et toute clé lui manquait, il était allé se mettre pendant trois mois sur son lit. Il était dans la perplexité. ²» Lacan dans son séminaire sur les psychoses rapporte cette courte observation d'entrée dans la psychose exemplaire de l'effet de perplexité

¹. Castel P.-H. « Comment peut-on 'être agi' ? ». L'hypothèse Grivois-Proust-Jeanerod », *op. cit.*

². Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 228.

qui peut saisir le sujet lors de sa rencontre avec la carence de la fonction paternelle. J.-C Maleval ayant cerné cette conjoncture par la théorie du Un-père estime dans ce sens que : « l'entrée en jeu de la fille du partenaire a installé celui-ci en position tierce dans un couple érotisé à partir de quoi s'est révélé que quelque chose ne s'est 'pas complété dans l'œdipe' du sujet¹», la signification phallique mobilisée par cette situation triangulaire faisant dramatiquement défaut.

Historiquement, de nombreuses investigations cliniques menées depuis les temps inauguraux de la psychiatrie moderne admettent que l'entrée dans la psychose se caractérise par un « malaise indéfinissable²», une inquiétude indéterminée ou bien encore par un sentiment de catastrophe prochaine, accordant ainsi une place nodale à l'éprouvé du sujet. Indubitablement, l'approche analytique tente de rapporter ce vécu subjectif à la rencontre d'une carence structurale ce que souligne Maleval : « Lors de Po le psychosé constate que l'ordre du monde est troublé. Une faille centrale s'ouvre dans le champ du symbolique, générant angoisse et perplexité. C'est ce que Freud cherche à saisir par le truchement d'une rupture primordiale entre le moi et la réalité ; ce que Lacan nomme en 1955 « l'entrée en jeu de l'énigme de l'Autre absolu ». [A cette époque l'Autre n'étant pas encore conçu comme barré, il entend par là que la vérité dernière, que formulerait l'Autre absolu, reste insaisissable.]³» Dans cette logique du signifiant, l'inquiétude initiale ou perplexité est appréhendée par Lacan sous les espèces du vide énigmatique défini comme l'expérience par un sujet de l'absence de signification phallique dont un énoncé pourrait être *je ne sais pas ce que cela veut dire*. Ainsi que le promet la thèse lacanienne, cette expérience est déterminée par la rencontre du sujet psychotique avec la faille symbolique. En effet, lorsque celui-ci en vient à se trouver au bord du trou du symbolique il ressent alors de la perplexité. Confronté à l'absence de la signification phallique, le sujet se trouve déstabilisé et démuné pour répondre de ce trou noté A, soit grand A barré: « la confrontation à l'incomplétude de l'Autre constitue la situation électorale de déclenchement de la psychose, ce dont témoigne d'ailleurs la dominante de perplexité angoissée signalée par la plupart des cliniciens comme caractéristique de l'émergence des troubles. ⁴» Fréquemment s'ensuit des effets psychopathologiques, le sujet se trouvant dès lors être le siège de phénomènes présentant pour certains un caractère nettement énigmatique pouvant générer une certitude subjective tout d'abord logique et sans contenu énonçable. Ainsi que le souligne Michael Turnheim,

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 284.

². Lasègue C. « Du délire de persécutions », op. cit., p. 33.

³. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 95.

⁴. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 48.

chez Jaspers la perplexité accompagne l'irruption de phénomènes nouveaux et étrangers au sujet : « ce qui caractérise cet instant, c'est que le sujet réagit encore à cette irruption, justement par sa perplexité ; tandis que plus tard, quand sa personnalité entière sera rongée par le processus pathologique, il pourra soit rester indifférent, soit trouver tout à fait compréhensible ce qui l'avait rendu perplexe dans un premier temps ¹ ». Bien que Lacan ne l'évoque pas à propos du '*petit bonhomme*' de son observation, à cette première expérience succède dans un lien logique une certitude entendue au sens de signification de signification qui peut être saisie par la formule suivante : *je ne sais pas ce que cela signifie mais cela signifie quelque chose* qui restera au demeurant à construire par le sujet. Ces deux temps logiques constituent ce qui a été définie dans l'approche structurale comme *l'expérience énigmatique* de l'entrée dans la psychose.

Cliniquement cette expérience énigmatique procède bien souvent de phénomènes pluriels et variés ressortissant des effets du déclenchement dans chacun des trois registres, réel, symbolique et imaginaire. On s'accorde avec Lacan à considérer que l'expérience originelle du déclenchement de la psychose se rapporte principalement à une expérience subjective de perplexité dans la mesure où « il s'agit, au fond, dans la psychose d'une impasse, d'une perplexité concernant le signifiant. Tout se passe comme si le sujet y réagissait par une tentative de restitution, de compensation [...]. Je suppose que le sujet réagit à l'absence du signifiant par l'affirmation d'autant plus appuyée d'un autre, qui comme tel est essentiellement énigmatique ² ». Il en ressort que la perplexité initiale, en tant qu'elle résulte de la rencontre faite par le sujet de la forclusion du Nom-du-Père, s'accompagne secondairement d'une réaction subjective aux effets énigmatiques constituant à elle deux l'expérience énigmatique lacanienne fortement corrélée à l'initiative de l'Autre. Un examen des incidences cliniques de la rencontre de la forclusion du Nom-du-Père permettra d'arguer en faveur de cette logique régissant la temporalité du déclenchement. Autrement dit, se dégagera une séquence vectorisée selon une logique où chaque élément se caractérise selon un déterminisme structural et non pas chronologique. Certaines indications dans l'enseignement de Lacan nous permettent d'envisager cette temporalité logique dans le déclenchement. D'ailleurs cette hypothèse se trouve avoir été soutenue par plusieurs auteurs et de façon décisive par J.-A Miller. Nous y reviendrons.

¹. Turnheim Michael. « Perplexité (Ratlosigkeit) », in *Revue de la Cause freudienne*, n°23, février 1993, p. 18-22, p. 19.

². Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 219.

2-1. Les troubles de la chaîne signifiante ou déchaînement du signifiant

L'une des conséquences majeures de la rencontre par le sujet de la carence de la fonction paternelle réside dans les troubles de la chaîne signifiante qu'elle peut générer et dont le cours s'avère plus ou moins profondément perturbé. En résulte, comme c'est le cas bien souvent, des phénomènes assignables à une rupture de la chaîne symbolique tel que les hallucinations et plus largement par ce que Clérambault a décrit sous le nom de petit automatisme mental dont nous avons précédemment présenté les caractéristiques cliniques. Dans son séminaire sur les psychoses, Lacan circonscrit l'expérience subjective d'entrée dans la psychose par l'irruption d'un signifiant dans le réel qui est comme tel énigmatique. Lacan n'examine alors que la modalité hallucinatoire de ce signifiant dans le réel à propos de laquelle Colette Soler a pu écrire : « l'expression « ' signifiant dans le réel ' cela ne veut pas dire du signifiant dans le perçu –le signifiant dans le perçu n'est pas le genre unique du signifiant dans le réel. Le signifiant est dans le réel quand la chaîne signifiante est brisée¹ ». Il peut alors s'agir d'un signifiant qui revient du dehors, dans le réel, c'est l'hallucination verbale et d'un signifiant déconnecté des autres signifiants prenant un sens ou un poids particulier pour le sujet. Dans cette modalité de l'expression « signifiant dans le réel », il s'agit d'un signifiant isolé qui n'est articulé à aucun autre signifiant et pour lequel l'axiome lacanien un signifiant représente le sujet pour un autre signifiant n'est dès lors plus valable. De sorte que la définition d'un signifiant dans le réel peut être formulée ainsi : un signifiant dans le réel est un signifiant isolé, déconnecté de la chaîne signifiante, précisément de S2, qui n'est donc plus articulé à d'autres signifiants tel que (S1,S2...Sn). Son retour génère chez le sujet des effets au niveau de la signification. Toujours à propos de ces phénomènes, J.-A Miller estime qu'ils témoignent d'une dénaturation foncière des propriétés du symbolique de sorte que dans ces phénomènes le symbolique est réel². Il n'est pas inutile de souligner qu'il s'agit là des termes mêmes avec lesquels Lacan tenta de cerner la structure du sujet dit-schizophrène.

Dans un second temps logique, surgit du vide de la signification, une certitude de signification. Lacan dégage cette logique de son analyse des phénomènes « que l'on a à tort intuitifs appelés intuitifs, pour ce que l'effet de signification y anticipe sur le développements de celle-ci. Il s'agit en fait d'un effet du signifiant, pour autant que son degré de certitude

¹. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 200.

². Miller J.-A. « Clinique ironique », *op. cit.*

(degré deuxième : signification de signification) prend un poids proportionnel au vide énigmatique qui se présente d'abord à la place de la signification elle-même.¹». Plus récemment, C. Soler a tenté dans cette perspective de dégager la structure du phénomène et sa temporalité logique : « La définition du phénomène est claire = conversion d'une négativité en positivité, qui instaure des degrés dans l'accès à la signification, et implique une temporalité = là où d'abord, au temps un et degré premier –l'expression n'y est pas, mais elle est impliquée par celle qu'y est = degré second, dit Lacan –là donc où au premier degré était le défaut, le vide de signification, à savoir tout simplement, l'impossibilité de répondre à la question « qu'est-ce que ça signifie ? » là vient ce qui n'est pas du vide, mais de la certitude que ça signifie, inhérente au signifiant²». On peut rapprocher celle-ci de l'Apaphanie de Conrad, appréhendée comme « la révélation d'une signification ineffable³».

« Ainsi, affirme Soler, l'expérience énigmatique se dédouble-t-elle, entre l'expérience de non-sens aperçu au premier degré et celle de sa conversion en certitude de signification au deuxième, dans une temporalité d'anticipation qui n'a rien de psychologique, qui relève de la subordination de toute signification possible à l'ordre du signifiant⁴». Cliniquement, il s'avère bien souvent qu'une réponse s'impose au sujet sans qu'une question n'ait été au préalable formulée comme telle ainsi que le souligne Lacan. En outre, cette question dont l'on infère l'existence de la réponse du sujet, semble se rapporter électivement à une signification et notamment à une signification de désir, *Que me veut l'Autre ?* la réponse se rapportant précisément à une initiative de cet Autre. Un tel phénomène peut cliniquement perdurer chez un sujet tel Mr C dont les hallucinations verbales font pour lui réponses : « j'ai eut la réponse ». Mais réponse à quelle question ? Très souvent il ne sait pas, ou ne se rappelle pas quelle a été sa question. Ces signifiants forclos reviennent dans le réel, accompagnés d'une certitude subjective de signification que Mr C désigne comme des réponses venant de l'Autre et à son initiative. J.-J Rousseau qualifia ces retours dans le réel de *vérités* comme nous le verrons plus avant. Enfin, le questionnement de cette réponse ou certitude de signification et la recherche d'une certitude de contenu concourent aux linéaments de la construction d'une énigme qui permettra au sujet de tempérer la jouissance selon une logique du délire que nous aborderons ultérieurement.

Ainsi, le trouble générateur de la béance symbolique détermine une expérience énigmatique assortie d'un vécu subjectif singulier et aux incidences cliniques multiples. La

¹. Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 538.

². Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 101.

³. Sauvagnat F, Maleval J.-C. « Crise d'adolescence ou entrée dans la psychose ? », *op. cit.*, p. 616.

⁴. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 101-102.

floraison de questions existentielles touchant au socle sur lequel s'institue le rapport du sujet au monde, aux autres et foncièrement à l'Autre peut être imputée à cette rencontre d'autant que le fantasme fondamental grâce auquel le sujet névrosé s'oriente dans l'existence s'avère lui aussi carenciel dans la psychose. Nous verrons plus avant comment les conditions du déclenchement de la psychose peuvent en certains cas être congruentes avec un passage à l'acte visant à séparer le sujet d'un objet encombrant.

A propos de Grivois, Maleval écrit que « sa focalisation sur la centralité le conduit à négliger en cette expérience ce à quoi la plupart des cliniciens de Po font mention, à savoir la présence d'éléments signifiants qui y possèdent un poids inaccoutumé et un caractère étrange ¹ ». Nous ajouterions à ce propos, auquel nous souscrivons, que non seulement Grivois se concentre sur la centralité mais aussi qu'il réduit les manifestations corporelles des sujets psychotiques naissants à son émergence. Ce faisant, il s'affilie, sans le reconnaître ou même en l'ignorant, avec les tenants de la primauté des troubles cénesthésiques dont Paul Guiraud est l'un des plus éminents représentants. Aussi, il n'est pas excessif de considérer que la théorie de la psychose naissante se concentre principalement sur le dérèglement du concernement et sa phénoménologie afférente ignorant tendanciellement les phénomènes liés au langage et à la parole pourtant décrit de façon récurrente et sous différentes dénominations à travers l'histoire de la psychiatrie moderne. Ce faisant, son promoteur écarte de sa description clinique le petit automatisme mental de Clérambault. N'oublions pas sa publication où il fustige clairement la doctrine de l'automatisme de l'ancien titulaire de l'Infirmierie spéciale et ceux se réclamant de sa clinique dont Lacan en premier lieu qualifiant même Clérambault de « canular lacanien ² ». En premier lieu, il convient de souligner que certaines caractéristiques cliniques de la psychose naissante sont pour certaines similaires avec celles du petit automatisme mental décrit quelques un demi-siècle plus tôt, telle le mutisme, et les troubles du registre de la signification. En second lieu, Grivois situe les hallucinations relativement tardivement dans un déroulement chronologique étonnement similaire de celui de Clérambault. Ainsi que le souligne Maleval « il convient de faire quelques réserves quand Clérambault affirme [...] que les hallucinations thématiques et la superstructure délirante n'apparaissent que dans un moment postérieur à l'émergence du petit automatisme mental. ³ » Si certaines observations vont dans ce sens, d'autres au contraire en divergent et « il apparaît indéniable que [...] les hallucinations verbales peuvent s'avérer

¹. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 105.

². Grivois H. « Pour en finir avec Clérambault », op. cit., p. 131.

³. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 112.

d'emblée insultantes.¹». L'observation de M. N rapportée par Esquirol dont les troubles dérivent, estime-t-il, d'une hallucination verbale atteste de cette diversité clinique et montre l'impact subjectif de celle-ci et son antériorité. Suite aux désordres dans la ville d'Allemagne dont il est le préfet, M. N « se crut accusé de haute trahison, et, par conséquent, déshonoré ». Le sujet tente alors de se suicider en se coupant la gorge et « dès qu'il a repris ses sens il entend des voix qui l'accusent ». Puis, poursuit Esquirol, « guéri de sa blessure, il entend les mêmes, se persuade qu'il est entouré d'espions, se croit dénoncé par ses domestiques. Ces voix lui répètent nuit et jour qu'il a trahi son devoir, qu'il est déshonoré, qu'il n'a rien de mieux à faire qu'à se tuer ». Cette observation clinique restitue l'envahissement et l'intrusion hallucinatoire dont cet homme est l'objet jusqu'au devinement de la pensée lors de ce qu'il est convenu d'appeler ici l'entrée dans sa psychose : « il est convaincu que ses ennemis, à l'aide de moyens divers, peuvent deviner ses plus intimes pensées² ». Même si Esquirol écarte la première interprétation délirante de M. N ayant précédé sa tentative de suicide, il estime, avec raison semble-t-il, que l'inquiétude du préfet découlait des hallucinations verbales : « Seule, l'hallucination [de l'ouïe] caractérisait l'affection cérébrale de ce malade ; ses inquiétudes, ses défiances, ses craintes n'étaient que la conséquence de ce phénomène qui a persisté plus de deux mois, quoique le convalescent eût recouvré entièrement le libre exercice de l'entendement³ ». Aussi, ces retours de signifiants dans le réel, les accusations délirantes le concernant témoignent de l'initiative de l'Autre jouisseur réclamant sa mort.

Une autre observation, celle rapportée par P. de Georges, permet également de faire valoir la thèse de l'expérience énigmatique et au reste comme nous l'avons précédemment souligné, d'objecter à la perspective chronologique développée par la séquence de la psychose naissante et plus largement par nombre d'auteurs du paradigme de l'apparition de la psychose. Le jeune homme venu pour une consultation unique avec P. de Georges lui raconta, avec une certaine précision, les circonstances à partir desquelles sa vie s'est profondément modifiée, le jour où le mot 'chatte' s'imposa à lui. Bien qu'il ne puisse toutefois leur attribuer une valeur causale, « il repère cependant que sa première réaction a eu deux faces : d'une part, 'le vide énigmatique de la signification' –je cite Lacan-, à quoi confronte l'irruption de cet im-pair et le récit de la jeune fille ; et d'autre part, l'émergence simultanée d'un sens obscur et intime, insaisissable et fuyant, qui tout en se démultipliant signe, pour lui, son concernement. L'origine, pour lui, c'est ce mot qui surgit et s'impose, explose en lui, mais est

¹. *Idem.*

². Esquirol E. « Des hallucinations », in *Des maladies mentales...*, *op. cit.*, p. 81.

³. *Ibid.*, p. 83.

en même temps comme une météorite dans le ciel de sa pensée, arraché à 'lalangue', pur corps étranger, élément d'aucune chaîne. ¹» En premier lieu, sa rencontre avec le trou dans l'Autre lors de l'intrusion de cet Un-père a pour effet que « les paroles de la jeune fille lui paraissent énigmatiques. » En second lieu, mais « en même temps, il se sent étrangement et obscurément concernés par elles. » Là se forme dans sa tête le mot 'chatte', qui présentifie l'automatisme clérambaltien que l'on peut concevoir avec Lacan comme signifiant dans le réel. Pour P. de Georges, il s'agit d'un « automatisme mental, c'est à dire une énonciation indépendante du sujet ²». Il poursuit : « Cette explosion est l'amorce d'une réaction en chaîne [...]. En effet, dès que le mot chatte eût explosé en lui, il se lève. Il s'approche de la jeune fille et il lui dit : 'Perce moi le cœur !'. ³»

De plus, sans reprendre l'exhaustivité des troubles de la pensée et de la parole décrits par Clérambault dans son automatisme mental, « un ralentissement de la pensée, lequel dans ses formes les plus accentuées, conduit le sujet jusqu'à un état d'arrêt de la pensée, d'hébétéude et de mutisme ⁴» [barrage, coq-à-l'âne] ces phénomènes témoignent d'une « difficulté du sujet à boucler le message » ce que Maleval assigne à une carence de la signification. Au reste, « le trou dans l'imaginaire, la perplexité, l'autonomisation du signifiant, l'attitude interrogative, l'énigme, tous ces phénomènes constituent une conséquence directe de la carence de la signification phallique. ⁵» En effet, comme le soutient J.-A Miller, à propos des troubles développés par le cas de P. de Georges, « la réaction en chaîne, c'est la trame qui se défait lorsque saute le point de capiton. ⁶» l'on pourrait dire lorsque le nœud de la structure subjective se défait. Ainsi, « nous pourrions donc entendre que le point initial est un mot, un mot tel qu'il amorce un processus qui affecte le signifiant. Le processus en question est tout à fait déchaîné, déstructuré, chaque signification se disperse en tout sens, sans possibilité que se produise le moindre capitonnage. ⁷». Dès lors, ce jeune homme « reste plusieurs jours sans dormir, presque sans manger, déambulant sans but, rêvant fiévreusement à la vie qu'il pourrait mener avec elle. Il refait le monde autour d'Édevine, qu'il qualifie d'énigme faite femme, dans la passion. Ce qu'il ressent dans cette période lui apparaît immaîtrisable. Il se sert de cette phrase, qu'il prête à Nietzsche, pour rendre compte de son expérience : 'Le drame, c'est lorsqu'on rencontre son œuvre propre, son image dans le

¹. Georges (de) P. « Paradigme de déclenchement. Un mot de trop », *op. cit.*, p. 42.

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴ Maleval J-C. *Logique du délire*, *op. cit.*, p. 116-117.

⁵. *Ibid.*, p. 115-116.

⁶. Intervention de J.-A Miller. In *Le Conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses*, *op. cit.*, p. 50.

⁷. De Georges P. « Paradigme de déclenchement. Un mot de trop », *op. cit.*, p. 43.

miroir.’ Il lui a dit d’ailleurs qu’elle était son modèle. ¹» Ainsi émerge l’idée d’une énigme concernant cette jeune femme. Elle présentifie pour lui l’énigme de l’Autre sexe à laquelle une réponse dans le réel a surgit, sous les espèces du « mot ‘chatte’, dont on peut faire l’émergence de la signification phallique dans le réel. ²» d’après J.-A Miller.

2-2. Délocalisation de la jouissance Autre

A de nombreuses reprises dans l’histoire de la clinique de l’entrée dans la psychose, il a été fait mention de sensations corporelles liées à de très forts éprouvés subjectifs. Partant, associées à des préoccupations du sujet sur son corps et à des perturbations du fonctionnement de celui-ci, elles ont pu être circonscrites dans le cadre d’une hypocondrie primitive que l’on trouve décrite tout aussi bien dans le discours psychiatrique, que dans l’approche psychanalytique. Qu’il s’agisse de Freud affirmant même à l’occasion de son investigation des *Mémoires de Schreber* que toute paranoïa débute par une période d’hypocondrie, ou bien de Sandor Ferenczi. Ce dernier rapporte l’observation d’un jeune homme présentant selon les dires de sa sœur une paraphrénie paranoïde [démence précoce] qui s’accorde avec cette primauté de fortes préoccupations corporelles et l’émergence d’un questionnement d’ordre philosophique. A la suite de la lecture d’un article médical portant sur le traitement de la tuberculose par sérum, ce jeune homme « ne cesse de s’observer, fait analyser ses urines et ses crachats, et, malgré des résultats entièrement négatifs, suit un traitement chez le médecin auteur de cet article. ³»

Avant la première génération de psychanalystes, certains psychiatres français, dans leurs descriptions de la clinique de l’entrée dans la psychose, avaient considérés les troubles hypocondriaques comme primaires qu’il s’agisse de Morel, de Magnan ou encore du bordelais Régis. Par la suite, Clérambault a, quant à lui, progressivement accordé une place centrale dans sa conception du triple automatisme aux troubles liés au corps, conférant aux automatismes moteur et sensitif le même statut psychopathologique qu’à l’automatisme mental, au point qu’ils deviennent presque indissociables formant le triple automatisme. Dans sa description de l’automatisme mental Clérambault faisait lui aussi mention de paresthésies initiales. Si l’on se rapporte au *Dictionnaire des termes de médecine* Garnier Delamare on peut constater qu’il en donne deux sens « 1° Anomalie de la perception des sensations,

¹ *Ibid.*, p. 42.

² Intervention de J.-A Miller. In *Le Conciliabule d’Angers. Effets de surprise dans les psychoses*, op. cit., p. 50.

³ Ferenczi S. « Quelques observations cliniques de malades paranoïaques et paraphréniques », in *Œuvres complètes*, 2, Paris, Payot, 1970, p. 109-116.

consistant en retard, persistance, erreur de localisation etc., des excitations tactiles, douloureuses, thermiques ou vibratoires. 2° Sensations pénibles variées, survenant sans cause apparente ; telles que fourmillement, engourdissement, picotement, chaleur ou froid, constriction localisée, ruissellement de liquide, impression de marcher sur du coton. ¹». Dans la psychiatrie de langue allemande, deux auteurs ont tenté de cerner cette réalité psychopathologie donnant ainsi naissance à quelques entités morbides qu'il s'agisse de l'hébéphrénie², de la catatonie³ et plus tard de l'héboïdophrénie⁴. Bien qu'elle semble tenir compte de cette réalité clinique, la théorie de la psychose naissante accorde relativement peu d'importance à la variété clinique de ces phénomènes qu'elle circonscrit sous les espèces des troubles sensori-moteurs. En réalité, elle se révèle très partielle en définissant comme nous l'avons vu précédemment ces troubles comme une manie sans délire dont les deux signes cliniques majeurs seraient des troubles du mimétisme et des agitations comportementales. Ce faisant, elle reste muette sur la présence quasi inhérente de troubles hypocondriaques et de paresthésie lors de l'entrée dans la psychose, troubles qui impliquent il est vrai d'interroger le statut du corps dans la psychose. Ce dernier peut être en effet être le lieu de retour d'une jouissance Autre non régulée par la fonction phallique. La carence de celle-ci peut impliquer une jouissance de l'organe, comme lieu de retour de la jouissance. Qu'il s'agisse des multiples pollutions nocturnes de Schreber ou des larmes en continue de J.-J Rousseau, les temps inauguraux de la psychose clinique peuvent se caractériser par des phénomènes de corps.

Le cas de Mélanie

Cette séparation des troubles de la chaîne signifiante et des phénomènes générés par la dérégulation de la jouissance n'est que factuelle disions-nous, par nécessité rédactionnelle, dans la mesure où la réalité clinique témoigne plutôt de leur simultanéité ainsi que l'observation suivante le montre. Mélanie est une jeune fille de quinze ans qu'Anne Lysy-Stevens rencontre dans le cadre de sa pratique au sein l'institution accueillant l'adolescente. « Quand je vois Mélanie pour la première fois, elle refuse depuis plusieurs jours de manger et

¹. Garnier, Delamare. Article paresthésie, in *Dictionnaire des termes de médecine*, *op. cit.*

². Hecker E. « L'hébéphrénie. Contribution à la psychiatrie clinique » [1871], *op. cit.* A. Viallard estime qu'en réalité, Hecker prit à son maître Kahlbaum les idées-forces du tableau décrit en 1863.

³. Kahlbaum K.L. « La catatonie ou folie tonique » [1874], (trad. fr et présentation de A. Viallard), in *L'Évolution psychiatrique*, 2, 1987, p. 367-440.

⁴. Kahlbaum K.L. « L'héboïdophrénie », (traduction de A.Viallard) *Revue internationale d'histoire de la psychiatrie*, 2, 1984, p. 44-65. Les deux articles de Kahlbaum datent de 1884 et 1889.

de parler. Je la trouve figée sur une chaise, dans une position des plus inconfortables, les muscles tendus. Tandis que je lui parle, elle reste sans répondre, le regard fixe, avec un sourire extatique, parfois interrompu d'éclats de rire ou de grimaces de déplaisir. J'apprends qu'elle reste ainsi immobile pendant des heures, et qu'à d'autres moments cette attitude prostrée fait place à une docilité soudaine ou à des actes automatiques : elle se laisse nourrir, elle se lève et s'habille puis se déshabille, ou elle se met à tricoter sans arrêt jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de fil. Bref, Mélanie présente tous les signes qui composent le tableau classique d'une forme grave de la schizophrénie, l'hébéphrénocatatonie ou catatonie tout court. ¹» Elle poursuit sa description clinique : « Mélanie est restée dans cet état mutique et « comme douloureusement habitée ²» pendant plusieurs mois. Ce n'est pas la première fois que cela lui arrivait. Un an auparavant elle avait déjà sombré dans la stupeur ³» Le premier épisode de ce type remonte au moment de la puberté à ces treize ans. Ces épisodes sont entrecoupés par des périodes où la jeune fille parle et participe aux activités. A. Lysy-Stevens souligne que « le plus souvent elle ne répond pas si on l'interroge sur ce point, ou elle dit seulement qu'il y avait des raisons d'être comme cela ou que c'est son affaire. » Toutefois, il lui arrive également de manière soudaine d'évoquer ces moments-là de sorte que deux remarques peuvent être formulées selon l'auteur : « Premièrement, que ces épisodes catatoniques sont l'effet de ce que Lacan appelle 'conjoncture dramatique' ou 'situations au sens romanesque de ce terme', toujours repérables au moment du déclenchement d'une psychose. Deuxièmement, que cette mobilisation complète et parfois spectaculaire du corps est intimement liée à la présence d'hallucinations et d'éléments délirants. ⁴» Ainsi que le remarque l'auteur, Mélanie se présente par certains aspects comme une cataleptique, « ce tableau psychiatrique se caractérise par la prédominance des troubles psycho-moteurs, la stupeur, la catalepsie musculaire, le 'négativisme', c'est à dire le refus d'aliments, le mutisme, l'opposition, qui parfois fait place à l'agitation extrême ou aux impulsions dangereuses ; d'autres caractéristiques sont encore le maniérisme [c'est à dire les grimaces, les tics], les phénomènes d'imitation [échopraxie et écholalie] et les stéréotypies. ⁵»

Une telle symptomatologie centrée sur le corps nous semble pouvoir être abordée comme une mortification du sujet en ce sens qu'elle résulte de l'envahissement du corps par une jouissance mortifère. Contrairement aux manifestations ou conversions hystériques auxquelles Freud prêta son écoute, dans ces phénomènes psychotiques ne gît aucun désir.

¹. Lysy-Stevens A. « Articulations cliniques de $\Phi\omicron$ », *op. cit.*, p. 28.

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

Bien au contraire, ils dénotent l'absence de la structure de celui-ci sous les espèces de l'absence du signifiant phallique chargé de représenter dans l'inconscient l'objet perdu freudien. Une telle clinique abonde dans le sens d'une carence structurale dont les conséquences dans l'économie de la jouissance sont patentes, l'auteur évoquant la notion de *mort du sujet* : « On peut néanmoins parler à leur propos [des phénomènes de corps de sa patiente] de « mort du sujet », au sens où l'élimination du phallus provoque, selon l'expression de Lacan, « un désordre au joint le plus intime du sentiment de la vie chez le sujet. Quand il élabore le schéma R, Lacan situe en effet le phallus comme le terme « où le sujet s'identifie avec son être de vivant ¹ ». A. Lysy-Stevens rapporte également que Mélanie a pu sortir de son mutisme ses propos étant alors forts instructifs sur les raisons de son silence : « Après-coup, Mélanie a pu dire en effet que si elle ne parlait pas, ce n'est pas parce qu'elle n'en était pas capable, mais parce que Satan lui disait de se taire. Il lui disait aussi de voler. Elle se levait en effet la nuit pour prendre des objets et surtout de la nourriture dans les armoires. Après le premier épisode, qui a suivi la naissance de son frère, elle raconte que lors de cette naissance elle a vu le diable. Notons encore que peu avant le dernier épisode, quelques jours la mort de son père, elle s'est exclamée : 'Satan est parti !' Les bribes d'éléments délirants, repérés dans ses dires et très peu élaborés, tournent autour de l'idée d'être possédée par Satan et se rattachent à des récits et à des actes du père : en bref, il s'agit d'une histoire de sort qui aurait été jeté sur la ferme, et plus précisément sur la mère de son père, qui s'appelait aussi Mélanie. ² »

Le cas de Mr X

L'observation de Mr X rapportée par Moreau de Tours montre que les troubles de la chaîne signifiante et ceux relatifs à la délocalisation de la jouissance peuvent se combiner dans l'émergence d'une signification délirante corrélée à la figure d'un Autre jouisseur³. Après avoir refusé divers partis pourtant convenables, note Moreau, Mr X, un ancien négociant accepta, avant de se rétracter, le mariage de sa fille avec celui qui allait devenir son futur gendre. Il s'ensuit l'apparition de troubles dont des idées de persécutions de la part du futur gendre et des idées suicidaires qui le conduirent à être hospitalisé. Là, Mr X rencontre Moreau de Tours auquel il raconte comment de telles idées lui sont venues. En voici le témoignage : « Cela, dit-il, n'est pas chose facile ; tout cela est très confus dans mon esprit.

¹. *Ibid.*, p. 32.

². *Ibid.*, p. 29.

³. Moreau de Tours J. *Du haschich et de l'aliénation mentale* [1845], *op. cit.*, p. 107-108.

Ce que je sais, c'est que peu de jours auparavant, sans que je puisse m'expliquer pourquoi, j'étais comme *abasourdi* ; par moments, je savais à peine ce que je faisais ; je me surprénais à penser à toute autre chose que je n'aurais voulu. Ce qui ne m'était jamais arrivé, je parlais tout seule, ou plutôt je murmurais quelques paroles sans suite. Je sentais bien que ma tête fermentait, mais je n'y éprouvais aucun mal, et je n'aurais pas songé à prendre avis de mon médecin, si, fatigué de ne plus avoir de sommeil depuis quelques temps, et tourmenté par je ne sais quels fâcheux pressentiments, je n'avais craint enfin de tomber malade. Ces pressentiments étaient trop fondés ; car peu de jours après, mon état ayant empiré, éprouvé dans la tête une sorte de vide immense, en même temps un poids qui m'empêchait de respirer, tout-à-coup il me vint à l'idée que M....., mécontent de mes procédés, pourrait m'intenter un procès, me poursuivre en diffamation. Depuis lors, cette mauvaise pensée ne m'a plus quitté. ¹» Quelques jours plus tard indique Moreau de Tours, il eu une première hallucination dont il rapporte le contenu « Tu ne saurais en douter, il y aura procès ; tu es perdu, toi, ta femme, ta fille ! ²» Une telle observation plaide en faveur de la seconde catégorie des phénomènes élémentaires rapportés par Sauvagnat soit « les phénomènes de 'dissociation', de 'discordance' selon les termes de l'école française, qui suppose, dans les termes originaux de Chaslin, une contradiction bizarre et tout à fait insoutenable entre l'humeur, la parole, la mimique, les actes ³» qui peuvent comme dans le cas de Mr X conduire le sujet à la formulation, c'est à dire une certaine localisation dans le signifiant de la jouissance, d'une persécution.

Les fréquents éprouvés corporels au début de la psychose clinique et leur association avec des perturbations de la parole et du cours de la pensée comme dans les cas Mélanie et de Mr X, incitent à déduire de leur récurrente co-présence qu'un lien logique les unit. C'est précisément ce que fait valoir la logique du réel de sorte que « la forclusion du Nom-du-Père implique l'absence d'une limite quant à la jouissance, celle instaurée par la perte de l'objet primordial, de sorte que le sujet psychosé se trouve envahi par la jouissance de l'Autre, son corps devient alors le siège de phénomènes divers, agréables ou pénibles, voluptueux ou angoissants ⁴» En effet, les troubles liés à la dérégulation ou délocalisation de la jouissance

¹. *Ibid.*, p. 108.

². *Ibid.*, p. 109-110.

³. Sauvagnat F. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence.. », *op. cit.*, p. 37.

⁴. Maleval J.-C. *Logique du délire*, *op. cit.*, p. 120.

sont imputés, dans l'enseignement lacanien des années 70, à la thèse de la non extraction¹ de l'objet *a* de sorte que le sujet psychotique ne se trouve pas soumis à la fonction phallique. Et comme l'avance Maleval : « Dans tous ces cas, l'objet pulsionnel du psychotique se caractérise de ne pas être connecté à la fonction phallique, d'où son aspect le plus souvent maléfique : injures des voix, mauvais œil, empoisonnement alimentaire, etc. ²» En clair, il se trouve être le témoin de son surgissement dans le monde et notamment dans le miroir ce qui n'est pas sans générer de l'angoisse chez lui.

2-2.1. Le signe du miroir

Etrangement, le *signe du miroir*³, l'un des apports sémiologiques de la psychiatrie française de l'entre-deux guerre à la clinique de l'entrée dans la psychose semble être de nos jours notablement oublié des recherches psychiatriques et plus largement neuroscientifiques. Alors que la psychiatrie française des années 50 s'en faisait encore l'écho, Ey l'incluant nominativement dans les *comportements étranges des impulsifs*, mais également parmi les *troubles de l'affectivité et du caractère*, respectivement deux *formes insidieuses et progressives de la schizophrénie*⁴, il s'avère relativement absent des publications nosographiques contemporaines. Bien qu'il ne soit pas intrinsèque à cette clinique, il se retrouve en effet à d'autres périodes de la psychose, il n'en reste pas moins repérable chez certains sujets fortement préoccupés par leur propre image dans le miroir à l'orée de la psychose. Sa présence peut témoigner dans l'approche structurale à la fois du recours à i(a) grâce à laquelle le sujet peut encore trouver un certain appui identitaire, une certaine consistance moïque mais aussi du délitement de cette image, laissant place au surgissement de l'objet *a*, générant chez le sujet une angoisse congruente à la définition lacanienne de celle-ci : « l'objet n'étant pas raturé par le signifiant, il menace de venir faire tâche dans l'image. C'est ce qui se produit quand s'accroît la défaillance de la phallicisation du moi qui semble au

¹. Lacan évoque dans une note de 1966 ajoutée à son texte « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » le soutien du champ de la réalité par « l'extraction de l'objet *a* » qui lui donne aussi son cadre. In *Écrits*, *op. cit.*, p. 554.

². *Ibid.*, p. 123.

³. A en croire Marchand lors de son intervention dans la discussion de l'article principes d'Abély, la paternité de cette expression doit lui être conjointement attribuée à lui et à Delmas. In Abély P. « État schizophrénique et tendances homosexuelles », *op. cit.*, p. 257.

⁴. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens » [1955], in *Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1996, p. 267-287.

principe de l'autoscopie, tant par l'inquiétude qu'elle implique que par l'effort qu'elle suscite pour la compenser ¹».

Le 18 juillet 1927, au cours de son intervention intitulée « Etat schizophrénique et tendances homosexuelles ²», devant la Société médico-psychologique, Paul Abély fait part de sa découverte d'un symptôme présent dans la clinique des psychoses mais particulièrement récurrent lors de « la période prémonitoire de la démence précoce et [qui] constitue un véritable signal d'alarme³». Il désigne ce symptôme « signe du miroir ⁴». C'est à ce médecin français que l'on doit en effet le repérage du « besoin qu'ont certains sujets de s'examiner longuement et fréquemment devant une surface réfléchissante. [...]. Leur examen porte surtout sur leur visage, mais aussi sur l'ensemble de leur corps. ⁵». Abély constate sa très forte fréquence voire sa quasi-constance lors de l'apparition des premiers symptômes de la schizophrénie. En effet, le signe du miroir fut repéré chez dix-huit des dix-neuf sujets observés dans leur milieu familial. Abély note également que ce signe disparaît par la suite au point que sa présence dans les phases suivantes des délires chroniques ne possède qu'une faible significativité psychopathologique. La première observation rapportée par Abély présente un jeune étudiant de 22 ans, appelé X, dont l'appétence à se mirer dans une glace dévoile une double perspective. D'une part, elle révèle la perturbation de la relation du sujet à ses semblables où s'impose le transitive psychotique. D'autre part, elle laisse apparaître une ébauche de féminisation chez ce jeune homme. Manifestement, le choix d'une carrière au sortir du Lycée fut pour ce jeune homme « un pénible moment ⁶». Venant quotidiennement à Paris suivre des cours de Droit afin de préparer le notariat imposé par sa famille, il vécut très difficilement ce changement d'existence. A ce sujet, Abély rapporte ces propos : « A cette époque, dit-il, je me sentais fatigué, neurasthénique, je dormais mal, je travaillais avec beaucoup de difficulté, je me sentais perpétuellement fatigué ⁷». L'accentuation de cet état, lui fit éprouvé « un sentiment indéfinissable fait surtout d'inquiétude et de lassitude ⁸». Il pleure pendant la nuit et cela sans raison ⁹» note Abély. Puis une altercation avec un jeune avocat à propos de son propre ami d'enfance « accentue sa prostration et son inquiétude ». Le jeune avocat ayant interdit à l'ami du patient de participer avec celui-ci aux réunions et sauteries

¹. Maleval J.-C. « Il n'y a pas d'angoisse psychotique », *op. cit.*, p. 70.

². Abély P. « Etat schizophrénique et tendances homosexuelles », *op. cit.*

³. *Ibid.*, p. 254.

⁴. *Idem.*

⁵. Abély Paul. « Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce », in *Annales médico-psychologiques*, 12^{ième} série, I, janvier 1930, p. 28-36, p. 28-29.

⁶. Abély P. « Etat schizophrénique et tendances homosexuelles », *op. cit.*, p. 252.

⁷. *Idem.*

⁸. *Idem.*

⁹. *Idem.*

intimes organisées dans les maisons de la ville. A partir de cette séparation d'avec son ami d'enfance « l'inquiétude devient continue, il se sent de plus en plus incapable de penser, il est obsédé par un sentiment d'étrangeté et de transformation. Alors, pour essayer de secouer ce malaise, il entreprend, à pied, des randonnées formidables, il éprouve un besoin permanent de remuer, de marcher, pour essayer de se calmer par la fatigue ¹» et sans doute d'éprouver la réalité de son corps. Ne peut-on pas avec les faits cliniques rapportés par Abély, supposer que le jeune avocat soit venu s'immiscer dans le couple imaginaire composé par le patient et son ami d'enfance ? Autrement dit, ne vient-il pas tel Un-père réel rompre le lien imaginaire entre le jeune homme et son ami d'enfance ?

Puis il présente des troubles sans doute incompréhensibles pour ses proches : « au milieu de son travail, il s'interrompt et tourne autour de la pièce. Il quitte brusquement son domicile et va s'isoler pendant plusieurs heures dans les bois environnants ²». Apparaît alors ce que l'auteur nomme une « stéréotypie particulière » que le jeune homme désigne lui-même comme « celle de se mirer ³». Celui-ci ne rate aucune occasion de se regarder dans les glaces. En outre, ajoute Abély, « il ne peut travailler et ne prépare ses examens de droit qu'avec un miroir à côté de lui ». Fait important, l'auteur note que X « se frotte perpétuellement les joues pour se donner des couleurs, 'comme les femmes dit-il' ⁴». Partant, une ébauche de pousse-à-la-femme se trouve associée au signe du miroir dans la clinique de cette entrée dans la psychose. Au surplus, Abély constate qu'à côté « de ce narcissisme particulier, de cette coquetterie du visage, on trouve une discordance frappante en ce sens qu'il abandonne complètement tout soin de toilette, qu'il néglige sa tenue vestimentaire, qu'il reste plusieurs jours sans se raser. En même temps s'est installé un maniérisme à type féminin avec minauderie, recherche des attitudes gracieuses et paroles précieuses. ⁵» Le point de vue de Paul Guiraud au cours de la discussion concorde avec ceux de Marchand et d'Abély. Partant, il émet l'hypothèse que « dans beaucoup de cas ce symptôme correspond à un déficit de la synthèse de la notion de moi. Certains malades peuvent arriver à identifier leur corps et la pensée et ont besoin de la preuve du miroir pour y arriver ⁶». Si l'on considère, grâce aux catégories lacaniennes, le moi comme une instance imaginaire et les pensées comme référées au symbolique alors la thèse de Guiraud peut être traduite ainsi : le sujet tend, par le signe du miroir à raccrocher l'imaginaire et le symbolique. Guiraud témoigne ainsi de l'effort du sujet

¹. *Ibid.*, p. 253.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 254.

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. Guiraud in Abély P. « Etat schizophrénique et tendances homosexuelles », *op. cit.*, p. 257.

pour parer à l'autonomisation de l'imaginaire et la délocalisation de la jouissance de l'Autre qui lui est corrélée ainsi que le note F. Sauvagnat : « une des caractéristiques les plus communes des tableaux cliniques schizophréniques est la présence de phénomènes qui attestent que la dimension symbolique n'est pas nouée à la dimension imaginaire ¹».

La seconde publication portant sur ce signe clinique est le fait de F.-Achille Delmas qui reprend à peu de choses près la description princeps d'Abély. Au reste, il note que « si on les interroge, ils nient ou répondent évasivement ; même en insistant, on n'obtient d'eux que des aveux très partiels, et jamais une explication nette et sincère. ²». Nous serions tentés de rajouter : explication, en réalité, qu'ils sont bien en peine de donner, l'appui du signifiant leur faisant défaut à l'orée de la psychose. Le peu d'explication de la part des malades s'explique pour trois raisons selon Delmas. Premièrement, les sujets « sont au début de leur affection, c'est-à-dire à ce moment où l'invasion des premiers symptômes d'automatisme les trouble, les étonne et même les inquiète ³». Deuxièmement, ils se préoccupent des modifications survenant en eux-mêmes n'étant pas encore indifférents affectivement et affaiblis intellectuellement. Dernièrement, s'agissant de formes simples, par conséquent toute explication interprétative est absente visant à justifier cette pratique. Partant de ces trois considérations, il semble légitime pour Delmas d'admettre « que le signe du miroir du dément précoce répond à une curiosité, ou même à une inquiétude sur ce qu'il ressent d'inaccoutumé et d'anormal en lui et par conséquent un besoin de vérifier son état nouveau et de rechercher ce qui peut le lui révéler et le lui expliquer. ⁴». De la sorte, le signe du miroir apparaît comme corrélé à la délocalisation de la jouissance que l'on pourrait traduire en termes psychiatriques de troubles de la sensibilité générale ou dyscénesthésie. Ce signe au début de la psychose, apparaît à Delmas avoir « un certain caractère logique et répondre à l'étonnement, plus ou moins inquiet, que le malade éprouve au sujet du changement survenant en lui ⁵». Assurément, l'inquiétude éprouvée doit être rapprochée de celle précédemment évoquée sous les espèces de la perplexité primitive.

En 1934, P. Ostanow s'accorde avec Abély et Delmas sur la valeur diagnostique et pronostique de ce signe au début de la démence précoce qu'il constate d'ailleurs plus

¹. Sauvagnat François. « De la discordance de Chaslin à la 'Problématique RSI' de J. Lacan », in *Synapse*, octobre 2000, n°169, p. 49-58, p. 56.

². Delmas F.-Achille. « Le signe du miroir dans la démence précoce », in *Annales médico-psychologiques*, séance du 25 février 1929, n°1, p. 227-233, p. 228.

³. *Idem*.

⁴. *Idem*.

⁵. *Idem*.

fréquemment chez les hommes, et considère qu'il devient « symptôme-réflexe ¹ » lors de la période d'état. Bien qu'Ostancow accrédite l'approche clinique de ce signe par Abély, il s'en distingue toute de même au moins sur deux points : en premier, il lui semble moins fréquent qu'Abély ne l'avance. Second point, il corrèle plus volontiers le signe du miroir à un sentiment d'inquiétude : « Au début de la maladie, le plus souvent lié aux idées délirantes hypocondriaques et au sentiment d'inquiétude de transformation de la personnalité et du corps du sujet ; le malade se croit atteint de syphilis, il pense noter des changements dans la structure et l'expression de sa physionomie –dont il ne s'explique pas les causes ² ». Il rapporte le cas d'un jeune homme de 21 ans qui s'examinait la figure pendant des heures au cours de plusieurs années devant la glace et dont il livre les propos explicatifs suivants : « Il croyait –disait-il, - noter que les personnes de son entourage remarquaient qu'il avait un aspect comique, une très petite tête, un front étroit, toute la structure d'un poulet. Il prétendait avoir entendu dire, quand on parlait de lui, qu'il n'avait pas de nez, et quand, rentré chez lui, il se regardait dans un miroir, il lui semblait en effet que son nez avait changé de forme et que son front était devenu très étroit. Ces sensations faisaient que le malade évitait la société. Il lui semblait que les passants se moquaient de lui, s'écartaient de sur son passage pour ne pas le frôler, se bouchaient le nez et la bouche à son approche. Il croyait aussi que quelqu'un répandait le bruit qu'il se livrait à l'onanisme. Le signe du miroir a été observé chez ce malade pendant deux à trois ans jusqu'à ce que son mal prit un caractère fort accentué, accompagné d'insomnie, du refus de s'alimenter, suivi de syndrome de catatonie d'excitation. ³ » Il s'en déduit qu'une telle clinique s'apparente à une forme lente d'entrée dans la psychose.

Le signe du miroir peut manifester le sentiment d'inquiétude éprouvé par le sujet suite à sa rencontre avec la béance symbolique. Le sujet fait l'expérience de changements en lui, son corps est le lieu de manifestations nouvelles et ses assises subjectives se trouvent fortement ébranlées dans la mesure où « la méconnaissance constitutive de l'image du moi dans le miroir est devenue impossible au sujet ⁴ » affirme Sauvagnat. Le sujet « se trouve, poursuit-il, brutalement confronté à la facticité de sa constitution ⁵ ». Autrement dit, « le signe du miroir est [...] caractéristique du sentiment d'un manque de fondement de son être

¹. Ostancow. P. « Le signe du miroir dans la démence précoce », in *Annales médico-psychologiques*, n°2, 1934, p. 787-790, p. 790.

². *Ibid.*, p. 788.

³. *Ibid.*, p. 789.

⁴. François Sauvagnat cité par Maleval J.-C. In « Il n'y a pas d'angoisse psychotique », *op. cit.*, p. 70.

⁵. *Idem.*

éprouvés par certains psychosés, ceux-ci s'accrochent alors à leur image dans le miroir, devant laquelle ils restent chaque jour de nombreuses heures, afin de retenir ce qu'ils sentent vaciller de leur identité. Ce trouble révèle que le signifiant unaire, qui dans la structure représente le sujet, n'assure pas sa fonction, de sorte qu'il ne reste plus au psychosé qu'une image pour s'identifier. Il arrive alors qu'il dise se ressentir 'pseudo', éprouvant ses vêtements comme une peau, s'interrogeant sans cesse sur sa personnalité. Pour remédier à ces inquiétudes des exercices physiques sont parfois recherchés dans le but d'habiter son corps ¹» d'après Maleval. Cela peut se traduire cliniquement par exemple comme dans les propos de Jean-Pierre « mon image manque de sens ²». Au surplus, « la carence radicale de la fonction du trait unaire, qui soutient l'idéal du moi, l'expose à ne plus être en mesure de différencier l'endroit d'où il se voit de celui d'où il se regarde ³».

Quand le corps tend à ne plus habiller l'objet *a* ce à quoi se réduit l'être du sujet, celui-ci se trouve dès lors exposé au surgissement de cet objet. Faute d'être passé par les fourches caudines de la castration, il arrive parfois, que le psychosé éprouve au cours de cette période de fortes angoisses devant le miroir, son image *i(a)* se décomposant et laissant alors apparaître ou surgir, le reste, derrière l'habit pour reprendre la métaphore lacanienne formulée dans son séminaire *Encore* où Lacan avance que « ce qu'il y a sous l'habit, et que nous appelons le corps, ce ne peut-être que ce reste que nous appelons l'objet *a* ⁴». Il procède tel un soutien au maintien de l'image : « Ce qui fait tenir l'image c'est un reste ⁵».

Q'il se discerne parfois dans la clinique du signe du miroir des pratiques afférentes à une féminisation du sujet, ainsi que l'on souligné Abély et Ostancow, cela s'accorde en raison de leur appartenance conjointe à la catégories des troubles identitaires procédant de la carence de la fonction phallique. L'entrée dans la psychose étant un moment électif dans l'existence d'un sujet psychotique pour que se révèle sa position à l'égard de la castration symbolique. La perte de l'objet *a* corrélée à sa représentation inconsciente par le signifiant phallique implique que le sujet névrosé se soit positionné dans la sexualité inconsciente au regard de la fonction phallique. Le sujet psychotique ne s'y inscrivant pas, se trouve être, parfois à l'occasion du déclenchement de la psychose, envahit par une jouissance féminisante, et manifestant alors quelques ébauches de que Lacan dégagea de la clinique schrébérienne sous les espèces du pousse-à-la-femme que nous allons à présent examiner.

¹. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 108.

². Maleval J.-C. « Il n'y a pas d'angoisse psychotique », op. cit., p. 70.

³ *Ibid.*, p. 71.

⁴. Lacan J. *Le séminaire XX. Encore*, Paris, Le Seuil, 1975, p. 12.

⁵. *Idem.*

2-2.2. L'effet-pousse-à-la-femme et déclenchement de la psychose

La clinique psychiatrique semble avoir repéré dès sa naissance, un *être femme* chez certains aliénés, la première indication provenant vraisemblablement de Pinel lui-même qui rapportait dès 1794 le cas d'un homme – un « septuagénaire aux cheveux blancs qui vit encore dans l'hospice de Bicêtre et qui se croit une jeune femme est très d'accord avec lui-même sur les conséquences qu'il en tire, puisqu'il refuse avec obstination tout autre habit que celui d'une femme, qu'il met une certaine recherche dans sa parure, qu'il est flatté des prévenances qu'on lui fait et de l'espoir dont on le berce d'un mariage prochain, qu'enfin sa pudeur paraît s'alarmer du moindre geste contraire à la décence ¹». Cependant, elle ne tenta pas au XIX^e siècle d'élucider le statut psychopathologique de tels faits. Si l'on restreint l'étude de telles manifestations à notre cadre de recherche, l'entrée dans la psychose, les travaux de l'Ecole française des années 20 sont historiquement et cliniquement incontournables. Deux auteurs se sont plus particulièrement illustrés : Paul Guiraud et Paul Abély.

Le premier, P. Guiraud, a repéré l'existence de « troubles instinctifs spécialement sexuels s'y [à l'automatisme mental] adjoignant parfois. Le mécanisme par lequel la sexualité de l'organisme intervient sur le cerveau et prend la forme psychique de tendances de désirs et de productions artistiques ou délirantes, est encore bien obscur. Il suffit de constater l'apparition de sensations douloureuses et voluptueuses à la fois éprouvées comme non personnelles, d'un étrange sentiment de dégoût physique ou affectif masqué souvent par d'amples rêveries compensatrices et enfin d'inversion sexuelle latente non reconnue par la conscience et donnant l'impression de changement de sexe ²». Guiraud souligne ainsi la conjonction de phénomènes afférents à la délocalisation de la jouissance et une inversion sexuelle latente.

Au cours de sa description du « signe du miroir », P. Abély note comme nous l'avons déjà vu, qu'il existe chez certains sujets présentant ce signe, « un narcissisme particulier [...] une coquetterie du visage ». Au cours de la discussion suivant l'intervention de F.-Achille Delmas, Abély précise que « chez les hommes, il persiste longtemps et s'associe au maquillage. Plusieurs de ces sujets présentant des tendances homosexuelles ³». Il réaffirme donc là un lien entre signe du miroir et féminisation que nous traduisons à la suite de Lacan en terme d'effet pousse-à-la-femme. Nous y reviendrons sous peu. En janvier 1930

¹. Pinel P. « Observations sur la manie .. », *op. cit.*, p. 235.

². Guiraud Paul. « Les délires chroniques », *op. cit.* p. 665.

³. Abély. In Delmas F.-Achille. « Le signe du miroir dans la démence précoce », *op. cit.*, p. 232.

précisément, ce même Abély fait paraître un second article sur cette réalité psychopathologique. Procédant à une interprétation du mécanisme psychologique du signe du miroir, il y discerne trois modes. « Tout d'abord et nous semble-t-il assez rarement (4 sur 30 dans nos observations) on peut supposer que certains sentiments d'inquiétude et de transformation de la personnalité, signalés au début de la démence précoce, poussent ces malades à contrôler leur visage et l'expression de leur physionomie. Ensuite, nous savons que la forme clinique spéciale de la maladie que l'on rencontre chez ces sujets est à base d'autisme. Cet autisme entretient chez l'intéressé un besoin permanent de soliloquie. Il trouve dans sa propre image un interlocuteur muet qui favorise son évasion imaginative. Ce soliloque peut être purement mimique, sans appoint verbal ; il expliquerait assez bien les gesticulations, les grimaces et les éclats de rire. Enfin nous croyons et c'est peut être là l'explication la plus importante, que ces malades sont sous la domination de troubles spéciaux de la sphère sexuelle. Nous connaissons tous les délits d'ordre génésique fréquents au début de la démence précoce, nous voyons dans nos services ces sujets se livrer fréquemment à une masturbation effrénée et souvent à des tentatives homo-sexuelles sur leurs voisins de dortoir. Nous remarquons que leur maniérisme a souvent une allure de parade sexuelle. Ils sont soumis à des bouffées érotiques manifestes [...] Nous avons constaté au cours de nos recherches le phénomène du maquillage associé fréquemment au besoin de se mirer. Ces malades sont habituellement des Narcisses qui évoluent vers des tendances homo-sexuelles¹». Abély insiste sur les implications mutuelles entre homosexualité et féminisation suspectant peut-être l'existence d'un lien spécifique les reliant à la psychose. Il rapporte également l'observation d'un dément précoce qui s'examinait longuement devant le glace : « Un matin, à notre visite, nous ne fûmes pas peu surpris de le retrouver blotti dans un coin, atrocement maquillé, son visage était recouvert de plâtre qu'il avait arraché au mur du dortoir, ses yeux étaient bistrés avec la mine du crayon qui lui servait à écrire, ses lèvres étaient horriblement teintées en rouge avec une substance que nous n'avons pu définir, peut-être avec un bâton qu'il avait mendié la veille au parloir à une visiteuse. Ce pierrot de carnaval n'était nullement joyeux ; il paraissait soucieux, morose et nettement hostile. Par la suite il écrivit d'innombrables lettres à des parfumeurs parisiens leur réclamant les produits de beauté les plus hétéroclites. Quand on lui eût supprimé la glace il essayait de se regarder dans les carreaux de la fenêtre et dans un gobelet rempli de tisane. 2».

1. Abély P. « Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement ... », *op. cit.*, p. 35-36.

2. *Ibid.*, p. 31. A cet égard, l'adaptation cinématographique du roman de Roland Topor, *Le locataire chimérique*, réalisée par Roman Polanski en 1976, *Le Locataire* figure l'entrée dans la psychose de Trelkowski et montrant tout particulièrement la conjonction entre le signe du miroir et l'effet pousse à la femme chez ce sujet.

Le fondateur de la psychanalyse grâce à son investigation analytique des *Mémoires d'un névropathe* avança une première hypothèse associant d'une part les désirs homosexuels de Schreber et plus largement ses troubles de l'identité sexuelle et d'autre part son entrée dans la psychose. Il accorda toute son importance aux pollutions nocturnes de Schreber dans leurs déterminations homosexuelles inconscientes et plus fondamentalement à son *fantasme* matinal en réordonnant tout l'évolution délirante à partir de l'acceptation schréberienne de celui-ci. Dans son propre examen des *Mémoires*, et vraisemblablement instruit des travaux de Guiraud qu'il n'hésita pas à reconnaître comme un de ses maîtres, Lacan discerna dans la clinique du président, un effet pousse-à-la-femme grâce auquel il cerna une réalité clinique certes déjà examinée par Freud mais dont l'approche peinait à rendre la spécificité psychotique. Il montra à sa suite que si ces manifestations cliniques peuvent être corrélées aux stades de l'échelle des délires¹, leur source est à repérer comme chez Schreber en un phénomène primitif, dit élémentaire, constitutif de l'expérience énigmatique.

Une telle « signification énigmatique [qui] émerge dans le réel ² » incite à penser que Schreber ne fut pas soumis à la fonction phallique, au sens où l'on peut appréhender ce phénomène comme la signification phallique dans le réel pour reprendre l'expression de J.-A Miller³. D'ailleurs les avancées lacaniennes des années 70, dont le tableau de la sexuation, postulent que l'effet pousse à la femme, au-delà de ses manifestations cliniques plus ou moins présentes, est corrélé à La femme en tant que figure d'exception logique. Faire exister dans le réel une figure d'exception afin que le monde du sujet retrouve un équilibre qu'il avait perdu depuis le déclenchement de sa psychose. Cette incarnation a des effets stabilisateurs sur Schreber représentant un cas d'acceptation de cette position voulue par Dieu. Ce qui importe ce n'est non pas le genre sexuel du sujet mais le statut logique de cette position à l'égard de la fonction phallique.

Indéniablement, la clinique de l'entrée la psychose combinent relativement souvent des symptômes hétérogènes au premier abord et décrits pour la plupart de longue date par le discours psychiatrique : troubles de l'identité notamment relatifs au genre sexuel du sujet, déstabilisation puis angoisse devant sa propre image dans le miroir, troubles de l'éprouvé du corps, perte du sens de la vie et des objets investis jusque là, perturbation du registre de la

¹. Cf. Mahieu E.T. « Le pousse-à-la-femme et les structures cliniques de la psychose », in *L'Essai*, 2, 1999, p. 151-166. L'auteur y développe cette corrélation en référence à la logique quaternaire du délire.

². Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 124.

³. Intervention de J.-A Miller. In Jolibois M, Stréliski P (Textes réunis par). *Le Conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses*, op. cit., p. 50.

signification qu'il s'agisse du pullulement de phénomènes de signification personnelle et du surgissement d'une signification énigmatique pour le sujet, et plus largement perturbation de l'ordre dans le monde etc. De tels symptômes semblent converger vers un trouble plus fondamental ou plutôt vers une défaillance déductible de leurs réalité clinique : la carence de la fonction phallique. En tant qu'elle est déterminée par l'absence d'une perte de jouissance pour le sujet et sa non représentation dans l'inconscient par le signifiant phallique, cette carence génère une absence de la signification phallique standardisée et la construction d'un fantasme fondamental soutien du désir et cadrage de la jouissance sur lequel s'oriente le sujet dans l'existence. Faute de la fonction paternelle figurée par le poinçon, le sujet aliéné au signifiant n'est dès lors pas connecté au réel de la jouissance perdue, $\$ \diamond a$, de sorte que le mathème du fantasme psychotique trouve à s'écrire selon Maleval Sa. A sa suite, on peut estimer que l'analyse de ces symptômes non exhaustifs permet tout de même le repérage de la prévalence de l'objet de jouissance et de ses manifestations dans le contexte du déclenchement. Qu'il s'agisse des objets pré-œdipiens, ou du regard et de la voix, chacun d'eux trouve à se présenter dans le réel pour le sujet, éventuellement localisés à un Autre jouisseur : « C'est pourquoi on peut dire du psychotique, celui qui est sujet à l'automatisme qu'il est l'homme libre. Il est l'homme libre de l'Autre parce que la voix de l'Autre est déjà là avec lui et que l'Autre lui a déjà répondu. ¹ » Ce retour de la charge libidinale équivalent à l'objet évoqué par J.-A. Miller, peut être appréhendée en terme de délocalisation de la jouissance et l'on peut en conséquence fait valoir la corrélation ou lien logique qui unit les deux ordres de phénomènes, troubles de la chaîne signifiante ou déchaînement et délocalisation de la jouissance. Il y a émergence des objets au lieu où la chaîne symbolique se brise. Ce qui fait retour dans le réel c'est du hors symbolique, du Réel au sens de l'impossible, de l'impensable et du hors imaginaire puisque la signification n'est donnée qu'après un temps d'énigme, de perplexité. La voix devient audible, le regard visible, ses organes s'autonomisent comme lieu d'émission de la voix de l'Autre.

En définitive, l'approche du déclenchement de la psychose rapporte fondamentalement l'entrée dans la psychose à une expérience énigmatique dont la structure est déterminée par le trouble générateur du trou dans l'Autre, Po. Le sujet se trouve être le siège de phénomènes certes hétérogènes mais que les traditions psychiatriques germanique et française nous ont transmises sous les espèces des phénomènes élémentaires de la signification personnelle et de la dissociation auxquels il manquait précisément la détermination structurale. En effet,

¹. Miller J.-A. « Jacques Lacan et la voix », in *Quarto*, n°54, 1994, p. 47-52, p. 51.

d'après F. Sauvagnat, à l'orée de la psychose « de façon typique, deux types de phénomènes élémentaires semblent être ressentis : - soit les 'significations personnelles' [...] : il s'agit de phénomènes ayant pour le sujet un caractère énigmatique, dont il [le sujet] dit assez souvent ignorer le sens, mais dont il est absolument certain qu'ils s'adressent à lui, qui au départ ne sont pas référés à une entité religieuse ou autre qui lui soit culturellement connue, ou qui le sont sous une forme inconcevable ; l'initiative de ces phénomènes bizarres doit venir de l'Autre [...] ; ces phénomènes doivent impliquer une perte des limites corporelles [devinement, vol de la pensée, écho au sens de Clérambault]. Il peut s'agir d'hallucinations diverses [dont le degré de sensorialisation est semble-t-il indifférent], de sensations, d'intuitions. Parfois, ces phénomènes sont pris dans l'ambiance elle-même ['humeur délirante']. Dans d'autres cas, le passage se fait très rapidement de ces phénomènes imprécis à une interprétation délirante ou à une hallucination caractérisée. - soit les phénomènes de 'dissociation', de 'discordance' selon les termes de l'école française, qui suppose, dans les termes originaires de Chaslin, une contradiction bizarre et tout à fait insoutenable entre l'humeur, la parole, la mimique, les actes. ¹» De sorte que la thèse lacanienne rapporte, par exemple, la certitude sans contenu qui s'impose au sujet à l'occasion d'une hallucination verbale à une logique du réel et non pas à une conviction de perception, définition avec laquelle Esquirol inaugure la tradition psychiatrique des troubles hallucinatoires. En effet, il débute ainsi le mémoire qu'il leur a consacré : « Un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination : *c'est un visionnaire*. ²»

L'approche lacanienne des années 70 incite à considérer, au contraire de la définition séculaire esquirolienne centrée sur le système perception-conscience, que les trois registres réel, symbolique et imaginaire sont impliqués dans cette expérience subjective. Une telle appréhension de la clinique de l'entrée dans la psychose institue indéniablement une nouvelle approche du déclenchement au regard de sa formalisation de 1958. Dans ce sens, elle promeut un lien de corrélation, c'est à dire déterminée par une logique du réel, entre les troubles afférents aux trois registres lacaniens dont les propriétés définitoires ont quelque évoluées depuis 1958 comme nous l'avons déjà souligné, et partant induisent un renouvellement des propriétés de la structure subjective. Nous l'aborderons ultérieurement.

¹. Sauvagnat F. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence ... », *op. cit.*, p. 37.

². Esquirol E. « Des hallucinations » [1817], *op. cit.*, p. 80.

2-3. Pour une séquence logique du déclenchement

En appréhendant la clinique de l'entrée dans la psychose et les élaborations lacaniennes sur le temps logique, il semble possible de formaliser une « séquence temporelle ¹ » ou « temporalité logique ² » afférente déclenchement de la psychose : « énigme perplexité angoisse acte certitude. ³ ». Son auteur, J.-A Miller s'en explique : il y a « d'abord le vide, je ne sais pas ce que cela veut dire. Ensuite la certitude - Je sais que cela veut dire quelque chose. D'autant moins je sais ce que cela veut dire, d'autant plus je sais que cela veut dire quelque chose ⁴ ». Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici, à la suite de J.-A Miller que dans la métaphore paternelle, le mathème du « désir de la mère conçu comme un signifiant, DM, s'articule avec un x à la place du signifié : DM ® x. Cet x désigne un vide énigmatique, qui motive la perplexité du sujet : il ne sait pas ce que veut dire le signifiant du désir de la mère. C'est alors que vient la réponse, la réponse normale universelle : '*Cela veut dire le phallus*' ⁵ ». Parallèlement, la rencontre de la faille symbolique génère chez le sujet psychotique l'éprouvé d'un vide énigmatique de la signification phallique Φ_0 motivant une perplexité subjective pouvant être rapportée à l'assertion « *Je ne sais pas ce que cela veut dire* » et à laquelle succède la certitude d'une signification au second degré, « *Je sais que cela veut dire quelque chose* ».

Si l'on ordonne l'ensemble de la séquence du déclenchement, il faut l'inaugurer par la rencontre du sujet avec la faille symbolique à l'occasion d'une situation clinique (théorie du Un-père, désir de l'Autre révélant l'existence d'un signifiant énigmatique etc.) engendrant une perplexité ou vide énigmatique à laquelle succède la certitude d'une signification ouvrant à une possible énigme. Celle-ci peut alors générer chez le sujet la recherche d'une signification précise. Si cette séquence s'avère emprunte des recherches de Lacan sur la logique temporelle subjective dans son texte « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée ⁶ », certains auteurs ont tenté de préciser ce temps de certitude clôturant cette séquence du déclenchement à partir des termes mêmes du temps logique. Dans ce sens, J.-A Miller a pu avancer que « le déclenchement, c'est *un instant de voir*. Le sujet vérifie être le siège de phénomènes incompréhensibles pour lui aussi. Et puis, vous avez un temps pour comprendre ce dont il s'agit, qui est un temps d'incubation du délire – Parfois, ça ne prend pas, ça n'arrive pas à

¹. Miller J.-A. « Clôture. Vide et certitude » [1996], in *Le Conciliabule d'Angers, op. cit.*, p. 225-231, p. 226

². *Idem*.

³. *Idem*.

⁴. *Idem*.

⁵. *Ibid.*, p. 227.

⁶. Lacan J. « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée » [1945], in *Écrits, op. cit.*, p. 197-226.

cristalliser, donc le sujet reste dans la perplexité. La perplexité quand elle se défait, elle est à l'occasion remplacée par la certitude, par l'élaboration d'un délire bien conformé¹». Cette approche logique du déclenchement fut reprise par Y. Depelsenaire². De son côté, G. Briole estime que « le temps logique, dans son déroulement, requiert un acte, celui du moment de conclure –qui touche à une rectification du sujet par rapport au savoir, à partir d'un manque à savoir. » En conséquence, poursuit-il, « pour le psychotique, la temporalité peut se présenter comme un court-circuit des trois temps où, par rapport à la perplexité initiale, c'est le moment de conclure qui s'impose à lui sous la forme d'une certitude de savoir³». L'on peut alors rapporter la séquence du déclenchement à deux temps, l'instant de voir et le moment de conclure soit de la perplexité à la certitude. Aussi est-ce ainsi qu'il faut comprendre le rapprochement opéré par F. Leguil entre le déclenchement et le moment de conclure à savoir conclure sur une certitude délirante à laquelle on peut assimiler la cristallisation de J.-A. Miller: « Devant une métaphore nouvelle et future que le sujet guigne et que le délire vise, le déclenchement n'apparaît-il pas, tel un jugement, comme un acte qui anticipe sur un point d'équilibre inaccompli, sur une certitude finale ? Serions-nous alors en droit de poser que le déclenchement d'une psychose est un moment de conclure ? [...]»⁴. Cette certitude conclusive d'une signification au second degré peut s'accompagner le cas échéant du dégagement d'une énigme pour le sujet portant sur le contenu même de cette certitude.

2-4. De la perplexité angoissée initiale à l'énigme

Pris dans les affres de la perplexité et de l'angoisse, le sujet se trouve dans une situation ayant tout les aspects d'un hors-sens intolérable. Dès lors, émettre quelques explications aussi délirantes soient-elles sur son expérience subjective est propre à lui procurer un relatif apaisement. De sorte que par une première *signifiantisation* de son expérience, il ébauche une première armature signifiante délirante pouvant mener à la construction d'une énigme dont la place centrale est indubitable dans l'aventure du délire. Nous verrons ultérieurement comment la construction délirante au sens de métaphorisation supplétive apparaît comme le résultat ou plutôt la tentative de certains sujets de stabiliser l'appareil signifiant et ce faisant à tempérer et réduire notablement la jouissance.

¹. Miller J.-A. « L'invention psychotique » in *Quarto*, n°80/81, janvier 2004, p. 6-13, p. 13.

². Depelsenaire Y. « L'instant de voir le déclenchement d'une psychose », in *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, décembre 1996, p. 53-55.

³. Briole G. « Éditorial », in *L'Essai*, n°1, 1998, p. 5.

⁴. Leguil F. « *Le déclenchement d'une psychose* », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, avril-juin 1987, n°41, p. 71-75, p. 75.

S'il est difficile d'attribuer avec certitude à Lasègue l'introduction d'une certaine dimension causale référée à une psychologie des facultés et de la raison afin d'expliquer le passage de la première à la seconde période du délire, on peut raisonnablement avancer qu'il fut l'un des premiers cliniciens à l'avoir proposé. Les lignes suivantes, datées de 1852, attesteront du bien-fondé d'une telle considération : « La croyance à une persécution n'est donc que secondaire ; elle est provoquée par le besoin de donner une explication à des impressions morbides probablement communes à tous les malades, et que tous rapportent à la même cause...¹ ». Quelques lignes suivantes, Lasègue apporte quelques précisions concernant le besoin d'explication de l'aliéné, il écrit : « cependant, à la longue, et pour les besoins de la défense, il [l'aliéné] finit par se fixer tant bien que mal. La raison pour laquelle il se décide, il la puise encore, comme toute l'œuvre de son délire, dans la nature des impressions qu'il a ressenti [...]. Par là il comble le vide, et il établit à l'aide des pouvoirs occultes qu'il se représente vaguement, une sorte de transition plausible entre l'imaginaire et le réel.² ». Soulignons que Lasègue évoque « les besoins de la défense » en tant qu'il s'agit que la croyance de l'aliéné à une persécution « comble le vide ». Ce faisant, cette croyance en une persécution acquiert le statut de défense contre le vide de signification du moins le supposons-nous. Lasègue n'explicitant pas ce vide, nous émettons l'hypothèse, au regard de ses propos, que le vide dont il s'agit concerne la signification. En outre, l'auteur souligne que « jusque là le malheureux persécuté s'est maintenu dans la limite des sensations vraies sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes ». Il ajoute qu'un « certain nombre de malades ne va pas au-delà ». Ainsi, il remarque que certains sujets restent en deçà de la croyance en un persécuteur. Grivois a constaté le même fait. Pour sa part, Maleval s'accorde avec ses devanciers et notamment Grivois, en considérant que la construction de l'énigme n'est pas inhérente à la clinique de l'entrée dans la psychose ; certains sujets restant en deçà de ce temps de significantisation de la jouissance dans l'Autre du signifiant. La majeure partie des études sur les états psychotiques aigus, qu'il s'agisse de celles menées par l'école de Bleuler, ou bien de celle effectuées par Ey et Laboucarie³, s'accordent relativement sur le pourcentage de sortie sans évolution délirante ni même sans troubles, chiffrant celui-ci à 20 à 30%. S'il est indéniable qu'un certain nombre d'états psychotiques aigus tendent à évoluer *spontanément*, selon le discours médical, vers une très nette réduction sinon une disparition de la perplexité initiale et des phénomènes délirants surgis, il ne faudrait pas considérer cette évolution

¹. Lasègue C. « Du délire de persécutions », *op. cit.*, p. 35.

². *Idem*.

³. Laboucarie J. « Le devenir des psychoses délirantes aiguës et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire », in *Confrontations psychiatriques*, n°2, décembre 1968, p. 31-52.

comme la norme à atteindre, faisant alors preuve d'un optimisme tout médical et jetant un regard subséquent des plus pessimistes et dépréciatifs sur la majorité des sujets évoluant vers un délire. Grivois partage cet avis, de façon sensiblement optimiste affirme P.-H Castel : « Le point décisif : le paradigme de Grivois, aux yeux de l'historien, c'est la bouffé délirante aiguë [BDA], héritière du délire polymorphe des dégénérés de Magnan : tout serait BDA, au départ du moins, et les délires traditionnels, les formes stables de la paranoïa, par exemple, seraient des évolutions malheureuses à partir de cette expérience dont Magnan avait souligné le caractère souvent labile et transitoire, puisque l'imprévisibilité du pronostic est le reflet de l'imprévisibilité pour lui-même dont le sujet fait l'expérience. C'est une thèse dont on ne souligne jamais assez l'optimisme : elle consiste à remonter en deçà du point de vue du point de rupture rabâché par la clinique classique, et si magnifiquement nommé par Lacan 'mort du sujet', pour en faire l'effet sémantique, bien trop sémantique, d'une expérience asématique primaire, et surtout, réversible. ¹» Reste tout de même entre 60 et 70% de sujets dont l'évolution pourrait toucher de près ou de loin à l'émergence d'une énigme. Celle-ci est une formulation par le sujet, précisément sous forme d'énigme, du désir de l'Autre dans le réel. L'ébauche d'une telle énigme est comme telle absente de la théorie de la psychose naissante, ce qui lui est préjudiciable dès lors qu'elle aspire à rendre compte de l'ensemble des entrées dans la psychose. Bien que Grivois souhaite explicitement limiter la portée clinique de la psychose naissante au syndrome précédent le délire, il pêche par excès en oubliant l'imbrication de celui-ci dans celle-là.

De son côté, Maleval estime que « la valeur première des intuitions et des hallucinations qui se trouvent à l'origine du délire réside en une énigme cruciale que le sujet s'efforce de résoudre. A la certitude quant à sa désignation s'oppose la perplexité concernant leur contenu. Aussi est-ce à partir de celui-ci que se développe un travail de reconstruction de la réalité qui tente de la rendre compatible avec le phénomène initial. ²».

Aussi en accord avec J.-C Maleval nous considérons que l'hypothèse neuropsychologique grivoisienne « possède pour conséquence de donner la prévalence, dans la description de la psychose naissante, à un caractère formel, la centralité, qui incite à gommer la singularité de l'expérience. Grivois cherche à ne pas 's'arrêter aux situations particulières' afin de dégager une épure, mais alors ne risque-t-il pas de manquer le plus important, à savoir en l'occurrence la manière propre à chaque sujet de dépasser la perplexité initiale ? Il est manifeste que le deuxième temps de la psychose naissante, à savoir la

¹. Castel P.-H. « Comment peut-on 'être agi' ? ». L'hypothèse Grivois-Proust-Jeanerod », *op. cit.*

². Maleval J.-C. *Logique du délire, op. cit.*, p. 125.

construction de l'énigme, n'intéresse plus Grivois. ¹» En effet, bien que la certitude opère pour le sujet un certain apaisement de la perplexité angoissée inaugurale, elle peine bien souvent à l'éponger entièrement. Le sujet psychotique éprouve toujours un sentiment de perplexité, tout de même amoindri, devant l'énigme qui se pose à lui en ces termes : « Ce que je vis a une signification mais laquelle » ? Comme le constate C. Soler « Elle (la certitude) n'exclut pas le sentiment de perplexité, bien loin de là, puisque la signification de signification ne désigne rien d'autre qu'une signification présente mais indéterminée, ce qui est la définition même de l'énigme que le sujet psychotique rencontre et [...] prend en charge ²». Aussi, le manque d'une signification précise et définie pour le sujet psychotique, bien qu'ayant la certitude de son existence, laisse tout de même chez lui un sentiment de perplexité devant cette signification indéterminée quant à son contenu. Qu'il y ait une signification point de doute mais laquelle ? Si la perplexité inaugure l'entrée dans la psychose, peut lui succéder une énigme qui doit être délogée c'est-à-dire construite par le sujet au prix d'une perte de jouissance. Puis, cette énigme, la certitude du sujet psychotique dans le délire va « l'obtenir ³» selon le terme de Maleval et Cremniter, répondant comme nous l'avons vu au vide de la signification phallique.

II-2. Formes d'entrée dans la psychose : clinique et enjeux

Repérés par la plupart des cliniciens, les phénomènes afférents à l'expérience de perplexité initiale, au déchaînement du signifiant et à la délocalisation de la jouissance, constitutifs de l'expérience énigmatique, ne s'imposent pas selon les mêmes modalités cliniques, ni même combinés, à tous les sujets entrant dans la psychose. La diversité clinique montre qu'en aucun cas que chaque sujet entrant dans la psychose ne présente l'ensemble des symptômes répertoriés et décrits dans le tableau classique. Il peut exister de réelles différences entre sujets dans cette réalité psychopathologique tripartite qui s'avère notamment soumise à des variations temporelles au point que deux formes cliniques d'entrée dans la psychose ont pu être décrites dès les temps inauguraux de la psychiatrie. Pinel avait principalement centré ses travaux sur l'accès maniaque aigu tout en manifestant néanmoins un certain intérêt, repris et développé par Esquirol, pour les formes lentes et la question des

¹. *Ibid.*, p. 103.

². Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, op. cit., p. 101.

³. Cremniter Didier, Maleval J.-C. « Contribution au diagnostic de psychose », in *Ornicar ?*, revue du Champ freudien, n°48, 1989, p. 69-89.

prodromes. Cette bipartition traditionnelle en forme lente [dite aussi insidieuse] et en forme aiguë [dite aussi brusque ou soudaine] dont nous avons montré quelques unes des occurrences historiques majeures dans notre première partie, met clairement en avant les enjeux étiologiques, diagnostiques et pronostiques que ces formes induisent à l'intérieur du groupe des délires chroniques. Historiquement un des problèmes cruciaux rencontrés par les cliniciens dans le cadre de la forme brusque est de départir les épisodes aigus d'origine infectieuse ou toxique des véritables entrées dans la psychose comme le rappelait Henri Ey en 1955¹. De même, soulignait-il, qu'un des problèmes essentiels liés à la forme lente réside dans la pertinence du diagnostic de schizophrénie, celui-ci correspondant à un *processus fondamental* assimilable à un certain grade dans la série des *schizo* (schizoïdie, schizotypie, etc.) définie dans les années 20. Il s'agissait alors d'une modélisation dominante que Claude et ses cosignataires formulèrent ainsi : « [...] l'évolution de ces schizoïdies constitutionnels, passent par un stade plus ou moins prolongé de schizomanie avant de tomber dans la dislocation schizophrénique. Les choses ne vont pas toujours aussi simplement. Bien que le décours de la psychose en trois périodes soit ce qu'on observe habituellement, l'affection n'est pas fatalement progressive. Un schizoïde peut rester parfaitement adapté pendant toute son existence ; un schizomane ne pas évoluer vers la démence schizophrénique. D'autres peuvent au contraire brûler les étapes vers la schizophrénie ² ». Cependant, ils peinèrent à éclaircir quelque peu ce qu'ils désignaient comme « la logique du délire ³ », syntagme dont l'on connaît le succès futur.

Aussi Ey estimait-il que « les formes d'expériences délirantes et hallucinatoires par lesquelles passe au début l'organisation schizophrénique sont, au fond, à peu près du même type que celles qui ne passent pas à la schizophrénie. ⁴ ». Cet enjeu du diagnostic s'avère corrélé à une autre question nosographique : d'un point de vue différentiel chacune de ses deux formes s'attache-t-elle de manière significative à certaines formes cliniques de psychoses qu'elles soient schizophréniques ou paranoïaques ? Autrement dit, existe-il un lien spécifique entre une clinique différentielle des psychoses chroniques et les formes cliniques d'entrée dans la psychose ? Les modes de débuts des psychoses paranoïaques se rapportent-ils de manière prévalente à l'une de ses formes ? Et les modes de début des psychoses schizophréniques ? A ce sujet, H. Ey pouvait écrire que « le problème des formes de début ou

¹. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies », *op. cit.*

². Claude H, Borel A, Robin G. « Démence précoce, schizomanie et schizophrénie », *op. cit.*, p. 150.

³. Claude H, Borel A, Robin G. « Considérations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque », in *L'encéphale*, n°8, septembre-octobre 1923, p. 491.

⁴. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. » [1955], *op. cit.*, p. 287.

ce qu'on appelle aussi les voies d'entrées dans la schizophrénie est le problème même des diagnostic des schizophrénies. Celui-ci pendant les phases initiales de la formation de la psychose, reste d'autant plus hésitant et difficile que, comme nous allons le voir, la schizophrénie incipiens n'est rien d'autre qu'un des tableaux cliniques dépourvus de spécificité qui composent l'évolution de toutes maladies mentales. ¹» Autrement dit, existe-t-il un rapport entre la vitesse de surgissement des troubles inauguraux et l'évolution délirante ? Assurément ce rapprochement revient à faire valoir une corrélation entre une clinique différentielle des entrées dans la psychose et une clinique différentielle des psychoses. Un tel rapprochement pourrait être mis en perspective avec la nature des troubles émergents. En effet, une certaine tradition dans la psychiatrie moderne française estime que les formes cliniques varient également en fonction de la nature des troubles dont souffre le sujet, répartissant ceux-là en troubles cénesthésiques et troubles du langage. On l'aura compris ces diverses questions amènent tout simplement à la question suivante : est-il fondé d'évoquer une clinique différentielle des entrées dans la psychose ? Bien que la notion de psychose soit écrite au singulier cela ne signifie pas pour autant qu'il n'existe qu'une seule et unique forme clinique de psychose, le patrimoine psychiatrique classique des entités cliniques autonomes abondant dans ce sens. De façon congruente, il existe une clinique psychanalytique différentielle des psychoses et les efforts pour la fonder et notamment ceux de J.-A Miller² à la suite de Lacan ne sont pas à négliger. La question se pose alors de savoir si les éclosions psychotiques peuvent être réparties et classées selon cette clinique différentielle. L'autre enjeu se rattachant à ces modes de débuts de la psychose concerne le pronostic même de celle-ci. Dans la mesure où nous examinerons cet enjeu dans la quatrième partie de cette thèse dans le cadre de spécificité des prodromes, nous nous contenterons d'en indiquer les termes selon cette bipartition.

Enfin, des travaux afférents au paradigme du déclenchement semblent pouvoir éclairer différemment l'existence de formes cliniques d'entrée dans la psychose. A cet égard, les trois rapports centrés sur le *néo-déclenchement* et présentés lors de *La convention d'Antibes* en 1998, mériteront d'être examinés.

¹. *Ibid.*, p. 267. Soulignons que la locution de *schizophrénie incipiens* peut être traduite par *schizophrénie débutante* de sorte qu'elle se rattache à la notion allemande de *beginnende Schizophrenie* Kurt Conrad. C'est d'ailleurs probablement chez Conrad qu'Henri Ey la puisée. Mais elle n'est pas sans évoquer la *schizophrénie naissante* et partant la psychose naissante de Grivois pour laquelle elle peut fait figure d'ascendante.

². Miller J.-C. « Clinique ironique », in *Revue de la Cause freudienne*, n° 23, février 1993, p. 7-13.

1. Formes cliniques et clinique différentielle

Bien que le nombre de formes cliniques des éclosions psychotiques ait pu varier selon les auteurs et à travers l'évolution du discours psychiatrique, -les fondateurs évoquant une bipartition -Moreau de Tours en recensant une seule avec l'excitation maniaque -Heuyer, Badonnel et Bouyssou [1929] ayant proposé en leur temps une classification des *voies d'entrées* à cinq formes¹ et Manfred Bleuler quatre formes distinctes [1972,1974]², la plupart des descriptions font état de deux, comme chez W. Mayer-Gross [1932]³ voire de trois formes traditionnelles d'entrée dans la schizophrénie. Elles sont respectivement qualifiées - d'aiguë soit « une symptomatologie psychotique aiguë se développant en quelques jours ou semaines sans phase prodromique ⁴», - de subaiguë soit « une période de manifestations non spécifiques, de quelques semaines ou mois, suivie par un épisode franchement psychotique » ou encore d'insidieuse où « les changements s'installent lentement et des signes prodromiques précèdent longtemps, parfois durant des années, les symptômes spécifiques. Dans cette dernière forme, le passage à la psychose peut passer inaperçu. » Elles peuvent être ramenées aux pôles extrêmes, les formes insidieuses d'une part et les formes aiguës d'autre part. Ce fut notamment la démarche de M. Porot regroupant les modes d'entrée dans la schizophrénie sous trois formes. Les deux premières appelées hypocrites regroupent les formes aiguës et les formes progressives et subaiguës, la troisième équivaut aux formes insidieuses. Il n'est pas inintéressant de souligner que Porot divise les formes progressives ou subaiguës en deux sous groupes, les états délirants d'une part et certains états pseudo-névrotiques d'autre part. Par ailleurs, cet auteur place sous l'expression des formes insidieuses, ou troisième forme, *la mauvaise modulation affective, une évasion vers l'irréel, des troubles de la conduite, le fléchissement du sentiment des convenances, de véritables impulsions*⁵. De son côté, H. Ey divisait en deux les modes de débuts de la schizophrénie, les formes insidieuses et progressives d'une part et les formes aiguës d'autre part⁶. Dans cette perspective de bipolarisation en formes lentes et formes aiguës, les recherches de la contemporaine approche bio-psycho-sociale sont exclusivement centrées sur les formes lentes et insidieuses d'entrée

¹. Signalé par H. Ey in « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies », *op. cit.*, p. 274-275.

². Grivois H, Grosso L. *La schizophrénie débutante*, *op. cit.*, p. 124. D'après ces auteurs, M. Bleuler a distingué la « forme *hyperaiguë* (se développant en quelques jours), *aiguë* (de quelques jours à quelques semaines), *subaiguë* (sur quelques mois) et *chronique* (inaperçue, sur plusieurs mois). »

³. *Ibid.*, p. 34.

⁴. *Ibid.*, p. 151.

⁵. Porot M. « Les modes d'entrées dans la schizophrénie » in *La revue du praticien*, Tome XV, n°25, 1^{er} octobre 1965, p. 3249-3259, p. 3256.

⁶. *Idem.*

dans la schizophrénie laissant parfois croire implicitement qu'il s'agit là de la forme la plus cliniquement répandue. Or les études portant sur la fréquence des formes à début insidieux de schizophrénie montrent de sérieuses variations. Pour preuve voici les résultats des six études chiffrées rapportées par Delamillieure et Dolfus : 26 % de début insidieux dans l'étude de Wiersma et al [1998], 30% dans celle de Manfred Bleuler [1978], 32% à 47% dans celle de Green et al [1992], 49% dans celle de Ciompi et Müller [1980], 52% à 71% dans celle de Häfner et al [1992, 1998] et enfin 81% selon Harding et al [1988]¹. Une autre raison de ces études centrées sur les formes insidieuses réside dans la supposée corrélation entre mode d'entrée et pronostic dans la mesure où comme le notent Sarramon et Bacquie : « Intervient aussi dans le pronostic le mode d'entrée dans la schizophrénie : un débat brutal souvent déclenché par une circonstance stressante chez un patient dont l'insertion sociale avant l'apparition de la psychose était bonne serait de meilleur pronostic que la schizophrénie à début insidieuse² ». Nous verrons à travers les études de Ciompi et Müller, que le catastrophisme fait autour de ces formes insidieuses méritent d'être tempéré. A l'encontre de celui-ci, certains comme Metzger n'hésitent à considérer qu'il « est impossible de déterminer quelles seront les suites d'un premier accès³ ».

Cependant sont délaissées d'une part les recherches sur les formes brusques d'entrée dans la schizophrénie comme le rappelait déjà H. Ey en 1955 et d'autre part les formes d'entrée dans les psychoses paranoïaques. A cet égard, il faut bien remarquer que ces dernières ont peu fait l'objet d'études contemporaines et dès lors les travaux de Clérambault sur les délires passionnels, si on accepte de les inclure à la suite de Claude et Lacan dans les psychoses paranoïaques, restent une référence majeure. Incontestablement, ils sont fréquemment à début brusque. Cependant d'autres observations de paranoïa sont à intégrer dans les formes lentes. Elles résultent alors majoritairement du délire chronique à évolution systématique, Magnan opposant lui-même bouffée délirante aiguë et la phase d'incubation du délire chronique.⁴

Comment rendre compte de la récurrence sinon de la permanence historique de cette bipartition ? Comment éclaircir certaines données cliniques telles que l'existence de ces deux

¹. Delamillieure P, Dolfus S. « Quelles sont les caractéristiques cliniques des formes de début insidieux des schizophrénies », in *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques*. Conférence de consensus, les 23 et 24 janvier 2003, (dir : Petitjean. F, Marie-Cardine. M), Editions John Libbey Eurotext, 2003, p. 17-30, p. 20.

². Sarramon, Bacquie. « Éléments de pronostic et formes de début » in *Synapse*, mars 2001, n° 174, p. 54 -56, p. 55.

³. Metzger J.-Y. « Psychose débutante, psychose aiguë, et après ? » in *Annales médico-psychologiques*, 159, 2001, p. 296-301, p. 296.

⁴. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, op. cit., p. 345.

modes de débuts, leur fréquence respective dans les psychoses schizophréniques et paranoïaques, leurs liens supposés avec un pronostic déterminé ? Comment rendre compte de la présence ou de l'absence de prodromes appréhendés aussi symptômes négatifs ou non spécifiques¹ dans ces deux formes, prodromes dont reste d'ailleurs incertaine la spécificité et la faible valeur prédictive. Nous y reviendrons dans la quatrième partie.

3-1. *Les formes aiguës.*

A considérer l'histoire du savoir psychiatrique, les cliniciens ont toujours repéré des formes aiguës d'entrée dans la psychose, la matrice en étant l'accès maniaque de P. Pinel. Grâce aux différents travaux développés par la suite, il s'est avéré que les formes aiguës des débuts de la psychose regroupaient en réalité divers tableaux cliniques assez hétérogènes entre eux qu'il s'agisse des bouffées délirantes aiguës décrites initialement par Magnan² en 1880 et retravaillée par Legrain³, des psychoses hallucinatoires aiguës, des états confuso-stuporeux, des états maniaques 'atypiques', des états dépressifs atypiques⁴. Cependant historiquement, la bouffée délirante devint pour le discours psychiatrique un des modèles dominants de la forme brusque. Aussi, nous en examinerons la description chez son promoteur. Par ailleurs, l'un des problèmes cliniques majeurs étaient de distinguer parmi les épisodes aigus, les états infectieux ou toxiques des véritables entrées dans les psychoses schizophréniques et paranoïaques. A cet égard, il semble que ces dernières se rapportent majoritairement à la forme brusque surtout dans le champ passionnel, Clérambault ayant même corrélé délires passionnels et formes brusques.

3-1.1. Le problème du diagnostic

Bien que les résultats chiffrés de plusieurs études portant sur l'évolution des épisodes psychotiques aigus paraissent converger entre eux, il convient de souligner que ces données peuvent toutefois sensiblement évoluer comme l'ont déjà fait remarquer Metzger et Weibel⁵. Prenons les chiffres suivants : « En termes d'évolution : 25% seulement de ces épisodes délirants aigus ont une évolution chronique et sont un mode d'entrée dans la schizophrénie,

¹. On trouve ce rapprochement dans la figure 2 représentant l'évolution chronologique des symptômes d'après Häfner et al [1995] in Delamillieure P, Dolfus S. « Quelles sont les caractéristiques cliniques des formes de début insidieux des schizophrénies », *op. cit.*, p. 24.

². *Idem.* Mais aussi : Magnan V, Legrain P.-M. *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, 1895.

³. Legrain M. *Du délire chez les dégénérés*, thèse de médecine, Parent éd, 1886.

⁴. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies », *op. cit.*, p. 283-285.

⁵. Weibel H, Metzger J.-Y. « Psychoses délirantes aiguës », in *EMC*, 37, 230-A-110, 2005, p. 1-15.

50% un accident unique et 25% une évolution intermittente correspondant le plus souvent à un accès dans le cadre d'un trouble de l'humeur ¹». Seuls les 25% représentant un mode aigu d'entrée dans la schizophrénie nous intéressent présentement. A leur propos, d'après Porot, pour Bleuler, les formes aiguës « représentent les deux tiers des modes d'entrées dans la schizophrénie ²». Les études de Ey et Bonnafous [1938] portant sur 128 observations donnent des chiffres plus modérés : 50% de formes aiguës dans le groupe hébéphrénique et démence simple, 30% dans les formes paranoïdes rapidement déficitaires et seulement 20% dans les formes paranoïdes à évolution à évolution lente et incomplètement déficitaire ³». En effet, l'on peut déduire de ces données d'une part que les manifestations initiales de la schizophrénie simple sont à 50% à formes aiguës et par conséquent pour l'autre moitié à formes lentes et d'autre part que ces mêmes manifestations aiguës se retrouvent à 25% dans des formes paranoïdes.

Dans le cas des délires passionnels, la survenue brutale du *postulat* est un fait clinique sur lequel Clérambault assoit son approche de ces délires. Cliniquement, ils peuvent résulter d'un travail du sujet sur la jouissance dans le cadre d'une *logique du délire*, ou bien encore être déclenchés dans leur forme pure.

3-1.2. Les formes brusques : la bouffée délirante

Ses premières descriptions émanèrent des travaux de Magnan et de son cercle d'élèves notamment Legrain⁴ avec lequel il publia en 1895 *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*. Au reste la primauté en revient à Magnan lui-même dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales*⁵ publiées deux ans auparavant. Il y a décrit à partir de caractères typiques une espèce de folie héréditaire chez les dégénérés, nommément *le délire d'emblée* correspondant au délire primaire de Krafft-Ebing et de Schüle, précise-t-il. Bien qu'il assure que ce délire disparaisse dans la majeure partie des cas, les études menées sur leur évolution depuis le début du XX^e montrent qu'il n'en est rien. Cependant, sa description clinique vaut toujours : « Le principal consiste dans la brusque apparition des idées délirantes ; en quelques heures, en quelques jours, tout au plus quelques semaines, on voit se développer un délire très intense qui peut affecter toutes les formes [maniaque, mystique, érotique, ambitieuse, etc.]. Le

¹. Sarramon, Bacquie. « Eléments de pronostic et formes de début », *op. cit.*, p. 55.

². Porot M. « Les modes d'entrées dans la schizophrénie », *op. cit.*, p. 3256.

³. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. », *op. cit.*, p. 283.

⁴. Magnan V, Legrain P.-M. *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, *op. cit.*

⁵. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, *op. cit.*

délire évolue rapidement, il peut être simple, c'est à dire n'être constitué que par une forme, mais, fréquemment, on voit plusieurs formes se succéder, et tel malade qui était hier ambitieux est aujourd'hui persécuté ; dans quelques jours il sera hypocondriaque. Voilà une manière de délirer qui est le propre des héréditaires. C'est ce qui constitue *le délire d'emblée* [*délire primaire* de Krafft-Ebing et de Schüle]. Il ne présente pas d'évolution régulière comme le délire chronique, par exemple, et il cesse ordinairement brusquement, comme il est venu, après avoir occupé la scène pendant un court espace de temps. ¹» Magnan tend à nettement distinguer le délire d'emblée ou bouffée délirante de la période d'incubation du délire chronique à évolution systématique. Quoique le délirant d'emblée puisse lui aussi avoir des hallucinations et des idées ambitieuses comme dans l'observation de B.. Joseph, les débuts des deux délires sont distincts. Dans cette observation « il n'y avait pas eu de phase d'incubation qui rappelât la première période du délire chronique ; en outre, quelques mois après, *la bouffée délirante* avait disparu et le malade parfaitement guéri riait des idées qu'il s'était faites. ²»

Quatre ans plus tard, en 1897, Magnan estime que la quatrième forme des délires des dégénérés se rapporte à « un délire primaire, multiple, polymorphe, quelque fois de courte ou quelque fois de longue durée, mais sans succession évolutive déterminée » : « Un grand nombre de délires ont pour principal caractère d'apparaître brusquement, sans préparation aucune, au milieu du calme le plus parfait. En quelques jours, en quelques heures, un désordre parfait entraîne les malades au sein des conceptions les étranges. Toutes les formes de délire peuvent s'observer : maniaque, mélancolique, mystique, érotique, de persécution, ambitieuse. Le délire peut être simple, c'est à dire n'être constitué que par une seule de ces formes ; le plus souvent, il est multiple et polymorphe. Les idées délirantes se succèdent, s'enchevêtrent, s'entremêlent : les idées ambitieuses sont contemporaines des idées de persécutions ; elles les précèdent ou les suivent, puis disparaissent pour reparaître encore, des idées hypocondriaques, mystiques, etc., s'y joignent pêle-mêle, sans aucun ordre. Ces délires peuvent être exclusivement intellectuels, sans la moindre trace de troubles sensoriels. Quand les hallucinations éclatent, c'est presque toujours par bouffées, subitement ; dans ce cas, point de systématisation ; au contraire, une confusion extrême des idées, secondaire à l'invasion de la conscience par des hallucinations multiples. Nés sans incubation, en coup de vent, ces délires cessent d'eux-mêmes même mais ils peuvent plus tard se reproduire soit sous une forme

¹. *Ibid.*, p. 184.

². *Ibid.*, p. 345.

identique à la première, soit sous un aspect différent [...] Retenons seulement ces caractères : délire né d'emblée, le plus souvent multiple et protéiforme, sans tendance marquée à la systématisation, rapidement éteint ¹»

Bien que Magnan et Legrain se soient quelque peu trompés sur les évolutions possibles du délire d'emblée, reste leur description précise et fine du tableau clinique.

3-1.3. Les autres formes brusques

Revenons aux faits cliniques dont Porot donne la description suivante : « Ces expériences délirantes et hallucinatoires peuvent se situer à différents niveaux structuraux selon la profondeur du niveau de dissolution : confuso-onirique, crépusculaire oniroïde, dédoublement ou dépersonnalisation ou même simple état d'angoisse ou d'exaltation. Qu'on l'appelle, avec Moreau de Tours, 'état primordial' ou 'expérience primaire délirante' avec Jaspers, il s'agit d'un état qui peut être durable ou très bref, quelques heures à peine, où le sujet vit brusquement dans un monde intérieur bouleversé par la perte de la familiarité avec l'ambiance par des sentiments de dédoublement, mais surtout la perturbation de la conscience des relations avec le monde extérieur, avec expérience angoissante de dépersonnalisation : impression d'étrangeté du corps et de déformation de certaines parties du corps, d'irréalité, de métamorphose. Ces sensations, ces impressions, ces 'sentiments' sont souvent interprétés comme venant de l'extérieur. Le malade paraît réticent ; il est surtout surpris, stupéfait par les extraordinaires modifications qu'il ressent en lui et qu'il n'arrive pas à exprimer avec son vocabulaire habituel tant elles sont étranges et, à proprement parler, ineffables. ²» A condition de ne pas confondre entrée dans la psychose et début du *délirium névrotique*, Maleval ayant rappelé les similitudes et les différences entre les deux³, une telle description permet de rendre compte de la bipartition des modes cliniques d'entrée dans la psychose, reconnue depuis les temps inauguraux de la psychiatrie moderne, et dont le « délire systématisé, unique, sans tendance évolutive » des dégénérés de Magnan atteste. Bercherie rapporte qu'il s'agit « de l'installation brutale, sans incubation préalable, d'une sorte d'idée fixe, analogue à une obsession ; le début est souvent très précoce [paranoïa originaire des Allemands]. ⁴» La phase Po se trouve réduite dans la durée mais non dans sa logique. Bien que Clérambault concède l'existence de psychose hallucinatoire chronique à début rapide, il tient pour cliniquement

¹. Magnan V. *Leçons cliniques sur les délires systématisés*, 1897, p. 92-93. Cité in Bercherie P. *Les fondements de la clinique*, op. cit., p. 108-109.

². Porot M. « Les modes d'entrées dans la schizophrénie », op. cit., p. 3250.

³. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 67.

⁴. Bercherie P. *Les fondements de la clinique*, op. cit., p. 108.

majoritaire la forme lente. A l'encontre de celle-ci, les délires passionnels sont à développements extrêmement rapides, *d'emblée*. Il convient de souligner qu'il reprend là le terme employé à propos de la bouffée délirante par Magnan et Legrain. Prenant le cas de l'érotomanie il écrit : « L'Érotomanie Pure est pour nous un syndrome Idéo-Affectif, d'une intensité passionnelle, dont toute l'Idéation dérive de ce que nous nommons le postulat, présentant une telle cohérence qu'il se reproduit dans une forme stéréotypée ; complet d'emblée, susceptible d'une très longue durée, sinon chronique, dès son principe ¹ ». Peut-être devrait-on appréhender cette émergence à partir de la corrélation entre forme brusque et mode de défense auto-thérapeutique contre la jouissance. Un tel syndrome et plus largement ceux des délires passionnels dévoile une position subjective singulière à l'égard de la jouissance et du signifiant puisque le sujet peut mobiliser celui-ci afin de parer à celle-là par une *prise en masse*, un *engluement* de la jouissance par le signifiant. Certains ont pu très justement rapprocher la structure du postulat avec celle de l'holophrase rapportée par Lacan, d'après Stevens à une « solidification d'un couple de signifiants (S1-S2) ² ». En outre, dans leur ouvrage, Sérieux et Capgras affirmaient à propos d'un autre des trois délires passionnels que « dans le délire de revendication c'est un grief expressément formulé, un fait initial auquel le malade revient toujours dans ses raisonnements ou ses écrits et dont il tire toute ses déductions : c'est un dommage subi, une condamnation injuste, une mission déterminée...³ ». Ils rapportent ainsi de façon très précise l'émergence du délire c'est à dire la situation déclenchante au vécu du sujet et à son dire : soit l'origine repérée d'un fait.

Une des différences cliniques entre les formes lentes et les formes rapides tient également à la symptomatologie car si « le Petit Automatisme Mental est le trouble initial des Psychoses Hallucinatoires Chroniques à développement tardif, insidieux et lent. Des Hallucinations Auditives complètes *d'emblée* s'observent dans les cas de développement rapide, avec atteintes diffuses du psychisme [intellect, affectivité] ⁴ ». Ainsi, Clérambault différencie deux types de développement de la psychose hallucinatoire chronique lent et rapide, reprenant d'ailleurs là le terme de Magnan *d'emblée*. Dans ce mode de début rapide, la chronologie des troubles se trouve modifiée, corrélant rapidité et hallucination verbale.

¹. Clérambault. « Erotomanie pure. Erotomanie associée » [1921], p. 347.

². Stevens A. « L'holophrase, entre psychose et psychosomatique », in *Ornicar ?*, revue du Champ freudien, juillet-septembre 1987, n°42, p. 45-79, p. 65.

³. Sérieux P, Capgras P. *Les folies raisonnantes*, op. cit., p. 260.

⁴. Clérambault G. G (de). « Les psychoses hallucinatoires chroniques » [1923], op. cit., p. 490.

On peut objecter à la clinique de *la psychose naissante* de Grivois tout comme à *l'excitation maniaque* de Moreau de Tours leur manque de relativisme clinique. Bien que leurs promoteurs les définissent comme un tronc commun inhérent à toute psychose déclarée, il y a tout lieu de penser qu'elles sont absentes dans les formes pures du champ passionnel de la psychose. En effet, nul trouble mimético-moteur ni même de polarisation centrale, nul relâchement des associations dans cette réalité psychopathologique mais survenue de ce que Clérambault a nommé postulat passionnel. N'en faisant nullement mention Grivois montre là une des insuffisances de la psychose naissante qui rabat la dimension de l'Autre, dont les relations d'avec le sujet sont perturbées, à l'ensemble des semblables, soit du petit autre.

3-2. Formes lentes

A l'instar des formes aiguës, un des problèmes majeurs relatifs aux formes lentes [dites aussi insidieuses ou progressives] concerne le diagnostic et sa validité. En ce sens, Ey affirmaient que « les formes de début [insidieux et progressif] se confondent avec les formes mineures que nous avons décrites. Autrement dit, les formes mineures que nous avons décrites sont des formes abortives du processus schizophrénique.¹ » Ce faisant, un tel problème provient de la relative a-spécificité des prodromes générant de fait une indétermination du diagnostic, Porot affirmant que « la schizophrénie au début peut prendre la marque d'une quelconque affection psychiatrique² ». Une telle difficulté s'explique par le fait que « les modes d'entrées proprement dits sont nombreux, voire innombrables ; [...] c'est en allant des manifestations les plus évidemment pathologiques, à celles qui sont les plus discrètes, à celles qui exigent des recherches complémentaires³ ». En effet, certains troubles semblent sinon appartenir exclusivement à l'une des formes cliniques de la psychose du moins lui être fortement corrélés, comme *le signe du miroir* dans la schizophrénie à forme lente. On pourrait y ajouter la notion psychanalytique de *laisser-tomber du corps propre* issue de l'enseignement lacanien et de son examen des œuvres joyciennes. Plus précisément, Ey estime qu'il y a cinq troubles initiaux de cette forme : la perte de l'activité [syndrome initial d'apathie], les troubles de l'affectivité et du caractère [expressions paradoxales des pulsions instinctives, signe du miroir, anomalies du comportement sexuel, apragmatisme sexuel, troubles du caractère], les idées délirantes [du plus au moins fréquents : les thèmes hypocondriaques et d'influence, les idées mystiques, les idées d'empoisonnement, les idées de

¹. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. », *op. cit.*, p. 275.

². Porot M. « Les modes d'entrées dans la schizophrénie », *op. cit.*, p. 3256.

³. *Ibid.*, p. 3249.

persécution, les idées d'auto-accusation et les idées de grandeur], les comportements étrangers et impulsifs [signe du miroir, les fugues, le suicide et l'homicide], les manifestations schizônévrotiques¹. Quant à ces dernières, de nombreux auteurs ont noté la fréquence d'une symptomatologie névrotique, Porot estimait même qu'« il est impossible de faire, dès le début, le départ entre une névrose simple et l'entrée dans la schizophrénie par un processus d'allure névrotique²», « entre le sentiment d'incomplétude anxieuses du psychosténique et celui de dépersonnalisation perplexe du jeune schizophrène ³». A la suite de Freud, Lacan soulignait dans son séminaire sur les psychoses la similarité entre une symptomatologie névrotique et celle antécédente au déclenchement de la psychose⁴. Bien avant, en 1932, il estimait que la paranoïa, alors modèle de la psychose, pouvait être précédée de poussées schizophréniques.

Une partie des comportements étrangers et impulsifs, les « actes antisociaux » ou « perturbations graves du sens moral ⁵» avaient précédemment été classés par Antheaume et Mignot dans *la période médico-légale prodromique de la démence précoce*, ceux-ci chiffrant d'ailleurs d'après leurs propres observations à 9 % ce mode de début de la démence précoce. Aussi la systématisation opérée par Grivois confondant la première phase de la psychose naissante et la manie sans délire s'avère là aussi démentie. En outre, Ey se fait l'écho d'un débat à propos du cadre psychopathologique des meurtres immotivés considérés comme des *actes impulsifs* : ce « symptôme à la fois exceptionnel et prototypique ⁶» doit-il être inclus dans les formes de début de la schizophrénie ou bien entrer dans le cadre d'une forme mineure de schizophrénie l'héboïdophrénie ?

Un autre enjeu concerne le pronostic de l'évolution des troubles. Des recherches récentes estiment que ces formes insidieuses d'entrée dans la schizophrénie s'orienteront, lorsqu'elles présentent également d'autres facteurs, plus nettement vers des formes dites déficitaires. Malgré des données contraires, certaines études tendent à montrer qu'associée à

¹. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. », *op. cit.*, p. 275-283.

². Porot M. « *Les modes d'entrées dans la schizophrénie* », *op. cit.*, p. 3256.

³. *Ibid.*, p. 3256.

⁴. Lacan J. *Le Séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 217.

⁵. Antheaume A, Mignot R. « La période médico-légale prodromique de la démence précoce », in *L'Encéphale*, février 1907, p. 126-135, p. 126.

⁶. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies », *op. cit.*, p. 280.

certaines facteurs¹, la forme insidieuse participe à un pronostic défavorable et la forme aiguë à un pronostic favorable. Or, l'étude longitudinale de Ciompi et Müller² montre que la forme de début n'est pas la seule variable sur laquelle repose le pronostic. Le type d'évolution doit également être pris en compte selon deux modalités, simple et oscillant. Ce que ces auteurs appellent l'état terminal dépend donc de deux critères, qui lorsqu'ils sont croisés apportent des données permettant de tempérer certains préjugés actuels soutenus par des études verticales trop centrées sur la période inaugurale. En entrant dans le détail des chiffres de l'étude de Ciompi et Müller dite 'Enquête de Lausanne', constatons qu'une forme de début aigu suivie d'une évolution de type oscillation sera suivie à 25,4% d'un état terminal très favorable de type guérison ou état léger. Cette même forme de début avec une évolution simple aboutira à 5,3% à une guérison ou troubles légers. Certes 30,7% des sujets ayant présenté une forme aiguë présenteront un état léger ou une guérison ce qui correspond aux chiffres les plus élevés de l'étude mais il convient de souligner la disparité selon le type d'évolution ce que ne font pas suffisamment les études actuelles. Pour la forme à début chronique c'est à dire lente, si l'on additionne les deux types d'évolutions, quasiment équivalent, 20% des sujets seront considérés guéris ou ne présentant que des troubles légers³. Sachant que 21,1% des cas n'ont pu être utilisés in fine, il reste 29,4% qui se répartissent comme suit : la forme chronique à évolution simple présentera à 24,1% un état terminal moyen ou grave alors que le type oscillant ne le présentera qu'à 5,3%. En revanche, la différence est moins marquée entre les types d'évolutions simple et oscillant pour la forme aiguë respectivement 8,3% et 11,9%. Au total 20,2%. Notons que les auteurs estiment eux-mêmes que « l'évolution la plus défavorable possible, c'est à dire évolution simple vers un état terminal moyen ou grave » arrive « après [un] début aigu –il s'agit là de ce que M. Bleuler a appelé 'l'évolution schizophrénique catastrophique' ⁴».

Certes les différences chiffrées entre ces deux formes de début ne sont pas négligeables mais d'une part, il appert qu'elles ne peuvent être isolées du type d'évolution du sujet et d'autre part justifient-elle le discours eugénique et les pratiques actuelles de dépistage des formes lentes dont nous verrons plus en détail dans la quatrième partie.

¹. Delamillieure. P, Couleau. M, Dolfus. S. « Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques », in *Annales médico-psychologiques*, 167, 2009, p. 79-85, p. 82. Les auteurs s'appuient sur plusieurs recherches Mc Gorry et al, Mc Glashan, Lieberman, Fenton etc.

². Ciompi L, Müller C. « L'évolution des schizophrénies », in *L'Evolution psychiatrique*, tome XLII, octobre-décembre 1977, p. 1219-1243.

³. En réalité 9,6% pour un type d'évolution oscillant et 10,1% pour le type simple.

⁴. Ciompi L, Müller C. « L'évolution des schizophrénies », *op. cit.*, p. 1228.

Enfin, il existe un autre enjeu afférent à cette bipartition clinique, enjeu qui après avoir été débattu jusqu'aux premières décades du XX^{ième} siècle a disparu du discours psychiatrique contemporain. Il s'agit de l'amplitude et de la profondeur du bouleversement du sujet entrant dans la psychose. C'est ainsi en substance que J.-P Falret appréhende une certaine corrélation entre rapidité de l'entrée dans la psychose et profondeur des « altérations des sentiments ¹ ». Celles-ci se présentent sous deux formes générales « tantôt elles ne consistent que dans l'exagération des dispositions antérieures, tantôt elles offrent une transformation complète de la personnalité. ² » D'après ses observations, Falret admet que « l'altération des sentiments qui paraît consister dans une simple exagération du caractère habituel, [...] s'observe surtout dans les folies à lente évolution. ³ ». De sorte que la transformation complète s'avère particulièrement conjuguée avec une forme brusque d'entrée dans la psychose. Ses profonds retentissements subjectifs semblent proportionnels à leur vitesse d'émergence. Une telle conception est loin d'être unanimement partagée. Quelques décades auparavant, Esquirol estimait que si la forme insidieuse présente des prodromes, elle n'est pas non plus sans induire des modifications subjectives. Son approche conjugue d'une part une perspective développementale, corrélative d'une gradation symptomatique et d'autre part la prise en compte les changements du sujet entrant dans la psychose tant dans ses habitudes, ses goûts que ses passions. Dès lors, il y a tout lieu de penser, estime Esquirol, que « la folie, a comme toutes les autres maladies, son temps d'incubation, ses prodromes, et souvent dans le compte que rendent les parents, on découvre que le premier acte de folie qui les a effrayés, avait été précédé de plusieurs symptômes qui avaient échappé à toute observation, et quelque fois on prend pour la cause de la maladie, ce qui en était le premier phénomène. Souvent les aliénés combattent leurs idées fausses, leurs déterminations insolites, avant que personne ne s'aperçoive du désordre de leur raison et de la lutte intérieure qui précède l'explosion de la folie. Longtemps avant qu'un individu soit reconnu aliéné, ses habitudes, ses goûts, ses passions changent. ⁴ » Dans ce sens, il avait repéré, écrit-il : « presque tous les aliénés confiés à mes soins avaient offert quelques irrégularités dans leurs fonctions, dans leurs facultés intellectuelles, dans leurs affections, long-temps avant d'être malades, souvent dès la première enfance ; irrégularités qui avaient échappé à leurs parents, mais desquelles je les ai fait souvenir, en les questionnant sur l'état antérieur de celui pour lequel j'étais consulté. Les uns avaient été d'un orgueil excessif ; les autres très-colères, ceux-ci souvent tristes ; ceux-là

¹. Falret J.-P. « Symptomatologie générale des maladies mentales » [1850-1851], *op. cit.*, p. 151.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 152.

⁴. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées*, vol I, *op. cit.*, p. 77.

d'une gaieté ridicule ; quelques autres, d'une application opiniâtre à ce qu'ils entreprenaient, mais sans fixité ; plusieurs, vétilleux, minutieux, craintifs, timides, irrésolus ; presque tous avaient eu une grande activité des facultés intellectuelles et morales, qui avait redoublé d'énergie quelque temps avant l'accès ; la plupart avaient eu des maux de nerfs ¹».

A l'orée du XX^{ième} siècle, la doctrine des constitutions soutiendra une corrélation entre certaines psychoses dont le délire d'interprétation et plus largement la paranoïa, et une continuité de la personnalité par l'intermédiaire de la constitution paranoïaque : il s'agit des psychoses constitutionnelles. Quant à Lacan, revenant sur sa thèse de 1932 dont l'une des problématiques majeures concernait précisément les retentissement sur la personnalité du déclenchement de la psychose, étant entendu que la paranoïa en était le modèle, il avance trente trois ans plus tard que « la psychose paranoïaque et la personnalité n'ont pas de rapport. Parce que c'est la même chose. ²» A première vue, les approches constitutionnaliste et lacanienne postulent toutes les deux une continuité entre la paranoïa clinique et la personnalité. Or, croire en une telle convergence reviendrait à confondre les notions de constitution et de structure. En réalité, ces deux approches se différencient spécialement sur l'idée même de continuité, qui renvoie soit au caractère paranoïaque antécédent associé à une constitution paranoïaque préexistante soit à la continuité structurale entre les trois registres réel symbolique et imaginaire que figure le nœud de trèfle. Nous y reviendrons plus avant. Aussi, comment dès lors concevoir en termes structuraux les retentissements subjectifs du déclenchement de la paranoïa c'est à dire la discontinuité du déclenchement ? Et comment rendre compte de la continuité de la personnalité électivement associée aux formes lentes ? Comme si l'étirement dans le temps atténuait précisément les retentissements subjectifs de l'éclosion de la psychose clinique. D'ailleurs, les formes lentes ne sont-elles pas fréquemment qualifiées de progressives de sorte que le passage de la psychose clinique se réalise selon un continuum du normal au pathologique sans transformation complète de la personnalité ? Est-ce pour cette raison que les recherches contemporaines et la littérature spécialisée se focalisent sur ces formes lentes de la schizophrénie qui corroborent la thèse séculaire d'une constitution au sens médical, définie de nos jours par la vulnérabilité neuro-développementale à développer un processus schizophrénique ? Au surplus, la quasi valeur paradigmatique de ces formes lentes, pourtant loin d'être significativement les plus fréquentes dans la clinique, pourrait également provenir d'un argument économique cher à l'industrie pharmaceutique :

1. Esquirol E. *Des Passions considérées.....*, op. cit., p. 28-29.

2. Lacan J. « Le sinthome », séminaire du 16 décembre 1975, *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°7, 1976, p. 7.

plus la frontière entre pré-psychose et psychose clinique est effacée plus la prescription de psychotropes devient une bonne pratique médicale, psychotropes dont l'on sait qu'ils sont majoritairement prescrits, à peu près 80%, par les médecins généralistes plus nombreux que les psychiatres. Plus on efface cette frontière psychopathologique plus on dévalue l'expérience de discontinuité subjective de sorte que l'on se focalise sur les premiers signes dits prodromiques qui deviennent dès lors des cibles à faire disparaître précisément à l'aide des nouveaux anti-psychotiques. Nous examinerons cette perspective dans notre quatrième partie.

A présent, tentons de déplier ces questions grâce à l'appui du dernier enseignement de Lacan sur la structure borroméenne du sujet ayant permis certaines investigations récentes sur les formes progressives présentées lors de *La convention d'Arcachon*.

2. Les formes diachroniques : entre déclenchement, néo-déclenchement et débranchement

Dans le cadre d'investigation de ces données formelles, certains auteurs rattachés au paradigme du déclenchement ont pu proposer quelques pistes, les premières en 1997 lors de *La conversation d'Arcachon*, afin de rendre compte de ces deux formes cliniques. Des rapports de l'année suivante, en 1998, tendent à soutenir l'existence d'un lien non exclusif entre la nature des troubles primaires et la vitesse d'entrée dans la psychose : les formes progressives se rapporteraient plutôt à Φ_0 c'est à dire à l'émergence de phénomènes de délocalisation de la jouissance subséquents de la carence de la fonction phallique alors que les formes brusques se rapporteraient davantage à P_0 correspondant ici aux troubles de la chaîne signifiante. En effet, trois rapports présentés à l'occasion de *La convention d'Antibes* centrée sur la *psychose ordinaire* tentent de rendre compte de la bipartition traditionnelle, lente/rapide, à l'aide des nouveaux concepts psychanalytiques de « débranchement », et de « néo-déclenchement », ce dernier étant défini comme la « mise à jour nécessaire du concept de déclenchement, tel qu'il est énoncé sous sa forme canonique, par Lacan dans sa 'Question préliminaire' ¹ ». La notion de discontinuité subjective est-elle toujours nécessaire et pertinente pour caractériser le déclenchement de la psychose ?

¹. Castanet H, De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements », in *La Convention d'Antibes. La psychose ordinaire* [1998], *op. cit.*, p. 13-44. Une première *conversation* portant sur les nouvelles formes de déclenchement de la psychose avait eu lieu de l'année précédente. In *La conversation d'Arcachon*, *op. cit.*, p. 160 et sq.

Assurément, la clinique recèle des modes de débuts de la psychose très variés quant à leur temporalité, modes que le discours psychiatrique avait condensé en une bipartition lente/brusque. Autant ce discours reconduit invariablement cette bipolarisation, autant il peine à en rendre compte au niveau psychopathologique. Réside là apparemment la difficulté. Les notions de processus psychopathologique, notamment celui de processus schizophrénique, de trouble générateur, de constitution furent avancées durant les premières décennies du XX^e siècle essentiellement afin d'expliquer les différences de vitesse dans l'expression clinique des pathologies mentales de types délires chroniques entre les premiers signes avant-coureurs dits aussi prodromes et les signes d'une psychose avérée. On connaît la gradation des manifestations ou états cliniques de ces processus, l'Ecole française des années 20 sous l'impulsion de H. Claude reprenant et développant là des recherches germaniques. Citons pêle-mêle, les notions de schizoïdie, de schizophasie, de schizotaxie, de schizothymie, de schizoïa devant décrire un état clinique antérieur à la schizophrénie manifeste. Loin d'avoir été oubliée, une telle échelle des états cliniques a connu un nouvel essor dans les modèles de vulnérabilité des psychoses ainsi que le notait Azorin en 1998 : « Les notions de personnalité schizoïde et de personnalité schizotypique demeurent aujourd'hui en héritage [...]. Le DSM-III notamment a réintroduit le terme de personnalité schizotypique, comme degré de gravité intermédiaire entre personnalité schizoïde et schizophrénie.¹ ». Bien qu'ils se fassent en l'espèce légataire de quelques avancées de la psychiatrie psychodynamique, les modèles de vulnérabilités et le DSM dénie toute corrélation entre l'évolution psychopathologique et l'économie subjective, attribuant bien souvent à un obscur processus neuro-développemental la détermination de cette évolution.

Il y a quelques années à l'occasion d'une convention entre psychanalystes, plusieurs d'entre eux ont formulé quelques propositions sur les « formes cliniques [du déclenchement] selon la diachronie² » c'est à dire selon la temporalité de l'entrée dans la psychose. Bien entendu, aucun d'eux ne prétendaient découvrir là une réalité clinique jusque-là totalement inconnue dans son ensemble, ni même l'appréhender pour la première fois, Lacan l'ayant lui-même déjà abordée : « On peut après-coup ; après révélation de la psychose, repérer dans bon nombre de cas des prémisses, des signes avant-coureurs et des troubles d'évolution progressive, que celle-ci soit continue ou discontinue. C'est parmi ceux-ci que Lacan avait décrit les « phénomènes de frange » et les états qu'il n'hésitait pas à qualifier de 'pré-

¹. Azorin J.-M. *Les modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie*, op. cit., p. 9.

². Castanet H, De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements », op. cit., p. 15.

psychotiques¹». Néanmoins, notaient-ils que « les nouveaux symptômes, l'évolution de la pathologie au gré des changements de l'Autre, sont autant d'occasions d'observer des formes cliniques plus ou moins inédites.²» Fixés à la conception structuraliste du déclenchement de la fin des années 50, dont témoigne la référence faite à l'emploi par Lacan de la notion pré-psychose, l'originalité de ces auteurs procède bien plutôt de leur conceptualité de cette réalité clinique. En effet, ils estiment que la forme lente se laisserait aborder comme « débranchement progressif de l'Autre³» notion qu' Eric Laurent aurait avancée lors de *La Conversation d'Arcachon*.

Dans un autre rapport, Borie et al tentent également de rendre compte conceptuellement des deux formes, brusque et progressive, d'entrée dans la psychose. A cette fin, ils font eux-aussi référence à la notion de débranchement et rapportent « le néo-déclenchement-débranchement à la métonymie, l'opposant ainsi au déclenchement classique, rapporté la métaphore.⁴». De manière plus développée, ils élucident ainsi ces deux formes : « De l'installation classiquement brusque d'un délire, nous rendons compte par la métaphore délirante, c'est à dire par la substitution métaphorique, qui obéit à la loi du tout ou rien. Des autres modes d'installation, progressifs, précoces, voire précocissimes au point de paraître d'emblée - ce qui contrevient à la notion même de déclenchement -, ou encore alternativement progressifs et régressifs, nous rendons compte par la substitution parcellaire - pas la loi du tout ou rien - par les débranchements et rebranchements, que fait valoir la métonymie délirante.⁵» Bien qu'elles représentent des avancées non négligeables visant à éclaircir cette bipartition des formes cliniques tout en donnant une place centrale à la structure subjective, ces propositions, notamment celle de débranchement, laissent en suspens la question des liens entre l'entrée dans la psychose et la discontinuité ou franchissement subjectif. Nous y reviendrons sous peu. Avant cela examinons d'autres propositions relatives à cette bipartition. En effet, au cours de cette *Convention d'Antibes*, d'autres auteurs, G. Morel et H. Wachsberger, estiment que les formes progressives se rapporteraient davantage à une clinique de Φ_0 qu'elle soit générée par la rencontre d'Un-père, et dans ces cas-là, « il y a enchaînement direct du surgissement d'Un-père, et d'une manifestation ressortissant à Φ_0 ⁶» ou qu'elle ne le soit pas. Il s'agit par exemple des transsexualismes dits primaires par Stoller :

¹. *Idem*.

². *Ibid.*, p. 14-15.

³. *Ibid.*, p. 16. Nous ne l'avons pas trouvée telle quelle dans *La Conversation d'Arcachon*. En revanche on peut y lire « débranchements successifs d'avec l'Autre », p. 184.

⁴. Borie J, J.-R Rabanel, Viret C. « Clinique du suspens », *op. cit.*, p. 63.

⁵. *Idem*.

⁶. Morel G, Wachsberger H. « Recherches sur le début de la psychose », *op. cit.*, p. 70.

« ces sujets, nés mâles, se sont toujours sentis féminins, parfois dès l'âge de un an. Il s'agit d'une forme 'originale' de pousse-à-la-femme, par identification imaginaire à la mère. ¹ ». En revanche, ils estiment que la forme brusque, dont le modèle ou forme typique serait pour eux la clinique du second déclenchement du président Schreber, présenterait davantage de troubles de type Po, regroupant ici les troubles de la chaîne signifiante². Mais dans leur souci de rendre compte de l'émergence de certains troubles isolés et précoces qu'ils estiment ressortir de Φ_0 , Morel et Wachsberger en arrivent à distinguer abusivement, croyons-vous, d'une part l'entrée dans la psychose qui ressortirait d'après eux de Φ_0 et d'autre part le déclenchement « si nous réservons ce terme, écrivent-ils, à la formation de Po. ³ » Bien qu'ils affirment que « rien n'assure cependant que ces entrées précoces dans la psychose ne seront pas suivies un jour d'un déclenchement (Po). La forclusion du Nom-du-Père rend toujours possible un ébranlement de l'ordre symbolique qui formera Po ⁴ », ils tendent implicitement à rendre caduque la conception de signes ou d'indices plus ou moins discrets, de phénomènes élémentaires, d'une psychose hors déclenchement définie comme structure borroméenne. En outre, ils tendent à appréhender les formes brusques par la théorie dite classique notée Po et les formes progressives par Φ_0 , ce que relativise la clinique. Au surplus, il convient aussi de souligner que parmi les séquences avancées par Morel et Wachsberger toutes ne sont pas inédites, dès 1983 et plus fondamentalement en 1993, J.-C Maleval avait déjà opéré une première actualisation des conjonctures déclenchantes en introduisant notamment aux côtés du Un-père, la rencontre par le sujet de l'énigme du désir de l'Autre et son incomplétude. Au reste, qu'il y ait des modes cliniques d'entrée dans la psychose différents, fondés sur la prévalence ou même l'exclusivité soit des troubles de la chaîne signifiante soit des phénomènes de délocalisation de la jouissance, cela est cliniquement attesté, mais faut-il pour autant en conclure que le concept de déclenchement ne doit être rapporté qu'exclusivement au mode d'entrée où se manifeste une « décomposition de l'ordre symbolique ⁵ » ? Ne peut-il pas être lui-même actualisé au dernier enseignement de Lacan, promouvant un nouveau cadre structural non structuraliste mais borroméen, sans pour autant perdre sa nomination ? En effet,

¹. *Ibid.*, p. 73.

². « Les phénomènes que nous désignons par Po sont les hallucinations et les troubles du langage. Ces derniers, décrits dans le *Séminaire III*, vont de l'écho de la pensée à la langue fondamentale, en passant par les diverses formes de l'automatisme mental. Nous y incluons donc les troubles de la parole et de l'énonciation, les hallucinations verbales et les phénomènes de pensée imposée. Nous les caractérisons par le terme d'« anidéique », emprunté à Clérambault, pour en exclure les idées délirantes, considérées d'un point de vue « idéique », soit sémantique. » In Morel G, Wachsberger H. « Recherches sur le début de la psychose », *op. cit.*, p. 69.

³. *Ibid.*, p. 76.

⁴. *Idem.*

⁵. *Ibid.*, p. 77.

si l'on s'accorde avec Maleval à considérer le Nom-du-Père comme une occurrence exemplaire de la plus large fonction paternelle corrélée à la pluralisation des noms-du-père, il semble dès lors difficile d'enfermer, à l'instar de Morel et Wachsberger, le concept de déclenchement dans le cadre de la fin des années 50. De sorte que l'on puisse estimer que le déclenchement de la psychose implique la carence de la fonction paternelle ou défaillance du point de capiton dans la mesure où celui-ci « généralise le Nom-du-Père [...] le point de capiton dont il s'agit est moins un élément qu'un système, un nouage, un appareil, faisant point de capiton, agrafe. ¹» Nous y reviendrons sous peu.

Le débranchement : une nouvelle forme de déclenchement ?

En 1997 J.-A Miller venait repérer dans l'exposé de J.-P Deffieux, « Un cas pas si rare », un fait clinique d'importance qu'il désigna « débranchement ² ». E. Laurent ajoutait que « la clinique du débranchement de l'Autre ne va pas sans la clinique de la production de la pulsion ³ ». Poursuivant le développement d'une telle innovation notionnelle, H. Castanet et P. de Georges dans leur rapport « Branchements, débranchements, rebranchements » tendaient à rapprocher certaines observations cliniques de la notion de débranchement. Qu'ils le définissent comme variante ou mode atypique de la « forme paradigmatique ⁴ » du déclenchement lacanien classique, le débranchement est appréhendé par ces promoteurs comme une forme nouvelle, actuelle de déclenchement dite de néo-déclenchement : « Le terme de néo-déclenchement ne désigne pas seulement le déclenchement psychotique, il nous permet d'interroger comment le sujet se débranche du lien social. ⁵ » Or, il nous paraît difficile de reconnaître dans la première des deux vignettes cliniques rapportées par les deux auteurs une observation de psychose clinique au point de postuler que le débranchement n'inaugure pas toujours l'entrée dans la psychose ⁶. Il ne serait pas suffisant. Autrement dit, est-ce un « débranchement échelonné dans l'histoire du sujet » aboutissant à l'entrée dans la psychose clinique ? Ou bien le débranchement de l'Autre ne peut-il pas être abordé à l'instar du laisser tomber du corps c'est à dire un trouble corrélé à un lâchage localisé du nouage, ici imaginaire et là symbolique ? Bien que la tradition psychiatrique soutienne une telle séparation depuis plus de deux siècles, Esquirol et Moreau de Tours notamment qui soutenaient l'existence

¹. Miller J.-A. « Ouverture », *op. cit.*, p. 155.

². *Ibid.*, p. 163.

³. Laurent E. In *La conversation d'Arcachon*, *op. cit.*, p. 185.

⁴. Castanet H. De Georges P. « Branchements, débranchements, rebranchements », *op. cit.*, p. 14.

⁵. *Ibid.*, p. 20.

⁶. *Ibid.*, p. 18.

« d'état hallucinatoire sans délire ¹ », il est désormais communément admis dans le champ psychanalytique que des phénomènes élémentaires peuvent subsister à l'état isolé sans pour autant que le sujet verse dans la psychose déclarée, les travaux de Sauvagnat plaidant en faveur de cette approche sont à ce sujet forts probants. La structure borroméenne permet une approche de ces phénomènes en postulant qu'il s'agit là de manifestations localisées du ratage du nouage et pouvant être rapportées au registres impliqués dans celui-ci. Ces manifestations peuvent être conçues selon Maleval à partir de trois registres, le premier regroupant les indices de la non-extraction de l'objet a, le deuxième rassemblant les défaillances discrètes du capitonnage et enfin le dernier registre constitué par les troubles de l'identité et la prévalence des identifications imaginaires. A suivre Maleval, le premier registre, les indices de la non-extraction de l'objet a, regroupe l'émergence ou la délocalisation d'une jouissance, la carence du fantasme fondamental, l'émoussement affectif, les ébauches de pousse-à-la-femme et le signe du miroir issu du savoir clinique des années 1930².

On pourrait même supposer que le débranchement intervienne comme défense subjective, comme pare-psychose, puisque après tout le sujet de la première vignette décide d'arrêter son analyse « car il lui semblait avoir perçu chez celui-ci [son analyste] des mouvements d'hostilité qui expliqueraient des déclenchements d'angoisses catastrophiques, immédiatement consécutifs à certaines levées de séances. ³ » Au lieu de déclencher les défenses d'une psychose clinique et l'éventuelle construction d'un délire, le sujet se débrancherait de l'Autre, en l'espèce son analyste. La notion de débranchement lorsqu'elle prétend définir de nouvelles formes de déclenchement de la psychose recèle une ambiguïté dans ses fondements que nous posons ainsi : inaugure-t-il bien toujours une psychose clinique ? La diffusion de cette notion atteste de cette ambiguïté. Ainsi A. Zenoni présente le cas d'un jeune homme venu lui demander de l'aide quant à un choix qu'il doit faire : « à ne pas tout laisser tomber d'un coup, comme il l'a déjà fait, sans raison ou au hasard d'une rencontre, au niveau du travail ou du domicile, simplement parce qu'il se dit : 'je suis ici je pourrais être ailleurs' ⁴ ». Aussi Zenoni évoque le débranchement pour aborder et nommer certaines manifestations cliniques repérables dans la schizophrénie : « parfois, c'est sous la forme d'une remise en cause, soudaine ou réitérée, des attaches et des inscriptions sociales

¹. Moreau de Tours J. *Du haschich et de l'aliénation mentale*. Réédition in coll. « Analectes », II, *op. cit.*, p. 214.

². Maleval J.-C. « Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire », *op. cit.*

³. *Ibid.*, p. 19.

⁴. Zenoni A. « La mesure de la psychose. Note sur la schizophrénie », in *Quattro*, n° 80/81, janvier 2004, p. 17-24, p. 19.

que l'inconsistance du discours peut se manifester ¹». D'une part, Zenoni fait appel à cette notion dans le cadre de remise en cause *soudaine*, soulignons le terme car il s'oppose à la forme lente des descriptions de Borie et al. D'autre part, il est vrai que cette notion de débranchement du sujet par rapport à l'Autre du signifiant possède des affinités avec la schizophrénie qui se particularise par l'inexistence de l'Autre.

Ne peut-on pas considérer que le destin de cette notion soit double ? Dans certains cas, il permettrait d'appréhender certaines manifestations dans le cadre d'une structure psychotique hors-déclenchement, surtout si le sujet opère un rebranchement évitant ainsi un vécu subjectif de franchissement propre au déclenchement ? Ne pourrait-on pas alors voir dans ces manifestations dites de débranchement, des phénomènes élémentaires de décapitonnage hors déclenchement, signes du défaut de nouage ? A cet égard, on peut tout à fait admettre que le débranchement possède dans ces occurrences la structure du déclenchement, notamment dans ses coordonnées d'émergence référées à des situations électives sans pour autant que le sujet verse dans la psychose clinique. Dans d'autres cas, il participerait avec d'autres symptômes, à l'éclosion de la psychose.

Ces propositions nous amène à examiner maintenant les derniers développements de Lacan sur la fonction paternelle et la structure subjective renouvelées en partie grâce au modèle de la chaîne borroméenne. Le concept de déclenchement de la psychose s'en trouve-t-il fondamentalement modifié ?

II-3. Le concept de déclenchement de la psychose après 1959 et les formes de dénouage de la structure subjective

Après la publication de son article majeur en 1959 Lacan ne reviendra plus sur sa conception du déclenchement de la psychose, ne la modifiant pas et ne l'employant même quasiment plus ni dans ses séminaires ni dans ses écrits². Pourtant, la nature des liens entre les trois registres du symbolique de l'imaginaire et du réel a été radicalement renouvelée dans les années 70 à partir de la référence au modèle du nœud borroméen qui en réalité « est une

¹. *Idem*.

². A vrai dire nous n'en n'avons pas trouver une seule occurrence. En revanche, on peut trouver la locution *déclenchement de la psychose* in extenso chez Henri Ey. In « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. », *op. cit.*, p. 273.

chaîne¹». De sorte que cet appareil conceptuel qui permit à Lacan de fonder sa troisième théorie de la psychose instituant celle-ci sur des propriétés en partie novatrices, implique d'actualiser le concept même de déclenchement de la psychose. Toutefois, peut-on encore user d'un tel concept dans le dernier enseignement de Lacan alors que comme nous le soulignons précédemment, il est foncièrement déterminé par le paradigme structural des années 50 ? Il semble que l'on puisse répondre par l'affirmative, à condition de le resituer dans le cadre de son élaboration conceptuelle centrée sur la logique du réel qui tout en renouvelant son concept de structure subjective le maintient dans une conceptualité quaternaire. Alors le déclenchement équivaut si l'on utilise les différentes désignations de la généralisation du Nom-du-Père de J.-A Miller², au dénouage, au désappareillage, au désagrafage, au décapitonage de la structure borroméenne du sujet selon ses deux modalités pour les délires chroniques, schizophréniques ou paranoïaques.

1. Dénoyage et clinique différentielle des psychoses

La logique présidant à la thèse de la corrélation des troubles lors de l'entrée dans la psychose trouve à se formaliser dans les développements du dernier enseignement de Lacan sur la chaîne ou structure borroméenne. Renouvelant la définition de la fonction paternelle, qui ne procède désormais plus exclusivement du signifiant du Nom-du-Père, mais plus largement d'une pluralité de noms-du-père, ou *point de capiton* selon J.-A Miller, possédant la fonction de nouer borroméennement, Lacan introduit une nouvelle approche de la clinique de l'entrée dans la psychose de sorte que son déclenchement puisse être appréhendé comme le dénoyage des éléments de la structure subjective. C'est cette dernière conséquence primordiale de la clinique du déclenchement de la psychose que nous allons à présent examiner. Lors de l'analyse de l'expérience énigmatique il nous a fallu pour des raisons purement rédactionnelles séparer les troubles de la chaîne signifiante des phénomènes d'envahissement de la jouissance et ceux du désastre imaginaire. Cette facticité de présentation n'est nullement représentative de la réalité clinique car comme l'a signalé J.-A Miller, à propos de l'autonomisation du signifiant, deux registres peuvent alors s'équivaloir l'un perdant ses propriétés définitoires, ici le symbolique : « quand la relation du signifiant au signifiant est interrompue, quand il y a chaîne brisée, phrase interrompue [...], le

¹. Lacan J. « Le sinthome », séance du 16 décembre 1975, in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°8, 1976-1977, p. 12.

². Miller J.-A. « Ouverture », *op. cit.*, p. 155.

symbolique rejoint le réel. Mais il ne le rejoint pas sous la forme de la représentation. Le signifiant rejoint le réel d'une façon qui ne laisse pas place au doute –voyez les phrases interrompues du président Schreber. Dans la phrase interrompue, le signifiant ne représente pas le moins du monde le réel, il y fait irruption, c'est-à-dire qu'une partie du symbolique devient réel. C'est en quoi 'la schizophrénie' telle qu'elle est ici redéfinie, peut être dite la mesure de la psychose ¹». Ce à quoi nous serions tentés d'ajouter que l'entrée dans la schizophrénie pourrait être également conçue comme la mesure du déclenchement de la psychose, le dénouage étant corrélé à de tels bouleversements des trois registres profondément dénaturés : la carence de la fonction phallique, le signifiant réel et la jouissance de l'organe. A cet égard, Lacan souligna lui-même l'intérêt de la chaîne borroméenne dans une appréhension de la clinique du déclenchement : « Voulez-vous un exemple qui vous montre à quoi peut servir cette enfilade de nœuds pliés qui redeviennent indépendants pour peu qu'on en coupe un seul ? Il n'est pas très difficile d'en trouver un, et pas pris pour rien, dans la psychose. Souvenez-vous de ce qui peuple hallucinatoirement la solitude de Schreber –*Nun will ich mich...* maintenant je vais me... Ou encore – *Sie sollen nämlich...* vous devez quant à vous... Ces phrases interrompues, que j'ai appelées messages de code, laissent en suspens je ne sais quelle substance. On perçoit là l'exigence d'une phrase, quelle qu'elle soit, qui soit telle qu'un de ses chaînons, de manquer, libère tous les autres, soit leur retire le Un. ²» Aussi Maleval en déduit que Lacan caractérise l'autonomisation ou l'« indépendance des éléments de la chaîne [de] certaine psychose hallucinatoire ³» en l'espèce celle de Schreber, à partir de la forclusion du Nom-du-Père. Au passage soulignons que si Lacan estime une telle libération, il s'en déduit que la structure du président n'est pas faite d'une *continuité des registres*.

Parmi ceux ayant pris acte des recherches de Lacan sur ce nouvel abord de la psychose grâce à la clinique des nœuds, Colette Soler est l'une des premières à avoir repris l'indication lacanienne et relu la clinique schrébérienne dans cette perspective. Soler discerne deux moments de dénouage à savoir le déclenchement de la psychose du président [en réalité le second] et sa stabilisation : « A deux moments spécialement, ceux du déclenchement et de la stabilisation, on voit s'isoler les trois dimensions, symbolique, imaginaire, réelle ⁴». Présentement, notre intérêt se portant sur le moment du déclenchement, centrons-nous sur ce

¹. Miller J.-A. « Clinique ironique », *op. cit.*, p 9.

². Lacan J. *Le séminaire XX. Encore*, Paris, Le Seuil, 1973, p. 115.

³. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-père*, *op. cit.*, p. 146.

⁴. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 13-14.

que Soler en dit : « Schreber distingue lui-même à l'entrée de sa maladie, d'une part, sa nomination comme président du tribunal de grande instance, voilà pour le symbolique ; d'autre part cette rêverie, 'ce qu'il serait beau d'être une femme en train de subir l'accouplement', voilà pour l'imaginaire ; enfin capital selon lui dans le déclenchement, c'est la fameuse nuit où il y eut je ne sais quel nombre de pollutions nocturnes, qui indiquent pour nous l'émancipation de l'organe ¹ ». L'isolement clinique de chacun des trois registres implique qu'antérieurement ils étaient noués de façon borroméenne grâce à un quart élément ou nom-du-père faisant suppléance, concept entendu ici au sens large. Il appert que Soler s'appuie sur les propos de Schreber, lui-même isolant comme une circonstance particulièrement marquante dans sa maladie sa nomination ainsi qu'il le fait pour les pollutions nocturnes et le surgissement de la signification énigmatique. Le dénouage désignerait pour Soler aussi bien des manifestations cliniques conséquentes de l'autonomisation de chacun des registres que le repérage et l'isolement par le sujet lui-même de tel événement ou trouble. Si la thèse paraît séduisante et même cliniquement pertinente, néanmoins nous saisissons mal comment la nomination de Schreber peut être rapportée à l'autonomisation du registre symbolique. Qu'elle intervienne au titre de conjoncture dramatique, certes, mais nulle irruption de signifiant dans le réel ne se laisse appréhender dans cette nomination. En revanche, le phénomène élémentaire apparaît bien comme un signifiant tout seul dont J.-C Maleval affirme que « son étrangeté à la conscience du sujet résulte de l'autonomisation du signifiant dans le réel. ² » Ainsi, la thèse de l'autonomisation des trois registres dans la clinique du second déclenchement du président, avancée par Soler, possède une certaine pertinence à condition d'en modifier la lecture clinique. Elle nécessite également de clarifier quelque peu ce nouvel abord du concept lacanien de structure.

Défini dans les années 50 comme chaîne signifiante dont la figuration topologique était pour Lacan, celle des « anneaux dont le collier se scelle dans l'anneau d'un autre collier fait d'anneaux ³ », le concept de structure est redéfini dans les années 70 par le truchement de l'impossible au sens du réel : « cette dimension d'un impossible qui va incidemment jusqu'à comprendre l'impasse proprement logicienne, c'est d'ailleurs ce qu'on appelle la structure. La structure, c'est le réel qui se fait jour dans le langage. Bien sûr n'a-t-elle aucun rapport avec 'la bonne forme'. ⁴ » Si le concept de structure est à l'époque du paradigme structural soumis

¹. *Idem.*

². Maleval J.-C. *Logique du délire, op. cit.*, p. 124.

³. Lacan J. « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud » [1957], *op. cit.*, p. 502.

⁴. Lacan J. *L'étourdit*, prononcée le 14 juillet 1972, in *Silicet*, n°4, Paris, Le Seuil, p. 33.

au statut du grand Autre, défini comme plein, en revanche, il se trouve être vingt ans plus tard renouvelé par la place centrale que Lacan accorde au réel sous les espèces de l'impossible à dire, du non rapport sexuel, de l'inexistence du signifiant La femme, corrélés au manque de l'Autre. De plus, cette modélisation reconduit à travers l'ultime conception du Nom-du-Père, la « nécessité d'un élément placé en position d'exception dans la structure ¹ » et qui fut déjà dégagée sous les espèces de $S(A)$, de l'exception non soumise à la fonction phallique et enfin du zéro. Soulignons effet qu'entre-temps, Lacan avait modifié les propriétés du grand Autre devenu barré comme nous l'avons déjà vu et dégagé l'objet *a*. Aussi, le recours au « nœud borroméen [qui] n'est pas un nœud, c'est une chaîne ² » permit à Lacan de concevoir la structure borroméenne comme une chaîne nécessitant l'ajout d'un quart élément, le symptôme³ redéfini comme un sinthome, afin qu'existât précisément la propriété borroméenne. Son investigation du cas Joyce y fut évidemment décisive. Ainsi, il apparaît que la logique de la structure subjective développée par Lacan dans son enseignement est une logique quaternaire depuis les schémas L, en passant par le schéma R et I sa variante psychotique de 1959, et maintenant la chaîne borroméenne à quatre éléments⁴. Aussi, Lacan en notait-il l'exigence, dans « Kant avec Sade » (1962) : « Une structure quadripartite est depuis l'inconsient toujours exigible dans la construction d'une ordonnance subjective. ⁵ »

Le repérage de ce quaternaire n'est pas nouveau. Gérard Pommier avait déjà opéré un rapprochement serré entre le schéma L de Lacan, et le « quaternaire freudien ⁶ » présent dans « Pour introduire le narcissisme » en y repérant deux homologues. Aussi estimait-il que « la structuration de l'instance du moi qui n'existe pas dès le départ est donnée par Freud dans les termes d'un quaternaire homologue au schéma L de Lacan⁷ » où deux homologues peuvent être repérées entre d'une part le point *a* et le moi idéal [« projection, fonction de l'imaginaire, ce que Freud appelait à l'époque 'narcissisme primaire' ⁸ »] et d'autre part le point *a* et l'idéal

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 139.

². Lacan J. « Le sinthome », séance du 16 décembre 1975, op. cit., p. 12.

³. Il s'agit d'une nouvelle approche lacanienne du symptôme provenant notamment de son investigation de l'œuvre joycienne et générant un retour à l'ancienne écriture de sinthome. Cf Skriabine P. « Clinique de la suppléance », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, janvier-mars 1988, n°44, p. 65-76.

⁴. On pourrait à ce titre d'une logique structurale quadripartite ajouter celle des mathèmes des quatre discours : il y a quatre termes, *a*, *S*, *S1*, *S2* et quatre places inhérentes au mathème l'agent, l'autre, la production et la vérité. In *Séminaire XX. Encore*, op. cit., p. 21. Ces quatre discours furent introduit en 1969 sous les espèces des « quadripodes tournants » et s'insèrent donc entre les schémas R et I d'une part et la chaîne borroméenne d'autre part. In *Séminaire XVII. L'envers de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1991, p. 15. Il faut voir dans cette logique l'influence des travaux de Lévi-Strauss.

⁵. Lacan J. « Kante avec Sade » (1962), in *Écrits*, op. cit. p. 765-790, p. 774.

⁶. Pommier Gérard. « Psychose : régression topique au stade du miroir », *Quarto*, n°15, 1983, p. 39-46, p. 40.

⁷. *Idem*.

⁸. *Ibid.*, p. 44.

du moi [« l'introjection, fonction du symbolique, et ce que Freud a appelé 'narcissisme secondaire' ¹»]

Il convient de préciser que les éléments de ces diverses formalisations lacaniennes ne sont nullement identiques entre eux. Cependant, bien qu'elles se fondent sur certaines propriétés distinctes, les chaînes symbolique et borroméenne possèdent néanmoins, et là réside le point décisif, une même fonction commune, celle de porter le sujet. Nous pouvons en effet déceler l'existence d'une communauté de structure ou plutôt de fonction entre ces deux chaînes : la fonction de support subjectif. Tout d'abord en 1959, lorsque Lacan écrit : « C'est autour de ce trou où le support de la chaîne signifiante manque au sujet, et qui n'a pas besoin, on le constate d'être ineffable pour être panique, que s'est jouée toute la lutte où le sujet s'est reconstruit ² ». Puis en 1975 lorsqu'il définit la structure borroméenne de la paranoïa à partir du nœud de trèfle, il avance que « le sujet n'est supporté que de leur continuité, imaginaire, symbolique et réel sont une seule et même consistance ³ ». Lacan emploie le nœud de trèfle pour figurer la structure paranoïaque à l'évidence différent de la chaîne borroméenne représentant la structure de la schizophrénie où le quart élément noue les trois autres éléments autonomes de la structure, le symbolique, l'imaginaire et le réel.

Par sa relecture du cas, C. Soler postule implicitement que la structure subjective du président se rapporte à celle de la psychose schizophrénique tout comme Lacan dans son séminaire *Encore*. En effet, si le déclenchement de la psychose de Schreber libère les trois registres, on en déduit qu'ils ne sont nullement continus, propriété définitoire de la structure paranoïaque d'après Lacan lui-même : « En tant qu'un sujet noue à trois l'imaginaire, le symbolique et le réel, il n'est supporté que de leur continuité, imaginaire, symbolique et réel sont une seule et même consistance, et c'est en cela que consiste la psychose paranoïaque. ⁴ » Et à Skriabine de préciser qu'il « suffit d'une erreur, en l'un quelconque des trois points que présente la mise à plat du nœud de trèfle, pour défaire le nœud ⁵ » de sorte que le résultat du déclenchement de la psychose clinique peut se figurer comme une corde à plat, sans nœud. Une telle figuration implique chez le sujet une nouvelle économie de la jouissance, dans la mesure où le *a* coincé dans le nœud de trèfle se trouve libéré lors du déclenchement de la paranoïa. Nulle autonomisation des trois éléments de la structure subjective mais le

¹. *Idem.*

². Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 564.

³. Lacan J. « Le sinthome », séance du 16 décembre 1975, *op. cit.* p. 7.

⁴. *Idem.*

⁵. Skriabine P. « Clinique de la suppléance », *op. cit.*, p. 76.

surgissement dans le réel d'un postulat paranoïaque grâce auquel le réel se trouve pris en masse par le signifiant, générant la certitude d'une signification délirante. D'ailleurs, ce postulat apparaît comme un auto-traitement si l'on considère qu'il procède à un nouveau cadrage de la jouissance en opérant un nouveau nouage. L'hypothèse serait de considérer qu'il noue entre eux les trois registres continus tout en opérant un cadrage de la jouissance de sorte que « la certitude délirante se révèle inébranlable, imaginaire, symbolique et réel se prolongent l'un dans l'autre, la jouissance se prend à des formations imaginaires, ce qui rend possible des procédures d'homéostasie.¹» On comprend ainsi pourquoi d'une part le déclenchement des délires passionnels *dans leur forme pure* ne sont nullement, ou pour ainsi dire très peu accompagnés de phénomènes de délocalisation de la jouissance dans le corps, de troubles de la chaîne signifiante ressortissant de l'automatisme mental et d'autre part, ressortent essentiellement d'une forme brusque.

En enfin, il apparaît que la clinique borroméenne, en tant qu'elle est déterminée par la logique du réel, éclaire sensiblement la clinique différentielle des psychoses et partant leurs formes de déclenchements respectifs au sens symptomatique. Néanmoins, la question des modes cliniques d'entrée dans la psychose n'en est pas pour autant résolue, reste encore ouverte la question des variétés formelles diachroniques et de leurs liens à la notion de discontinuité.

2. Psychose hors déclenchement/ discontinuité subjective du déclenchement

Grâce à la clinique borroméenne, le concept de déclenchement de la psychose connaît un certain renouvellement du fait même d'une redéfinition du concept de structure. Ce dernier ne ressort dès lors plus exclusivement des conditions du symbolique n'étant plus foncièrement dépendant de la forclusion ou non du signifiant du Nom-du-Père. Désormais, il doit être étendu à la forclusion de la fonction paternelle dont celle du Nom-du-Père n'est qu'une variété. Référée à la structure borroméenne, le déclenchement de la psychose est appendu à la défaillance du quart élément qui opérait jusque-là le nouage borroméen. Les conséquences cliniques d'une telle défaillance peuvent aller de légères ou discrètes manifestations relatives aux registres impliqués dans le défaut de nouage, il s'agit alors d'une clinique *d'une psychose hors déclenchement* dite aussi non déclenchée, jusqu'à la psychose déclarée. L'enjeu étant de pouvoir cliniquement les différencier comme dans le cas du débranchement.

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père*, op. cit., p. 148.

Dans son article « L'hypothèse continuiste dans les psychoses », Serge Cottet adhère à la distinction déjà esquissée par J.-A Miller mais systématisée G. Morel entre l'entrée dans la psychose, Φ_0 et le déclenchement proprement dit, P_0 . A cet égard, Cottet écrit que « l'entrée se signale plutôt par des variations d'intensité dans le rapport du sujet à sa jouissance et qui ressortisse à l'imaginaire sans qu'une discontinuité signifiante se fasse jour, notamment en l'absence de troubles caractérisés du langage. Entre les ruptures, les déclenchements, les passages à l'acte existent bien des séries continues auxquelles on peut les confronter ¹ ». Par ailleurs, E. Laurent rappelait « l'importance de la formule employée dans *Télévision* par Lacan qui signale le cas où « le rejet de l'inconscient va jusqu'à la psychose. » Le déclenchement ne suffit plus dans sa discontinuité, nous avons à faire à des processus continus jusqu'aux structures sinthomales : jusqu'où y-a-t-il raboutage ou pas ?² ». La clinique différentielle classique entre psychose manifeste et psychose compensée, fondée sur la discontinuité signifiante, trouve-t-elle là ces limites qui conjoignent psychose clinique et continuité ? Ne s'agirait-il pas plutôt, le cas de Joyce étant exemplaire du *rejet de l'inconscient*, de la construction d'un sinthome c'est à dire d'une construction supplétive dans une clinique de la psychose hors-déclenchement, « car si Joyce est un psychotique, c'est un psychotique non déclenchée ³ ». Autrement dit, « par son art, Joyce réussit à boucher le trou de la forclusion paternelle, ce qui situe l'art de Joyce comme opérant avant le déclenchement ⁴ ». Et à Lacan de dire : « Dans le progrès continu de son art en effet, à savoir cette parole, parole qui vient à être écrite, de la briser, de la démantibuler, de faire qu'à la fin ce qui à le lire paraît un progrès continu, depuis l'effort qu'il faisait dans ses premiers essais critiques, puis ensuite dans le *Portrait de l'Artiste*, et enfin dans *Ulysse*, pour terminer par *Finnegan's Wake*, il est difficile de ne pas voir qu'un certain rapport à la parole lui est imposé de plus en plus imposé, au point qu'il finit par briser, dissoudre le langage même, par le décomposer, puisqu'il n'y a plus d'identité phonatoire ⁵ ». N'est-ce pas là, dans ce progrès continu en amont de la psychose déclenchée, un juste écho à l'hypothèse continuiste dans la psychose énoncée par Cottet ? Le travail de Joyce montre que loin d'être figée une fois pour toute, une suppléance peut évoluer dans un progrès continu de sorte que l'œuvre de Joyce ne se réduit pas à l'addition de ces écrits, une fonction supplémentaire doit y être adjointe comme Lacan l'a enseigné. Cette fonction est donc celle du nouage où l'enjeu de l'écriture aura été de parvenir

¹. Cottet S. « L'hypothèse continuiste dans les psychoses », *op. cit.*, pp. 14-15.

². Laurent É. « Réflexions sur l'Autisme », in *Bulletin du Groupe Petite Enfance, L'Autisme*, n°10, janvier 1997, p. 40-45, p. 40.

³. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*, p. 18.

⁴. *Idem*.

⁵. Lacan J. « Le sinthome », séance du 17 février 1976, in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n° 8, 1976, p. 17.

à élaborer « le trauma reçu de son rapport à la langue ¹» en se désabonnant de l'inconscient, en se passant du signifiant du Nom-du-Père. Comme le signale J.-A Miller, « chez Joyce on voit comment cette écriture lui a permis de se stabiliser. C'est son Nom-du-Père ²».

Qu'il n'y ait nulle discontinuité dans l'existence du sujet, pouvant évoquer le déclenchement, devrait inciter à supposer que le sujet se situe peut-être dans un travail supplétif en amont du déclenchement. Que le sujet dont la psychose s'est déclenchée depuis, puisse évoquer des troubles dans l'enfance ou à l'époque de la puberté, cela est fréquent. Et bien qu'il puisse témoigner d'une certaine continuité entre son présent et ces troubles antérieurs, ceux-ci sont décrits peu fréquents et de moindre intensité que ceux d'aujourd'hui au point que le sujet témoigne d'un avant et d'un après la bascule circonstancielle. Ainsi, en est-il pour *Sébastien* évoquant des phénomènes *a minima* et antérieurs au déclenchement : sensation d'être suivi, et pensée récurrente et même envahissante sur la mort. C'est à partir de la découverte au petit matin du corps inanimé de son père décédé durant la nuit et de celui, quelques jours après, d'une voisine suicidée, qu'il y a eu chez *Sébastien*, une forte augmentation de ces troubles. Celle-ci doit être appréhendée autrement que comme une simple progression graduée mais comme une bascule consécutive à ces deux découvertes. Est-ce ainsi que Sébastien l'explique. Depuis, il présente un automatisme mental absent auparavant avec quelques hallucinations verbales, dialogue et automatisme de la pensée dont il se fait le secrétaire sous forme de poèmes. A cet égard, F. Sauvagnat tire deux conséquences de l'analyse des travaux portant sur les troubles précoces psychotiques. Premièrement, « si certains veulent y voir une 'prédisposition génétique', il nous semble que ces résultats confirmeraient davantage l'hypothèse d'une structure psychotique particulièrement inapparente, mais attestée par divers troubles ». Deuxièmement, « si dans un certains nombre de cas, une intensité particulière des troubles est notable, les descriptions objectives se sont avérées incapables de mettre en évidence des signes univoques. Ceci donne un relief tout particulier aux travaux - phénoménologiques, psychanalytiques, essayant de mettre en évidence le vécu subjectif de ces patients ³». Position avec laquelle nous en sommes en accord et que nous essayons de faire valoir ici même.

Dans les années cinquante, comme nous l'avons déjà montré, la discontinuité du déclenchement de la psychose concerne foncièrement le champ de l'Autre si bien que l'on

¹. Miller J.-A. « Lacan avec Joyce », in *La revue de la cause freudienne*, février 1998, n°38, p. 7-20, p. 11.

². *Ibid.*, p. 19.

³. Sauvagnat F. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence. », p. 34.

puisse le rapporter à une discontinuité signifiante dont les manifestations se retrouvent dans la discontinuité de la pensée et du discours : barrage, troubles et arrêt du cours de la pensée, trouble de la parole. Le déclenchement est alors caractérisé comme le franchissement d'une limite, et partant, l'entrée dans la psychose apparaît comme la conséquence de ce franchissement ou dépassement du trou du symbolique. Cette discontinuité signifiante équivaut à une rupture de la chaîne signifiante ayant pour effet de provoquer l'irruption de signifiants dans le réel reçus par le sujet comme venant de l'Autre. La discontinuité est alors à situer en cette initiative de l'Autre et dans les phénomènes qu'elle provoque chez le sujet. A l'évidence, la détermination symbolique au sens de franchissement du trou dans le symbolique, n'apparaît plus suffisante dans le repérage du déclenchement d'une psychose clinique. La dimension de discontinuité signifiante se retrouvant également dans la clinique du débranchement de l'Autre. Il s'en déduit qu'une clinique moins centrée sur les troubles de la chaîne signifiante, et donc élargie, permet de reconnaître une expérience de discontinuité dans la façon d'être et les activités du sujet : une clinique centrée sur le témoignage d'une discontinuité subjective. Dans ce sens et d'après C. Soler, « la forclusion du Nom-du-Père [...] est un élément de causation supposé constant, tandis que les phénomènes eux, sont discontinus. ¹» Ces déclinaisons de la discontinuité du déclenchement déterminent un vécu subjectif de rupture et incitent à prendre en compte, notamment pour son repérage, les implications subjectives de ce franchissement ou bascule du sujet : « D'ordinaire le sujet ne s'y trompe pas qui repère le déclenchement comme un moment de bascule en son existence. Les phénomènes élémentaires qui témoignent d'une émergence du réel suscitée par une rupture de la chaîne signifiante, n'ont pas nécessairement en eux-mêmes un caractère de franchissement ²». Aussi, avec prudence, peut-on rapprocher le franchissement subjectif du déclenchement de la modification subjective définitoire de l'acte lacanien³, entre l'acte comme 'suicide du sujet' et la *mort du sujet* fréquente dans une clinique élargie du déclenchement de la psychose, si on fait mordre celle-ci sur P₁, J.-C Maleval situant celle-ci dans celle-là. Schreber n'est-il pas né *autre*, c'est à dire La femme de Dieu, après s'être vu mort dans la rubrique nécrologique de son journal par exemple, « sacrifice dynamique propre au travail du délire ⁴». En effet, le déclenchement générant un désastre imaginaire et la mort

¹. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, op. cit., p. 202.

². Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-père*, op. cit., p. 303.

³. Miller J.-A. « Remarques sur le concept de passage à l'acte de Jacques Lacan », op. cit., p. 52. Mais aussi In *Le Conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses* [1996], op. cit., p. 109. L'auteur y pose l'équivalence : « acte = mort du sujet »

⁴. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 154. Nous comprenons ainsi l'analyse de 'la mort du sujet' par l'auteur : fréquente lors de Po, elle témoigne du travail du délire opéré par le sujet, et se poursuit au point de devenir inhérente à P₁, lorsque le sujet y parvient.

du sujet ne sont pas toujours simultanés, comme chez Schreber. La mort du sujet apparaissant d'ailleurs comme une solution de sortie, une « issue » à ce désastre d'après É. Laurent¹. En outre, il nous semble que la thèse du dénouage des éléments de la structure subjective illustre, malgré la présence d'une symptomatologie antécédente, cette discontinuité introduisant une temporalité subjective discontinue entre un avant et un après déclenchement que le sujet rapporte selon les cas, à un événement, à une date etc., localisant ainsi quelques coordonnées de la rupture de sa position subjective. Aussi, il nous paraît nécessaire de conserver entre d'une part la psychose hors déclenchement, éclairée par ses modes de suppléances et à l'occasion les indices du défaut de nouage et d'autre part les modalités curatives ou autothérapeutiques, tout le prix de la rupture du nouage de la structure subjective. C'est d'ailleurs à ces dernières que nous allons à présent nous intéresser afin d'en montrer les connexions subjectives avec la clinique du déclenchement. Mais avant soulignons qu'à trop rapporter d'une part la discontinuité à clinique de la forclusion du Nom-du-Père des années 50 et d'autre part la continuité à la clinique borroméenne, le risque est comme le pressent J.-A. Miller de finir « comme dans les voyages de Gulliver gros bout contre petit bout, les continuistes contre les discontinuistes. » Bien plutôt « le seul point vraiment intéressant est pratique : comment faire pour que l'évolution d'un sujet soit plutôt continue que discontinue, c'est à dire lui éviter les crises, les déclenchements, les scansions ? ²»

¹. Laurent E. In *Le Conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses* [1996], *op. cit.*, p. 105.

². Miller J.-A. In *La conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclassables de la clinique* [1997], *op. cit.*, p. 165.

III. Les modes auto-thérapeutiques de l'expérience initiale et des troubles fondamentaux

L'expérience inaugurale de la psychose est fondamentalement une expérience subjective se rapportant à un éprouvé du sujet que nous avons, à la suite de J.-C. Maleval, qualifié de *perplexité angoissée initiale* et dont il est vital pour le sujet de se dégager. Parmi les différentes évolutions possibles de l'entrée dans la psychose, il en est une qui se distingue particulièrement. En effet, certains sujets ayant fait l'épreuve du trou dans l'Autre ressortissant d'une carence de la fonction paternelle générant chez eux un malaise moral et subséquemment des troubles de la chaîne signifiante et une dérégulation de l'économie de la jouissance, peuvent rapidement sortir de cette expérience. Que l'on puisse évoquer une *restitutio ad integrum* est historiquement attesté sous les espèces de certaines bouffées délirantes aiguës. Cependant, autant l'évolution appelée à tort *spontanée* d'un certain nombre de ces cas tend à une disparition notable sinon totale des troubles psychopathologiques autant la majorité des cas empruntent d'autres évolutions où précisément la dimension subjective doit être soulignée dans ses effets auto-thérapeutiques ou d'« auto-traitement ¹».

A travers l'histoire de la psychopathologie, deux modes cliniques de défense contre cette expérience du réel ont été traditionnellement et électivement décrits, - les délires chroniques dont Lantéri-Laura nous dit qu'une telle locution « désigne un genre aux espèces nombreuses, schizophrénie divisée en trois ou quatre formes cliniques, paraphrénie disposant de quatre épithètes [expansive, systématique, confabulante, fantastique], paranoïa également subdivisée ²» - et les passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. En tant que réalité psychopathologique, ces deux modes ont été diversement appréhendés tant au niveau clinique que conceptuel. Si le promoteur de la théorie de la psychose naissante les reprend explicitement, il les décline cependant d'une part en sorties partielles ou totales sous les espèces des formes nosographiquement connues du délire, et d'autre part, en modes de sorties radicales dans lesquels il inclut aux côtés des passages à l'acte la position mélancolique. De même, la clinique psychanalytique corrélée au paradigme du déclenchement de la psychose avait déjà reconduit ces modes de sorties du trouble inaugural de l'entrée dans la psychose.

¹. Soler C. « Le travail de la psychose » [1988], in *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, op. cit., p. 188. Certains ont pu évoquer également le terme de *solution* à condition de préciser qu'il s'agit d'une *solution subjective*, c'est à dire à l'initiative et par le sujet.

². Lantéri-Laura G. « La chronicité en psychiatrie moderne » [1972], in *La chronicité en psychiatrie*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997, p. 29.

Toutefois, Freud avait opéré une rupture épistémologique en proposant une nouvelle conceptualité du délire, sa thèse consistant à penser celui-ci comme une tentative d'auto-thérapie. Reconduisant dans son séminaire sur les psychoses¹, la thèse freudienne de la valeur défensive de la psychose clinique, Lacan instigua l'idée d'une « échelle des délires ²» repris par Colette Soler sous les espèces d'un « procès de significantisation ³» ainsi que le souligne J.-C Maleval auquel il est revenu le soin d'en montrer la *logique*. De sorte que le passage de l'énigme à une construction délirante ressort d'un travail subjectif de significantisation puis de localisation dans l'Autre de la jouissance par le sujet avant qu'il ne consente à celle-ci. A propos des passages à l'acte dont l'on sait la place tenue dans le corpus lacanien, et ce dès sa thèse de médecine, il s'agira de dégager et de faire valoir une logique relative à la non-extraction de l'objet a c'est-à-dire d'une tentative auto-thérapeutique d'opérer une castration dans le réel.

En outre, la clinique psychanalytique promeut de nouveaux modes de traitement notamment en proposant de considérer certains tableaux cliniques comme des tentatives *subjectives* de parer à l'angoissante perplexité initiale et aux troubles fondamentaux corrélés à Po. Dans ce sens, elle fait valoir que les états schizophréniques [catatonie, hétérophrénie, ironie du schizophrène, etc.] peuvent être conçus comme des stratégies du sujet pour se défendre contre ces troubles. De même, une clinique centrée sur le réel en référence à la clinique borroméenne développée par Lacan dans les années 70, a permis d'éclairer les modalités de suppléance « curative ⁴», et plus largement les inventions psychotiques nullement exclusives entre elles, la construction délirante pouvant être associée à ces autres types de défense, création artistiques ou théoriques etc.

Clairement notre démarche visant à soutenir la thèse analytique de ces tentatives auto-thérapeutiques du sujet s'accorde avec celle de J.-C Maleval lorsqu'il s'agissait pour lui « de montrer la fécondité d'un rapprochement entre la clinique formelle et la clinique des effets de création du sujet ⁵».

¹. Lacan J. *Le séminaire. Les psychoses*, op. cit., p. 227-228.

². *Ibid.*, p. 89.

³. C. Soler citée par Maleval J.-C. In *Logique du délire*, op. cit., p. 14.

⁴. Ménard A. « Clinique de la stabilisation psychotique », op. cit., p. 14. L'auteur y distingue en effet les suppléances préventives des curatives de la psychose clinique.

⁵. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 2.

III-1. Deux modalités de positions subjectives dans les états schizophréniques

Certains *aménagements de la position schizophrénique* peuvent être considérés comme une modalité de traitement de la perplexité angoissante initiale. Regroupant sous cette appellation, les espèces psychiatriques de la catatonie et de l'hébéphrénie J.-C Maleval soutient que non seulement « les syndromes hébéphréniques et catatoniques sont nettement corrélés à Po ¹ » mais également que ces aménagements permettent au sujet de se défendre contre le réel rencontré lors de l'entrée dans la psychose. En effet, si certains sujets réussissent grâce à un travail signifiant à tempérer la jouissance, d'autres désinvestissent le monde et ses objets. Le retrait de la libido dès lors maintenue sur le sujet et non réinvestie dans un autre objet ou dans la construction d'une *pièce* selon la métaphore freudienne du délire procède avec une efficacité plus accentuée que dans la paranoïa écrivait Freud à Jung en 1909 : « Dans la véritable paranoïa, le rétablissement de l'auto-érotisme a tout à fait échoué, la libido retourne peut être pleinement à l'objet ; mais bien entendu dénaturée et transformée, car on ne peut défaire le détachement de la libido qui s'est effectué. Je pense donc ainsi : dans tous les cas : refoulement par détachement de la libido. a) réussite de ce dernier, auto-érotisme dans la simple dém.pr. b) échec de ce dernier, rétablissement total de l'investissement libidineux, mais après projection et transformation –paranoïa typique c) échec partiel –tentative de compensation –fausse hystérie –combat avec issue dans un auto-érotisme partiel –formes intermédiaires, dem.pr. paranoïde.² » Pour Freud, le retrait de la libido et son investissement auto-érotique dans la schizophrénie constituent une solution radicale par laquelle le sujet réussit là où le paranoïaque échoue. Quant à elle, la thèse lacanienne reconduit cette clinique différentielle freudienne en la renouvelant cependant dans la mesure où comme le rappelle J.A Miller, le sujet dit-schizophrène « est le seul sujet à ne pas se défendre du réel au moyen du symbolique, comme nous faisons tous quand nous ne sommes pas schizophrènes. Il ne se défend pas du réel par le langage, parce que pour lui le symbolique est réel. ³ » Dès lors, on comprend les difficultés de certains sujets dits schizophrènes à mobiliser le signifiant afin de construire une énigme. Partant, n'oublions que pour Freud la modalité visant à figer la pensée et le corps possède bien plus de chance d'être efficace dans son rôle de défense que la mobilisation signifiante. Toutefois, une telle défense peut s'avérer transitoire comme dans

¹. *Ibid.*, p. 136.

². Freud. S-Jung C.G. *Correspondance 1906-1909, I*, lettre 122F du 26/12/1908, *op. cit.*, p. 262.

³. Miller J.-A. « Clinique ironique », *op. cit.*, p. 7.

l'observation de Mélanie et dans le cas de Schreber. D'ailleurs, A. Lysy-Stevens localise ses «phénomènes catatoniques [...] à la même place que ceux de Schreber, comme effet donc de l'élosion du phallus sous la forme d'une régression au stade du miroir ¹». Ainsi que le rappelle l'auteur, Schreber « s'est trouvé lui aussi dans un état de stupeur catatonique pendant à peu près les deux années qui ont suivi le déclenchement ²» et ce n'est que dans ses *Mémoires*, soit sept ans plus tard, qu'il procédera au témoignage sur cette période douloureuse de son existence. Aussi les phénomènes catatoniques peuvent être conçus comme des tentatives de traitement subjectif au sens de « tentatives de solutions imaginaires à l'élosion du phallus ³», et plus fondamentalement de Po, plus ou moins durables.

Il en ressort « que dans le syndrome catatonique le désinvestissement du langage et de la pensée coupe court à toute possibilité de faire advenir la perplexité angoissante tandis que se libère une jouissance du corps immaîtrisable. ⁴» Il peut être appréhendé comme une réponse du sujet à la rencontre de la béance symbolique de l'Autre. Se dévoile alors la carence de la fonction paternelle qui aurait dû permettre une connexion du signifiant phallique à l'objet que vient incarner le sujet catatonique dans la clinique.

Parmi les aménagements possibles de la position subjective du schizophrène, il en est une que le discours psychiatrique a repéré sous les espèces de l'hébéphrénie, ces sujets se démarquant par un certain usage de l'ironie et présentant un maniérisme⁵. L'ironie schizophrénique, à bien distinguer de tout humour, tient à l'inconsistance de l'Autre dont souffre le sujet et qu'il dénonce, selon J.-A Miller : « l'ironie infernale du schizophrène, celle dont il fait une arme qui, dit Lacan, porte à la racine de toute relation sociale ⁶». A la différence de l'humour dont Freud a montré les liens avec le surmoi et qui se réalise dans un trio placé au lieu de l'Autre, l'ironie « au contraire n'est pas de l'Autre, elle est du sujet, et elle va contre l'Autre. Que dit l'ironie ? Elle dit que l'Autre n'existe pas, que le lien social est en son fond une escroquerie, qu'il n'y a pas de discours qui ne soit du semblant ⁷». Sébastien dont la psychose clinique s'est déclenchée à la suite du suicide de son père dont il a découvert le cadavre, fait l'apologie du suicide à tel point qu'à plusieurs reprises le médecin de l'hôpital de jour a dû intervenir pour lui signifier l'insupportable de ces propos. Décrivant à qui veut

¹. Lysy-Stevens A. « Articulations cliniques de $\Phi\sigma$ », *op. cit.*, p. 31.

². *Ibid.*, p. 29.

³. *Ibid.*, p. 27.

⁴. Maleval J.-C. *Logique du délire*, *op. cit.*, p. 127.

⁵. Viillard A. « Introduction à la traduction du texte de Hecker sur l'hébéphrénie », in *L'Évolution psychiatrique*, 50, 2, 1985, p. 317-323.

⁶. Miller J.-A. « Clinique ironique », *op. cit.*, p. 7.

⁷. *Idem.*

l'entendre les modalités de se suicider et sa jouissance à voir les morts au journal télévisé, mais aussi dans les films de fictions qui le font rire, il crée un insupportable chez les autres patients et soignants: aussi il manifeste la définition lacanienne de la clinique « le réel en tant qu'il est l'impossible à supporter ¹». En outre, il n'est pas avare de flèches ironiques à l'encontre de son psychiatre, qui tient avec lui une position de maître.

Une certaine hétérogénéité est à constater dans ces aménagements, certains sujets pouvant également entrer dans une voie bien plus longue mobilisant un travail subjectif de longue haleine, la construction délirante. Il est indéniable que « le schizophrène peut mettre en œuvre des mécanismes auto-thérapeutiques subjectivement efficaces » tel que « le délire paraphrénique [qui] constitue le plus spectaculaire d'entre eux. [...] Mais avant, précisons qu'il en est d'autres, poursuit Maleval, qui conduisent à des stabilisations sur un mode névrotique ou en recourant à des mécanismes spécifiques tels que le fonctionnement 'comme si' ²» sur lesquels Henri Grivois reste muet.

III-2. Cliniques du délire

Toute recherche centrée sur l'entrée dans la psychose et les initiatives auto-thérapeutiques du sujet implique de s'intéresser assez précisément au concept de délire. Bien qu'il ne soit pas la seule évolution possible de la perplexité ou du trouble initial ni même celle majoritaire à en croire les études³, il en constitue néanmoins une des formes les plus cliniquement marquées et historiquement étudiées. A cet égard, indéniablement, la volonté de dégager « des constantes qui conditionneraient les idées délirantes s'affirme dès le milieu du XIX^e siècle ⁴», et depuis lors, deux grands courants de pensée, toujours actuels, s'affrontent dans le dégagement d'une *logique du délire*. Si le premier, dont Moreau de Tours⁵ est l'un des plus importants promoteurs, réfère le délire au modèle du rêve, et, ce faisant, le définit comme « changeant et variable ⁶», le second, au contraire tente de « cerner les délires par un mode

¹. D'après M. Czermak, Lacan aurait employé cette formule dans un écrit. In « Ouverture de la Section clinique », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°9, avril 1977, p. 7-15, p. 13. J.-A Miller donne la version « le réel comme l'impossible à supporter ». In « Clinique ironique », *op. cit.*, p. 12.

². Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *op. cit.*, p. 79.

³. Cf. *supra.*, p. 356

⁴. Maleval J.-C. *Logique du délire*, *op. cit.*, p. 15.

⁵. Moreau de Tours J.-J. *Du haschich et de l'aliénation mentale* [1845], *op. cit.* Mais aussi « De l'identité de l'état de rêve et de la folie », *op. cit.*

⁶. Maleval J.-C. *Logique du délire*, *op. cit.*, p. 15.

d'évolution interne qui lui soit propre ¹». A l'intérieur de cette conception dynamique du délire, il nous semble que deux approches s'imposent, - l'une référée à une hypothétique évolution naturelle du délire très souvent associée à une psychologie de la conscience et des facultés à laquelle participe la raison en tant qu'agent organisateur du délire. On trouve ses instigateurs parmi les classiques tels Lasègue, et ses continuateurs parmi les modernes tels Clérambault - l'autre, native de la lecture freudienne des *Mémoires d'un névropathe* à propos desquelles Freud fera valoir sa thèse de la fonction auto-thérapeutique du délire. A la suite de Freud et de Lacan, J.-C Maleval considère que le déclenchement de la psychose clinique comme une défense psychotique affirmant que « Lacan ne variera pas à considérer que les défenses de la psychose clinique doivent intervenir quand se découvre la carence paternelle ²» lors de la rencontre inaugurale. La portée heuristique de cette assertion se trouvera confirmée dans l'enseignement de Lacan lorsque celui-ci rapportera la clinique schréberienne au « déclenchement des phases du délire ³» ou « échelle des délires ⁴». De sorte que lorsqu'il constitue la voie empruntée par le sujet, le délire représente de façon saisissante et démonstrative une réalité psychopathologique soumise à l'élaboration et à l'acceptation de ce qui avait été primitivement forclus du symbolique par le sujet. Au reste, loin de s'exclure mutuellement, ces deux approches dynamiques du délire ont trouvé, grâce à J.-C Maleval, à être réunies dans « une temporalité logique du délire ⁵» où les quatre périodes du délire chronique sont corrélées à « une évolution dans le rapport du sujet à la jouissance ⁶» et ce grâce à un travail conjoignant création subjective et ressources signifiantes. En cela, le délire doit être considéré comme un mode de suppléance à la carence de la fonction paternelle dont nous verrons plus avant d'autres occurrences cliniques. Aussi, le délire au sens freudien s'oppose à son approche aliéniste, les aliénistes tenaient fondamentalement le délire pour une erreur à éradiquer plus ou moins rapidement, qu'il s'agisse de Pinel, d'Esquirol, de Georget, ou bien encore de Leuret. Cette tradition profondément ancrée dans la plupart des théories psychopathologiques prévalentes fut relayée au XX^e siècle, quoique parfois modifiée, quant à l'objet sur lequel porte l'erreur perception et/ou jugement, par des figures majeures dont H. Ey. Ajoutons également à ces deux perspectives traditionnelles fondées sur un couple d'antonymes, une troisième, sans toutefois la développer. Elle se rapporte à une hypothétique

¹ *Idem.*

² Maleval J.-C. « Le déclenchement de la psychose lors de la période post-pubertaire », *op. cit.*, p. 21.

³ Lacan J. *Le séminaire. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 56.

⁴ *Ibid.*, p. 89.

⁵ Maleval J.-C. « La temporalité logique du délire », in *L'inconscient ignore-t-il le temps ?* (sous la dir. de Laurent Ottavi), Rennes, Presses Universitaire de Rennes, 1997, p. 153-163.

⁶ *Ibid.*, p. 154.

unité du délire dans l'histoire de la psychiatrie moderne française, avancée par Lantéri-Laura¹.

Mais tout d'abord, commençons par l'examen de l'approche grivoisienne qui nous permettra de mettre en évidence son approche réductionniste du délire dont il faut bien reconnaître qu'elle n'est pas originale. En effet, par certains aspects et à des degrés divers, les aliénistes pouvaient le cas échéant la promouvoir, tel François Leuret. Cette approche a connu un nouvel essor thérapeutique et idéologique à la suite de découvertes psychopharmacologiques au milieu du XX^e siècle.

1. Les formes du délire et la théorie de la psychose naissante

Le fondateur de la théorie de la psychose naissante considère que si le délire est « une suite logique² » à la polarisation centrale de la psychose naissante, il n'est qu'un piètre succédané de la guérison pourtant plus qu'improbable : « A défaut de guérison, on fait du délire une évolution souhaitable, une sorte de cicatrice salutaire de la psychose. Le praticien tombe dans ce piège dès qu'il engage le patient à fabriquer son propre mythe. Selon qu'on est freudien, girardien, cognitiviste ou autre, on reliera alors le patient à une histoire passée.³ ». De plus, il laisse entendre que l'instigation de la construction du délire, d'un mythe personnel, ressortirait du praticien ayant contact avec le sujet et non de celui-ci, déniait ainsi toute initiative personnelle au sujet. En psychanalyse, la notion de mythe personnel se rapporte davantage, et même exclusivement, à la névrose. Ainsi peut-on lire sous la plume de Freud : « j'ai [...] le soupçon que le noyau du mythe est le même que celui de la névrose.⁴ ». Quant à Lacan, il reconduit la position du fondateur à travers le « Mythe individuel du névrosé⁵ ». Aussi, peut-on s'interroger sur l'approche grivoisienne du délire par la notion de mythe.

A la question cruciale, qu'est-ce qui succède à la psychose naissante ? Grivois répond : « cet homme, après quelques jours d'hospitalisation, de sommeil, de chimiothérapie, va s'orienter vers une des psychoses nosographiques connues. Il peut aussi bien retrouver le lien antérieur avec les autres et sortir indemne de cette psychose naissante, mais abasourdi et déprimé. Le plus souvent il n'en sort que partiellement ; ne prenant aucune distance avec

¹. Lantéri-Laura G. « L'unicité de la notion de délire dans la psychiatrie française moderne », in *Psychose naissante, psychose unique ?*, (sous la dir. d'Henri Grivois), Paris, Masson, 1991, p. 5-21.

². Grivois H. *Urgence folie*, *op. cit.*, p. 50.

³. Grivois H. « Le point aveugle des psychoses », *op. cit.*, p. 71.

⁴. Freud. S-Jung C.G. *Correspondance 1906-1909, I*, lettre 106F du 13/08/1908, *op. cit.*, p. 237.

⁵. Lacan J. « Le mythe individuel du névrosé », *op. cit.*, p. 290-307.

l'expérience centrale, il s'épuise et se dissocie¹». Il ressort clairement de ses propos que selon Grivois deux alternatives s'offrent au psychotique naissant, soit la sortie de la psychose naissante, dans ce cas-là on peut déduire des propos de Grivois qu'il s'agit d'une sorte de guérison, de retour aux liens antérieurs évoquant la *restitutio ad integrum* de la bouffée délirante, soit l'entrée dans le délire chronique et ses formes connues et décrites dans la nosographie. On peut estimer qu'une telle bipartition recèle tout aussi bien un excès d'optimisme qu'un excès de pessimisme. Grivois semble corréler la psychose naissante à un fort potentiel de guérison au sens proprement médical du terme, entendu comme retour à l'état antérieur ; et à ce titre on peut trouver, à la suite de Pierre-Henri Castel² qu'il fait preuve d'un optimisme exagéré. En ce sens, les études épidémiologiques que nous avons déjà évoquées ne permettent pas d'arguer une telle propension à la *guérison*. A cet égard, elles montrent également que la majorité des cas se situent dans une clinique entre ces deux extrêmes. En revanche, Grivois dévalue nettement le passage de la psychose naissante aux délires chroniques, ne percevant pas la clinique singulière du cas par cas au-delà de la dimension anonyme et formelle du délire : « le délire est une solution, c'est la solution officielle, mais c'est un échec qui laissera souvent de funestes cicatrices. Ensemble, patients et psychiatres quittent ainsi, bras dessus bras dessous, la folie et son austère et universelle vérité psychotique pour de petits mensonges délirants. » Grivois poursuit, toujours aussi acerbe envers la psychanalyse et les psychanalystes, « dès que ces patients recouvrent la parole, qu'en fait-on ? On les confie aux psychanalystes comme des névrosés ou des gens normaux. Obscure lucidité³» mais surtout véritable méconnaissance de sa part.

Dès 1991, Henri Grivois décrit la psychose naissante en quatre phases et désigne comme suit la dernière : « fin de la psychose naissante et entrée en nosographie ». Deux points semblent définir cette ultime phase. D'une part « le patient devient reconnaissable, véritable processus d'hominisation » et d'autre part « sortie totale ou partielle de la centralité et reconstruction d'un lien social, stable, normal ou pathologique ». A ce processus d'hominisation, dont nous rappelons la définition du *Nouveau petit Robert*, « ensemble des processus évolutifs, physiques, physiologiques et psychiques qui caractérisent le passage du primate à l'homme⁴», nous pouvons opposer une logique des positions subjectives. En quoi le sujet entrant dans la psychose peut-il bien être comparé à un primate ? Si Grivois avait parlé d'humanisation, nos positions auraient pu concorder considérant que le sujet entrant

¹. Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 852.

². Castel P.-H. « Comment peut-on 'être agi' ? L'hypothèse Grivois-Proust-Jeanerod », *op. cit.*

³. Grivois H. *Parler avec les fous*, *op. cit.*, p. 117.

⁴. Article « Hominisation » in *Le Nouveau Petit Robert*, Dictionnaires Le Robert, Paris, 1993, p. 1096.

dans la psychose va effectivement devoir rendre plus supportable pour lui le Réel auquel il se trouve confronté, et ce, par des moyens ressortant de la réalité humaine. On doit dès lors souligner la profonde divergence entre le *sujet grivoisien* et le *sujet lacanien*¹.

Grivois adhère à une certaine tradition psychiatrique dominante de nos jours considérant qu'il faille mettre en échec le délire c'est-à-dire l'empêcher d'assurer sa fonction défensive de l'expérience primaire. Si nous verrons plus avant les arguments de Grivois soutenant sa pratique visant à empêcher le traitement subjectif de l'expérience primaire par le délire, nous pouvons dès à présent aborder la thèse grivoisienne dans laquelle le délire est conçu comme secondaire à l'expérience primaire : « l'essentiel est précisément d'empêcher la cristallisation [cognitive] des thèmes ² ». Pour Grivois, le psychotique naissant est amené à émettre des hypothèses sur ce qui lui arrive, hypothèses qui sont donc à situer dans une perspective seconde en ce sens qu'elles succèdent à l'expérience primaire. Aussi, elles en sont une tentative d'explication. Ce faisant Grivois adhère à une certaine tradition psychiatrique consistant à considérer le délire comme secondaire aux troubles initiaux et procédant de la raison du sujet. Ainsi, dans la perspective clérambaltienne, reconduisant en quelque sorte le schéma explicatif postuler par Lasègue en 1852, le délire de persécution dérivant souvent du « fait primordial ³ » clérambaltien qu'est l'automatisme mental, ne doit sa désignation qu'à la « construction intellectuelle secondaire ⁴ ». Sans conteste, Grivois ne prend pas en compte la fonction auto-thérapeutique du délire établit pourtant depuis Freud, ce qu'avait déjà souligné J.-C Maleval⁵. En réalité, ce refus est double dans la mesure où il néglige les travaux sur le délire chronique de J.-P Falret et de Magnan. A ne considérer qu'exclusivement les cas d'entrée dans la psychose où le sujet reste à un stade Po, Grivois oublie la majeure partie de la réalité clinique. Aussi, on peut considérer qu'Henri Grivois opère une distinction très nette entre la psychose naissante et la forme clinique du délire qui lui succède, arguant de l'absence d'une continuité entre les deux. Hors la clinique montre une réelle connexion entre ces deux temps au point de pouvoir les qualifier de temps *logiques*. Lacan a montré dans son analyse du cas Schreber, à la suite de celle de Freud, la réelle corrélation entre les premiers phénomènes, précisément le phénomène élémentaire « qu'il serait beau d'être une femme en train de subir l'accouplement » et tout le travail du délire auquel Schreber a procédé. Pour être

1. Précisons juste que la théorie du sujet dans l'enseignement de Lacan a connu quelques évolutions conceptuelles.

2. Grivois H. « Psychose naissante une ascèse catastrophique », *op. cit.*, p. 143.

3. Clérambault. « Automatisme mental et scission du moi » [1920], in *Ecrits psychiatriques, op. cit.*, p 464.

4. *Idem*.

5. Maleval J.-C. *Logique du délire, op. cit.*, p. 131.

précis, Lacan a montré les liens entre d'une part ce qui avait été primitivement refusé par le Président Schreber, et surgissant à l'âge adulte sous la forme du phénomène élémentaire et d'autre part tout le travail du délire visant à accepter ce qui avait été refusé dans le symbolique. Son travail l'amènera à consentir à être La femme de Dieu et donc à incarner dans le réel une position d'exception logique. On peut ainsi dégager de la chronicité du délire un travail du sujet, mené seul, visant à se défendre du réel surgit à l'occasion du déclenchement de la psychose et par conséquent à se défendre de la béance de l'Autre. J.-C Maleval dans une reprise des travaux de la psychiatrie classique portant sur le délire chronique a réaffirmé cette temporalité en la qualifiant même de *logique du délire*. Nous y reviendrons sous peu. Mais insistons : si l'hypothèse du déclenchement de la psychose fait valoir que l'entrée dans la psychose est l'expérience même d'une discontinuité c'est-à-dire d'une réelle rupture dans la structure corrélée à un vécu subjectif de bascule, elle ne soutient pas qu'une seconde discontinuité de ce type intervient après le déclenchement. La ligne d'Occam sépare un avant d'un après le déclenchement dans la mesure où ce qui lui succède, lui est logiquement consécutif. A trop vouloir étudier les débuts de la psychose, Grivois sépare le temps de la psychose naissante et le temps du délire, et ce faisant, en oublie les raccordements subjectifs. Le délire n'est pas uniquement consécutif dans le temps à l'entrée dans la psychose, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas simplement raccordés par une juxtaposition chronologique, l'un à la suite de l'autre, mais le délire est raccordé à l'entrée dans la psychose par un raccord logique d'auto-thérapie. On pourrait à ce propos mettre en parallèle cette coupure-isolement du délire opérée par Grivois avec l'isolement de toute approche explicative de la psychose naissante pour en déduire une volonté excessive de sa part de couper cette séquence de tout schéma ou tradition ou même de temporalité clinique afin de lui conférer un statut d'originalité qu'elle n'a pas. D'ailleurs, est-il si certifié que dans l'histoire de la psychiatrie l'étude de la chronicité ait été préférée à l'entrée dans la psychose ainsi que le soutient Grivois ? Pas si sûr. Il nous semble même que c'est lorsque les auteurs se sont vraiment intéressés à l'évolution de la marche de la maladie qu'ils se sont intéressés aux débuts de la psychose, au trouble générateur à une certaine logique de l'évolution comme Lasègue et même avant lui à Moreau de Tours chez lequel on trouve déjà la notion d'un « fait primitif générateur de tous les phénomènes du délire ¹ » à savoir *l'excitation maniaque*. Nous soutiendrons plus volontiers que ces deux aspects de la psychose ont été conjointement étudiés à une certaine époque. Si, à partir du milieu du XIX^e siècle, une approche psychopathologique des entités cliniques autonomes prédomine au sein de la psychiatrie au

¹. Moreau de Tours J.-J. *Du haschich et de l'aliénation mentale* [1845], *op. cit.*, p. 98.

point de la caractériser comme paradigme des maladies mentales, selon Lantéri-Laura, ces auteurs n'ont nullement négligé les débuts de la folie. En outre, il est tout à fait erroné de réduire, comme le fait implicitement Grivois, l'œuvre pinellienne à la dimension aiguë de la folie. Pinel n'assurait-il pas déjà que « la maladie doit être considérée, non comme un tableau sans cesse mobile, comme un assemblage incohérent d'affections renaissantes qu'il faut sans cesse combattre par des remèdes, mais comme un tout indivisible depuis son début jusqu'à sa terminaison, un ensemble régulier de symptômes caractéristiques et une succession de périodes avec une tendance de la nature le plus souvent favorable et quelque fois funeste ¹».

Autre réserve méritant d'être formulée : Grivois n'apporte aucune précision sur la détermination clinique de telle ou telle forme nosographique du délire. Il n'élucide aucunement les raisons pour lesquelles tel sujet développera telle forme délirante plutôt que telle autre. On peut supposer au regard de ces écrits que cela ne l'intéresse pas dans la mesure où il n'y suppose nullement une dimension subjective. Mais également, il convient de souligner que manifestement la séquence de la psychose naissante ne prévoit nullement la clinique du champ passionnel de la psychose. Non seulement, il n'existe nul trouble du mimétisme, nulle centralité ni indifférenciation subjective, nulle manie sans délire dans le tableau clinique des psychoses passionnelles tout au moins dans leurs formes pures, mais au surplus, la théorie de la psychose serait incapable d'en rendre compte d'un point de vue psychopathologique. Ainsi, il appert que la notion de psychose naissante décrite par Grivois est relativement restrictive, et donc invalidée dans sa portée totalisante, comme son auteur le prétendait.

2. Fonction auto-thérapeutique et logique du délire

Si Freud initia un rapprochement entre son approche subjective du symptôme et les formes délirantes de la psychose, formulant au passage sa thèse novatrice de la fonction auto-thérapeutique du délire, il fallu attendre que J.-C Maleval, prenant également appui sur l'enseignement de Lacan, opère une relecture du classique délire chronique afin de montrer que sa temporalité est déterminée par l'évolution de la position subjective à l'égard de la jouissance. De cet effort subjectif, des effets de pacification tout à fait appréciables pour le sujet peuvent advenir. Dans ce sens, les critères évaluateurs de l'amélioration de l'état du

¹. Pinel P. *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine* [1803], *op. cit.*, p. VII.

sujet délirant divergent que l'on se place du point de vue pharmaco-symptomatologique, ou du point de vue subjectif : « Il faut donc souligner qu'il y a peu de parallélisme entre les symptômes psychotiques et l'adaptation sociale. Celle-ci peut être bonne malgré la présence de troubles psychiques importants, tels que délire et hallucinations. ¹» Réside là l'un des fondements de l'héritage freudien dont la portée subversive tend à s'accroître face au discours qui prédominant de nos jours et qui s'apparente à celui du *maître*. Enfin, il convient souligner qu'invariablement la thèse freudienne et l'enseignement lacanien établissent des connexions structurales entre les troubles inauguraux et l'évolution délirante.

2-1. *La thèse freudienne de la fonction auto-thérapeutique du délire*

Sans conteste, l'investigation freudienne des *Mémoires d'un névropathe* de Schreber fut décisive à plus d'un titre pour son approche des psychoses et plus largement pour la psychanalyse. Le geste crucial du fondateur de la psychanalyse fut d'introduire la dimension subjective dans cet écrit. Éric Laurent, à la suite de Lacan, souligne qu'il y « introduit le sujet comme tel [...] le sujet freudien, le sujet de l'inconscient ²» En d'autre terme, Freud y décèle une logique de l'inconscient relativement différente de la logique du symptôme dans la structure névrotique mais dont il a cependant du mal à rendre compte par des concepts précis et spécifiques. Toutefois, la thèse qu'il formule à cette occasion fait rupture avec toutes les conceptions psychiatriques du délire élaborées jusque là puisqu'il lui reconnaît une fonction psychique de défense. Grâce à la construction de son délire, le sujet va tenter d'intégrer ce qu'il avait primitivement refusé.

C'est en conformité avec sa thèse de 1894 où Freud notait que la représentation inconciliable devenait le thème du délire, que Freud aborde la clinique du président Schreber : « Une vive résistance à ce fantasme s'éleva en Schreber, émanant de l'ensemble de sa personnalité, et la lutte défensive qui s'ensuivit – lutte qui eût peut-être pu tout aussi bien revêtir une autre forme – adapta, pour des raisons inconnues de nous, la forme d'un délire de persécution ³». De plus, Freud constate que « celui dont il avait la nostalgie devient alors son persécuteur, le fond même du fantasme de désir devint le contenu de la persécution ⁴». De sorte que la maladie de Schreber se rapporte fondamentalement à une lutte psychique : « Si

¹. Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *op. cit.*, p. 79.

². Laurent E. « Le sujet psychotique écrit... », *op. cit.*, p. 114.

³. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », *op. cit.*, p. 295.

⁴. *Ibid.*, p. 295.

nous nous rappelons le rêve qu'avait eu le patient pendant l'incubation de sa maladie, avant son installation à Dresde, il devient tout à fait évident que l'idée délirante d'être changé en femme n'est que la réalisation de ce rêve. Il s'était alors insurgé contre ce rêve avec une indignation toute virile ; de même il commença par se défendre contre sa réalisation pendant sa maladie...¹». Aussi l'on peut avec J.-C Maleval considérer que « dans le cadre de l'approche freudienne, l'évolution du délire s'analyse en termes de résolution d'un conflit » de sorte que le travail du délire opéré par Schreber « apparaît à son terme avoir consisté pour l'essentiel à rendre supportable la féminisation²».

L'analyse freudienne du témoignage de Schreber l'amène à postuler que « le paranoïaque rebâtit l'univers, non pas à la vérité plus splendide, mais du moins tel qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le rebâtit au moyen de son travail délirant. Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction³». Notons que Freud emploie le terme de tentative. Une telle restriction trouve à se justifier dans l'hypothèse freudienne dans la mesure où « le succès, après la catastrophe, est plus ou moins grand, il n'est jamais total⁴». De même, « il semble que ce malade [le paraphrène] ait réellement retiré sa libido des personnes et des choses du monde extérieur, sans leur substituer d'autres objets dans ses fantasmes. Lorsque ensuite cette substitution se produit, elle semble être secondaire, et faire partie d'une tentative de guérison qui se propose de ramener la libido à l'objet⁵». Cinq ans plus tard, Freud réaffirme cette thèse en estimant que « le tableau symptomatique, d'ailleurs très variable, de la démence précoce ne se compose pas uniquement des symptômes découlant du détachement de la libido des objets et de son accumulation dans le moi, en qualité de libido narcissique. Une grande place revient plutôt à d'autres phénomènes se rattachant aux efforts de la libido pour retourner aux objets, donc correspondant à une tentative de restitution ou de guérison. Ces derniers symptômes sont même les plus frappants, les plus bruyants. Ils présentent une ressemblance incontestable avec ceux de l'hystérie, plus rarement avec ceux de la névrose obsessionnelle, et cependant différent des uns et des autres sur tous les points. Il semble que dans ses efforts pour retourner aux objets, c'est à dire aux représentations des objets, la libido réussisse vraiment, dans la

¹. *Ibid.*, p. 283.

². Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *op. cit.*, p. 75.

³. Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa. », *op. cit.*, p. 315.

⁴. *Idem.*

⁵. *Ibid.*, p. 82.

démence précoce, à s'y accrocher, mais ce qu'elle saisit des objets ne sont que leurs ombres, je veux dire les représentations verbales qui leur correspondent. ¹»

A propos du jeune homme dont il rapporte l'observation en 1921, Freud considère qu'« il n'avait pas conçu d'amitié ni d'intérêts sociaux; on ne pouvait échapper à l'impression que seul le délire avait enfin assumé le développement ultérieur de ses relations à l'homme, comme pour rattraper une part de ce qui avait été manqué ? ²». Freud souligne que le délire possède une fonction subjective c'est à dire permettant au sujet d'assumer ce qu'il avait d'abord manqué. Bien que ce terme de *manqué* possède un sens incertain, d'après Freud, le délire permet au sujet d'assumer quelque chose de préalablement inassumée.

Tout comme Philippe Pinel prônait une certaine unité de la maladie dans sa temporalité clinique, la démarche freudienne poussa l'investigation du témoignage schrébérien jusqu'à cerner une logique psychique unifiant les prodromes, l'entrée dans la psychose et formes les plus développées du délire. Son analyse du passage entre le premier et le second temps de la psychose récuse la relative autonomie prônée par Grivois. Dans le cadre de la seconde topique, Freud tente de rendre compte de cette thèse en évoquant un conflit entre instances psychiques. Ainsi écrit-il que l'on « pourrait s'attendre à ce qu'à la naissance de la psychose se produisît quelque chose d'analogue au processus qu'on trouve dans la névrose, entre d'autres instances évidemment : dans la psychose également deux temps seraient à distinguer, le premier coupant le moi, cette fois de la réalité, le second, en revanche, essayant de réparer les dégâts et reconstituant aux frais du ça la relation à la réalité ³». Dans une perspective différentielle, il précise que « la différence initiale s'exprime dans le résultat final : dans la névrose un fragment de la réalité est évité sur le mode de la fuite, dans la psychose il est reconstruit. Ou : dans la psychose la fuite initiale est suivie d'une phase active, celle de la reconstruction [...] ⁴». En conséquence « névrose et psychose se distinguent bien plus entre elles dans la première réaction, qui les introduit, que dans la tentative de réparation qui la suit ⁵». Toutefois si « le second temps de la psychose vise bien lui aussi à compenser la perte de la réalité ⁶» en revanche « la psychose emprunte une voie plus auto-cratique, elle crée une nouvelle réalité à laquelle, à la différence de celle qui est abandonnée, on ne se heurte

¹. Freud S. *Introduction à la psychanalyse, op. cit.*, p. 399.

². Freud S. « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité » [1922], *op. cit.*, p. 92.

³. Freud S. « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » [1924], *op. cit.*, p. 300.

⁴. *Ibid.*, p. 301.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 300.

pas¹». Cette construction ou « refonte de la réalité porte dans la psychose sur les sédiments psychiques des précédentes relations à cette réalité, c'est à dire sur les traces mnésiques, les représentations et les jugements que jusqu'alors on avait obtenus d'elle et par lesquels elle était représentée dans la vie psychique ²». De sorte qu'il « est à peine douteux que le monde fantasmatique joue le même rôle dans la psychose : il représente le magasin où sont pris la matière ou les modèles pour la construction de la nouvelle réalité ³». Hypothèse bien opposée à celle du *mensonge* grivoisien.

Une telle refonte de la réalité psychique a pour corollaire la déformation de l'une des deux parties du conflit initial au point qu'elle puisse se plier, c'est-à-dire accepter ce qu'elle avait primitivement refusée : « Les idées délirantes arrivées à la conscience par compromis [symptômes de retour] posent des exigences au travail de pensée du moi, jusqu'à ce qu'elles puissent être admises sans contradiction. Comme elles sont elles-mêmes incapables d'être modifiées, le moi doit s'adapter à elles, si bien que ce qui correspond aux symptômes de défense secondaire dans la névrose obsessionnelle c'est ici la formation délirante combinatoire, le délire d'interprétation, qui aboutit à l'altération du moi. ⁴» Le développement du délire, et de fait l'admission de son sens, nécessite une altération de l'instance moiïque qui se plie en quelque sorte aux avancées défensives du sujet.

En cette année 1924, Freud conçoit donc la psychose clinique comme déterminée par un conflit entre le moi et le monde extérieur, ce dernier se manifestant sous les espèces d'une frustration venant en dernière analyse toujours du dehors. Ce faisant, le délire acquiert une fonction de réparation, de solution réparatrice en quelques sorte : « En ce qui concerne les délires quelques analyses nous ont appris que la folie y est employée comme une pièce qu'on colle là où initialement s'était produite une *faille* dans la relation du moi au monde extérieur ⁵». Cette faille, Freud, la définit en 1937, par le mécanisme psychique de déni : « Les délires des malades m'apparaissent comme des équivalents des constructions que nous bâtissons dans le traitement psychanalytique, des tentatives d'explication et de restitution, qui, dans les conditions de la psychose, ne peuvent pourtant conduire qu'à remplacer le morceau de réalité qu'on dénie dans le présent par un autre morceau qu'on avait également déniée dans la période d'une enfance reculée. C'est par l'étude de cas particuliers qu'on pourra découvrir les rapports intimes entre la matière sur laquelle porte actuellement le déni et celle sur laquelle a porté jadis le refoulement [...] Le délire doit sa force convaincante à la part de vérité

¹. *Ibid.*, p. 301.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 303.

⁴. Freud S. « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense » [1896], *op. cit.*, p. 81.

⁵. Freud S. « Névrose et psychose » [1924], *op. cit.*, p. 285.

historique qu'il met à la place de la réalité repoussée. De cette manière je pourrais appliquer au délire, ce que, jadis, j'ai énoncé pour la seule hystérie : le malade souffre de réminiscences¹». Ainsi Freud avance que le déni déclenchant la psychose clinique est corrélé à un déni primordial de l'enfance en ce sens que le morceau de réalité, les représentations sur lesquelles avait porté le déni initial reviennent dans la réalité psychique du sujet sous les espèces de cette *pièce*.

2-2. Logique du délire

Ainsi que nous le soulignons précédemment, Freud ne se contenta pas de dégager une temporalité dans le développement de la psychose de Schreber, il tenta de rapporter celle-ci à ses fonctions de défense psychique et à la faille ouverte entre le sujet et le monde. Reconduisant la perspective freudienne, Lacan énonça dans le séminaire qu'il consacra à la clinique schréberienne sa précieuse mais laconique indication « d'échelles des délires ». Il fallut attendre que J.-C Maleval s'en fasse le légataire et articule clinique formelle et clinique du sujet pour que soit promue une logique du délire « en terme de traitement de la jouissance débridée. ²» Aussi, il désigna les quatre phases du délire chronique suivant le rapport du sujet à la jouissance : « délocalisation de la jouissance et perplexité angoissée, pour l'une, tentative de significantisation de la jouissance de l'Autre, pour la seconde, identification de la jouissance de l'Autre, pour la troisième, consentement à la jouissance de l'Autre pour la dernière. ³» Une telle évolution ne procède nullement d'une évolution naturelle de la maladie telle que le discours psychiatrique classique avait pu la promouvoir. Et avec J.-A Miller « [...] retenons le terme de courage, pour qualifier la construction du délire, qu'en son effort tente par excellence le bien dire, avec le sens du devoir. La psychose comme essai de rigueur n'est pas une lâcheté morale [...] ⁴»

Sans les examiner de façon détaillée comme a pu le faire J.-C Maleval, nous reprendrons, dans le cadre de l'examen de la temporalité logique du délire, quelques uns des auteurs majeurs ayant participé à la construction de cette notion et montrerons qu'ils accordaient eux aussi, à leur manière, à l'évolution du délire une certaine fonction défensive contre les troubles corrélés à l'entrée dans la psychose. De sorte que ces recherches concordantes sur la corrélation entre l'évolution et la fonction de défense psychique du délire

¹. Freud S. « Constructions dans l'analyse » [1937], in *Résultats, idées, problèmes*, 2, *op. cit.*, p. 280.

². Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *op. cit.*, p. 76.

³. Maleval J.-C. « La temporalité logique du délire », *op. cit.*, p. 156.

⁴. Miller J.-A. « Sur la leçon des psychoses », *op. cit.*, p. 144.

constituent un argument majeur contre les modèles de vulnérabilité et partant la théorie de la psychose naissante et leur abord séparatiste et a-subjectif du délire.

2-2.1. Délocalisation de la jouissance et perplexité angoissée (Po)

Sans revenir en détail sur cette période dont nous avons déjà donnée une analyse, précisons qu'elle se rapporte selon les auteurs à un malaise moral/physique, une inquiétude du sujet déterminée par sa rencontre avec la béance symbolique c'est à dire le réel. Maleval poursuit « Quand il [le sujet psychotique] se confronte à cette angoissante énigme, il se trouve contraint à un travail pour l'obturer, le plus souvent en élaborant un délire. Celui-ci possède pour fonction de remédier à la carence phallique, non seulement en mobilisant des significations nouvelles pour construire avec rigueur une néoréalité, mais aussi en s'efforçant de localiser la jouissance du sujet dans le signifiant. ¹» C'est ce que nous allons à présent examiner.

2-2. 2. Signifiantisation de la jouissance délocalisée (P₁)

Dans le cadre de notre recherche, le passage de Po à P₁ possède un intérêt tout particulier en ce qu'il représente l'un des traitements possibles des troubles initiaux afférents à l'entrée dans la psychose. Ainsi lors du deuxième temps de cette logique évolutive, noté P₁, le sujet mobilise les ressources du signifiant afin de résoudre « l'énigme qui se trouve à l'origine du délire ²» et du reste encore présente. Autrement dit : « Lors de P₁, le paranoïde mobilise un énorme appareil signifiant dans le but de remédier à la faille symbolique initiale ³» Et si en cette période émerge « assez régulièrement l'appel à un principe paternel [...] ce qui apparaît crucial pour le psychosé réside dans la quête d'un fondement, supposé propre à faire advenir une complétude de l'ordre symbolique ⁴». A cet égard, les propos de Charles Lasègue dans son étude du délire des persécutions méritent d'être rapportés : « C'est après un certain temps de préoccupation et de résistance que l'aliéné cherche à remonter à la cause de ses souffrances, et passe ainsi de la première période à la seconde. La transition se fait alors par un raisonnement toujours le même... ⁵». Lasègue conçoit le passage des troubles primaires à la psychose clinique comme une temporalité déterminée constituée de périodes et

¹. Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*, op. cit., p. 103.

². Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 131.

³. Maleval J.-C. « La temporalité logique du délire », op. cit., p. 157.

⁴. Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », op. cit., p. 76.

⁵. Lasègue C. « Du délire de persécutions », op. cit., p. 33.

soumise aux aléas de la construction d'un délire par le sujet. Ou mieux, pour Lasègue, l'évolution de la psychose est subordonnée au principe temporel d'un raisonnement où ce qui est primaire, au sens de premier chronologiquement, c'est « la sensation maladie ; elle seule le préoccupe, elle seule le pousse à la recherche des causes...¹ » de sorte que « la croyance à une persécution n'est donc que secondaire » puisqu'« elle est provoquée par le besoin de donner une explication à des impressions morbides probablement communes à tous les malades, et que tous rapportent à la même cause...² ». On peut faire l'hypothèse que les travaux de Lasègue sur l'enchaînement causal dans le délire des persécutions ont inauguré une perspective en quelque sorte *constructiviste* du délire, alors conçu comme une construction attribuable aux efforts de l'aliéné par le truchement de la raison et de la volonté. Si comme nous le soulignons dans la première partie de cette recherche, il n'est pas inconsidéré d'attribuer à cet article de Lasègue une double primauté, nous pouvons également considérer que Lasègue émet pour la première fois la thèse d'un mécanisme causale sur l'évolution du délire. Par ce geste spéculatif, il relit l'entrée dans la psychose avec le premier temps du délire. Ce faisant, il adjoint une dimension causale à la dimension descriptive lui donnant par là une dimension déterministe.

Rappelons que Jean-Pierre Falret attribuait au sujet lui-même sa propre sortie de la confusion des premières périodes grâce à « un travail prolongé de l'esprit sur lui-même³ ». Dans la forme rapide d'entrée dans la psychose, ce travail est corrélé à une « transformation complète de la personnalité⁴ » c'est à dire génère un renversement ou modification radicale de certains traits subjectifs « on voit la dissimulation succéder, à la franchise, le mensonge à la véracité, le vol à la probité, la prodigalité à l'ordre, la dureté à la douceur, la méchanceté à la bienséance, la hardiesse à la circonspection, la témérité à la prudence, la présomption à la modestie, l'indécence à la pudeur, etc.⁵ » Ainsi, il appert que la psychiatrie classique avait repéré l'importante répercussion subjective du délire dans ses développements. Lacan prit au sérieux le témoignage de Schreber allant dans ce sens, notamment le fameux meurtre d'âmes dont celui-ci se plaignit, qu'il formalisa sous les espèces de la *mort du sujet*. De sorte que Maleval puisse faire valoir « l'inhérence d'un sacrifice dynamique propre au travail du délire⁶ » aux variétés cliniques plurielles, n'impliquant pas « nécessairement que publicité soit

¹. *Ibid.*, p. 34.

². *Ibid.*, p. 35.

³. Falret J.-P. « Introduction » [1863] in *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, op. cit., p. 19.

⁴. Falret J.-P. « Symptomatologie générale », in *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, op. cit., p. 151.

⁵. *Ibid.*, p. 152.

⁶. Maleval J.-C. *Logique du délire*, op. cit., p. 154.

faite du phénomène ¹» c'est à dire que le sujet fasse soit explicitement mention d'un fait de ce genre. Il s'en déduit plutôt logiquement des avancées du sujet qu'il s'agisse d'une nouvelle filiation ou d'un nouveau patronyme.

L'histoire de la psychopathologie a, à notre connaissance, majoritairement retenu la première définition clérambaltienne du délire comme « réaction secondaire », sans réelle connexion avec les phénomènes basaux du syndrome d'automatisme mental. Ce dernier, appréhendé comme processus primaire, a été, en effet, longtemps considéré comme autonome du délire par Clérambault. Toutefois, dans ses développements ultérieurs, celui-ci avait infléchi son point de vue en reconsidérant les phénomènes basaux comme phénomènes *nucléaires* en ce sens qu'un même processus, la Dérivation, engendre le syndrome d'automatisme et le délire : « En 1920 nous le [syndrome d'A.M] disons basal ; nous l'appellerons plutôt aujourd'hui nucléaire. En effet, nous voyons une continuité entre les phénomènes parcellaires du début et les constructions idéiques de la période d'état ; tous résultent d'un même processus, que par métaphore et peut-être aussi avec vérité nous appellerons Dérivation. Le mécanisme de la Dérivation elle-même semble consister en des troubles la Chronaxie. ²» Deux remarques peuvent être formulées. La première -la métaphore consistant à concevoir le lien entre le syndrome et le délire par la formule « c'est le socle qui attend la statue ³» mériterait, dès lors, d'être modifiée ou précisée. En effet, Clérambault avait perçu sur le tard, et du point de vue des mécanismes neurologiques, la valeur nucléaire des phénomènes basaux. Autrement dit, que la statue est faite du même processus de Dérivation que le socle. Deuxième remarque : Lacan a sans doute été l'un des rares commentateurs de l'œuvre clérambaltienne à souligner cette modification conceptuelle et à en reprendre la conception quoique modifiée et rapportée à la structure psychotique sous les espèces du phénomène élémentaire.

2-2. 3. Identification de la jouissance dans l'Autre (P₂)

Bien que le sujet psychotique en position paranoïde perçoive les bénéfices d'un premier degré de significatisation de la jouissance, il reste néanmoins la proie à une certaine dérégulation de la jouissance. Sa première défense est relativement fragile, soumise à des

¹. *Ibid.*, p. 156.

². Clérambault G.G (de). « Psychoses à base d'automatisme (suite) » [1926], *op. cit.*, p. 573.

³. Ploumarc'h C. « Gaetan Gatien de Clérambault. Des délires passionnels à l'automatisme mental, une clinique possible des psychoses », *op. cit.*, p. 58.

défaillances et aux aléas de mauvaises rencontres. Réussissant une prise en masse signifiante de la jouissance, telle le nœud idéo-affectif du passionnel, « le paranoïaque se caractérise d'être celui qui identifie au champ de l'Autre la jouissance débridée qui trouble l'ordre du monde. ¹» De sorte que le sujet paranoïaque « s'avère en mesure à la fois de la nommer et de la localiser en ce lieu [de l'Autre], le plus souvent en désignant un persécuteur. ²» Toutefois, le sujet paranoïaque se trouve être encore en proie aux initiatives de l'Autre. C'est dans ce contexte que le sujet peut être amené à passer à l'acte, « à frapper des incarnations du Père jouisseur ³».

2-3. 4. Le consentement réglé à la jouissance de l'Autre (P₃)

Enfin, une quatrième phase s'ouvre au sujet s'il s'avère capable, et que les neuroleptiques qu'il est susceptible de prendre, lui en laissent psychiquement la possibilité, d'une abnégation salutaire. En effet, arrivé à ce stade du développement du procès délirant le sujet psychotique « consent à la jouissance de l'Autre parce qu'il possède la certitude que, grâce à l'expérience de celle-ci, il est parvenu à l'acquisition d'un savoir essentiel ⁴». Cette ultime phase du procès de défense contre la carence paternelle et ses funestes effets, correspond au niveau du sujet à l'acceptation de ce qui avait été primitivement rejeté. Ainsi Schreber consent à être La femme de Dieu, incarnant alors une position d'exception, moyennant de sauver l'humanité, et, ce faisant, trouve un compromis relativement pacificateur. Un telle clinique converge vers le tableau de la paraphrénie systématique décrit par Kraepelin.

Précisons que contrairement à l'évolution systématique prônée par Magnan et Sérieux lorsqu'ils écrivaient : « ajoutons que jamais la maladie ne rétrocede : elle poursuit jusqu'à la mort sa marche inexorable, et l'on rencontre des délirants chroniques chez lesquels le début de la psychose remonte à vingt ans, trente ans et davantage ⁵», J.-C Maleval souligne que le sujet psychotique n'est nullement contraint à la progression, ni à la gradation, pouvant même en certaines circonstances revenir à un temps antérieur.

¹. Maleval J.-C. « La temporalité logique du délire », *op. cit.*, p. 157-158.

². Maleval J.-C. *Logique du délire*, *op. cit.*, p. 160.

³. Maleval J.-C. « La temporalité logique du délire », *op. cit.*, p. 156.

⁴. *Idem.*

⁵. Magnan M, Sérieux P. « Délire chronique » [1911], *op. cit.*, p. 12.

III-3. Les autres modes de stabilisation et la notion de suppléance

Afin de parer au trouble majeur de la perplexité inaugurale et plus largement à la clinique du déclenchement Po, le sujet peut voir recours aux *aménagements de la position schizophrénique* ou bien s'engager dans un procès visant à résoudre l'énigme délirante formulée préalablement. La clinique montre que ces deux tentatives auto-thérapeutiques ne sont pas les seules modalités de défense auxquelles le sujet peut avoir recours. Il est d'observation courante que certains sujets psychotiques peuvent mettre en chantier, suite au déclenchement de leur psychose, des constructions d'ordre artistique, scientifique, et plus largement des productions allant de l'invention à la création¹. Et ce de manière non exclusive, le président Schreber étant exemplaire de la conjonction de la construction délirante et du travail d'écriture à partir de la lettre. Les sujets engagés dans cette voie, bien plus longue que la solution du passage à l'acte que nous verrons plus avant, procèdent à un travail de la psychose² pouvant aboutir à la construction d'une suppléance qualifiée de « curative ³» par A. Ménard. En réalité, il conviendrait de parler de modes de suppléance curative eu égard aux registres impliqués dans cette construction singulière, symbolique ou réel, contrairement aux stabilisations⁴ ou aux compensations essentiellement imaginaires, quoi que certains auteurs évoquent l'existence de suppléances imaginaires⁵. L'important dans le cadre de notre recherche est de montrer que ces modes de suppléance curative visent à l'instar du délire ou des positionnements schizophréniques, à parer aux troubles psychopathologiques corrélatifs du déclenchement et partant à la carence de la fonction symbolique, cause du défaut du nouage des éléments de la structure psychotique.

Aussi, nous n'examinerons pas en détail le concept de suppléance nous restreignant à une mise en perspective entre suppléance curative et déclenchement de la structure psychotique. Toutefois précisons qu'introduit par Lacan à la fin des années cinquante dans le contexte conceptuel de la forclusion du Nom-du-Père, la notion de suppléance ne se trouve réellement appréhendée qu'à la faveur de ses recherches sur la structure borroméenne et sa défaillance dans le cadre de la psychose hors déclenchement.

¹. Miller J-A. « L'invention psychotique », *op. cit.*

². Au sens où Soler en parle. In *L'inconscient à ciel ouvert*, *op. cit.*, p. 187.

³. Ménard A. « Clinique de la stabilisation psychotique », *op. cit.*, p. 14.

⁴. *Ibid.*, p. 15. Ménard écrit : « la stabilisation, est une donné phénoménologique, imaginaire, traduisant la constatation clinique d'un retour à un équilibre relatif. »

⁵. De son côté, J-C Maleval indique d'une part que le concept de suppléance n'a cependant pas atteint chez son promoteur un statut théorique et d'autre part que Lacan a pu parler de « compensation par le sinthome ». In *Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire*, *op. cit.*

En 1958, Lacan parachève la construction structuraliste de son concept de forclusion du Nom-du-Père, mécanisme psychique définissant alors la structure psychotique. De ce trou dans l'Autre, Lacan évoque à deux reprises sa suppléance. D'une part dans son article majeur Lacan estime que « la figure du P^r Fleschig, en sa gravité de chercheur [...] n'ait pas réussi à suppléer au vide soudain aperçu de la Verwerfung inaugurale ¹ ». Et d'autre part lors de la leçon du 8 janvier 1958 de son séminaire sur les formations de l'inconscient lorsqu'il avançait que « le sujet doit suppléer au manque d'un signifiant qu'est le Nom-du-Père. Tout ce que j'ai appelé la réaction en chaîne, ou la débandade, qui se produit dans la psychose s'ordonne là autour² ». Cependant alors qu'ils sont contemporains, ce texte et cette leçon offrent deux modalités de suppléance. Ainsi dans son texte majeur, Lacan en donne une modalité centrée sur l'autre et sa figure, soulignant la défaillance d'une suppléance imaginaire. Par sa seconde modalité, Lacan considère que c'est au sujet, et non pas à un autre, de suppléer à la forclusion psychotique ne précisant d'ailleurs pas la nature de cette suppléance.

Précédemment, nous avons montré que la métaphore délirante, fonctionnant telle « une métaphore de suppléance ³ », est une opération subjective d'auto-traitement par le symbolique au même titre que d'autres constructions signifiantes. Ainsi, les productions littéraires et philosophiques de J.-J. Rousseau ne peuvent être isolées du moment inaugural de sa vocation littéraire de l'illumination de Vincennes au cours de laquelle il fut le siège de phénomènes d'envahissement et de « vérités ⁴ ». Il nous indique qu'elles seraient dispersées dans le triptyque de son œuvre de philosophie politique soit dans le premier *Discours sur les sciences et sur les arts*, puis dans *Le Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*⁵ rédigé à partir de 1753 [et publié en 1755] lui aussi en réponse à une question de l'Académie de Dijon, et enfin dans *l'Emile ou De l'éducation* rédigé entre 1759 et 1760 et paru en mai 1762⁶. Les suppléances ressortissant d'un travail par la lettre, dans le cadre de créations ou d'inventions conceptuelles ou littéraires peuvent être menées dans le cadre d'un délire, comme en témoigne le cas Rousseau ou J.-P. Brisset. Des monographies récentes, telle celle sur Newton, montrent que des recherches scientifiques, la formalisation de lois, et l'érection d'un « Autre complet ⁷ » peuvent participer au traitement de la carence

¹. Lacan J. « D'une question préliminaire... », *op. cit.*, p. 582.

². Lacan J. *Le Séminaire V. Les formations de l'inconscient*, *op. cit.*, p. 147.

³. Soler C. « Le travail de la psychose », *op. cit.*, p. 203.

⁴. Rousseau J.-J. *Œuvres complètes, I*, Paris, Le Seuil, 1959, p. 1136.

⁵. Rousseau J.-J. *Œuvres complètes, III*, Paris, Le Seuil, 1979.

⁶. Il ne faut pas oublier les publications entre autres de *La lettre sur la française* en 1753. In *Œuvres complètes, V*, Le Seuil, 1995. De *La Nouvelle Héloïse* en 1760 et *Du contrat social* en 1762. In Rousseau J.-J. *Œuvres complètes, III*, Paris, Gallimard, 1979.

⁷ Brémaud N. « Newton », in *L'information psychiatrique*, vol 81, n°12, 2005, p. 911-922.

paternelle. Ces créations peuvent aussi se situer dans les domaines de la peinture, de la sculpture où il s'agit de fabriquer, d'extraire en quelque sorte un objet.

Il importe pour nous de faire valoir que ce concept lacanien de suppléance ressort d'une approche structurale de la psychose et que son développement dans les années 70 procède d'une corrélation entre le défaut de la structure subjective du psychotique et la structure de la suppléance élaborée par ce même sujet. Ainsi que l'affirme Ménard : « Suppléer veut dire que le défaut, le manque qui l'appelle, n'est pas réduit, comblé, mais qu'il demeure inclus dans la solution qui permet d'aller au-delà, non sans souligner que le trou inclus dans la suppléance n'est pas homologue de celui auquel il supplée. Il n'est pas du même registre ¹ ». Dans la modalité curative, le sujet psychotique va tenter de traiter la déstructuration de la chaîne borroméenne résultant du déclenchement et les troubles associés en procédant à l'élaboration d'un quart élément susceptible de restaurer un nouage assurant un coinçage de la jouissance. Aussi, par leurs suppléances ces sujets tentent d'instaurer à partir des registres symbolique et réel un tenant lieu du poinçon du fantasme dans la névrose, un quart terme permettant un nouage qui enserre la jouissance. Elles ont vocation à suppléer à l'absence de la fonction paternelle sans toutefois réaliser une connexion séparation entre signifiant et objet a, ce dernier n'ayant pas été connecté au signifiant phallique. C'est en cela que ne peuvent être appelées suppléance au sens strict que les modes utilisant le symbolique et le réel ² d'après A. Ménard. Dans un sens restreint, il la cerne ainsi : « La suppléance est d'un autre registre, celui qui vient à la place du symbolique, elle est du niveau structural. Elle ne peut en aucun cas se repérer directement mais à ses effets, la stabilisation en étant un mais il peut y avoir stabilisation sans suppléance. Deux effets sont à retenir pour affirmer la suppléance, le rétablissement d'un lien social, soit un néo-discours faisant pièce au hors-discours de la psychose, une pacification de la jouissance d'autre part. les deux sont d'ailleurs liés puisque c'est le discours qui répartit les modalités de la jouissance. ³ »

Dans un sens élargi, certains auteurs proposent une perspective différentielle de ces modes de suppléances en les déclinant selon les trois registres lacaniens. Alors qu'ils dépassent nettement l'acception circonscrite par Ménard à la suite de Lacan, ces modes recèlent néanmoins une certaine cohérence en ce qu'ils ne regroupent que des compensations auto-thérapeutiques. Parmi eux, signalons C. Soler ⁴ ou bien encore F. Sauvagnat affirmant :

¹. Ménard A. « Clinique de la stabilisation psychotique », *op. cit.*, p. 14.

². *Ibid.*, p. 15.

³. *Idem.*

⁴. Soler C. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, *op. cit.*

« Ces suppléances s'avèrent de trois types : - les suppléances réelles, c'est-à-dire celles qui mettent en jeu un acte, par lequel en règle général, le sujet tend à se débarrasser de la jouissance qui l'envahit. C'est le cas dans certaines toxicomanies chez des sujets psychotiques, mais aussi de participation à des jeux de hasard ayant une valeur délirante particulière ; c'est aussi le cas de passages à l'acte divers, dont on a remarqué depuis longtemps qu'ils pouvaient avoir une valeur résolutoire, au moins temporaire, du délire. – les suppléances symboliques, qui vont de ce que Max Müller appelait obsessionnalisation du délire à l'usage de l'écriture à des fins de stabilisation, soit par systématisation d'un délire en quelque sorte neutralisé par son ordonnancement, soit par une mise en œuvre de créations artistiques de nature à contrer les phénomènes élémentaires du délire. - les suppléances imaginaires de type 'faux self', personnalité 'as if', permettant d'éviter au sujet de parler en son nom propre, correspondant dans un certain nombre de cas à des prépsychoses vraies. ¹» Bien que ces modes de suppléances soient novateurs pour les sujets, certains peuvent, moyennant un certain réaménagement, reprendre leur suppléance préventive respective dont l'inopérance devant certaines situations cliniques n'avait pu éviter le déclenchement de sa psychose, ainsi que le souligne A. Ménard.

III-4. Deux modes auto-thérapeutiques radicaux de sortie de l'expérience initiale : le passage à l'acte et la position mélancolique

Les modes subjectifs d'auto-traitement des troubles fondamentaux de l'entrée dans la psychose sont pluriels et se distinguent entre eux, notamment par la durée de leur réalisation et leurs effets. Ils ne nécessitent pas tous le même temps et les mêmes efforts subjectifs pour atteindre leur efficacité, variable elle aussi d'un sujet à un autre. De plus, chacun de ces modes mobilisent différemment les ressources du sujet et ce indépendamment de leur efficacité. Traditionnellement, le délire fut le plus remarqué et le plus étudié au point d'être identifié parfois à la folie elle-même. Cependant, le discours psychiatrique accorda dès ses fondements une place prépondérante aux passages à l'acte (auto)-mutilatoire, suicidaire ou meurtrier, Pinel ayant été le premier à leur conférer un statut psychopathologique en créant l'espace nosographique de la *manie sans délire*. Dès lors, ils devinrent un objet de recherche dans le savoir psychiatrique. C'est dans ce contexte que fut repéré la fréquence des passages à l'acte perpétrés lors des débuts de la psychose au point que la période prodromique de la

¹. Sauvagnat F. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence.. », *op. cit.*, p. 38.

démence précoce fut qualifiée de « période médico-légale ¹ ». Le repérage de la fonction défensive de certains passages à l'acte est sensiblement plus récent, datant du milieu du XIX^e siècle grâce notamment aux travaux de P. Guiraud et B. Cailleux sur les meurtres immotivés, émanations modernes de certaines monomanies homicides et manies sans délire ainsi que nous l'avons soutenu².

Dans le cadre des traitements en court-circuit de l'expérience initiale, la théorie de la psychose naissante admet aux côtés des passages à l'acte la mélancolie comme mode de sortie radicale. Son promoteur Grivois se contente de confirmer les avancées de la psychiatrie classique sans faire le moindre apport significatif tant clinique qu'explicatif. En ce sens, pour autant qu'elle recèle une certaine vérité, l'assertion grivoisienne selon laquelle si « les passages à l'acte, meurtre, mutilations et mélancolie » en tant que « modes de sortie radicale de la psychose naissante à son acmé ³ » peuvent mettre fin à la psychose naissante c'est qu'ils « rassemblent et fixent de façon saisissante et quasi instantanée, toutes les significations possibles de l'épisode central [et] viennent du même coup mettre fin à toute recherche ⁴ » sera cependant sensiblement discutée et tempérée.

L'approche structurale avalise cette modalité de « traitement du réel par le réel ⁵ », ou « suppléance réelle ⁶ ». L'examen de deux observations nous permettra de faire valoir que certains passages à l'acte à l'orée de la psychose clinique tendent à traiter dans le réel l'une des conséquences majeures de la structure psychotique, la non-extraction de l'objet *a*. Dans le cadre de la clinique de l'entrée dans la psychose, le passage à l'acte s'avère être une solution du sujet devant la béance symbolique, c'est à dire le réel. Enfin, nous examinerons la modalité mélancolique évoquée par Grivois et montrerons que cette position subjective tire sa relative efficacité de la certitude délirante liée aux auto-accusations du sujet.

1. Les passages à l'acte

Il semble fondé de considérer que la psychiatrie française moderne se soit notamment instituée sur une clinique des passages à l'acte meurtriers, suicidaires, ou bien (auto)-

¹. Antheaume A , Mignot R. « La période médico-légale prodromique de la Démence Précoce », *op. cit.*, p. 126-135.

². Trichet Y, Lévy A. « Scarification et (auto-)mutilation dans la psychose », *op. cit.*

³. Grivois H. *Naître à la folie*, *op. cit.*, p. 95.

⁴. *Ibid.*, p. 78-79.

⁵. Soler C. « Le travail de la psychose » [1988], in *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, *op. cit.*, p. 191.

⁶. Sauvagnat F. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence... », *op.cit.*, p. 38.

mutilatoires, *la manie sans délire* de Pinel en représentant assurément la matrice théorico-clinique. Le développement du discours psychiatrique et ses investigations permirent d'introduire une perspective différentielle dans cette clinique à laquelle participèrent Esquirol, Georget et plus tard Jules Falret. D'après ce dernier, l'entrée dans la psychose est une période élective de passage à l'acte. C'est dans ce contexte d'investigations cliniques que fut isolée la « période médico-légale » de la démence précoce, exemplaire de la corrélation entre les passages à l'acte sur autrui et l'entrée dans la psychose. Bien que la valeur auto-thérapeutique de certains passages à l'acte avait pu être repérée aux temps premiers de la psychiatrie, notamment par Esquirol, il a fallu attendre les travaux de B. Cailleux et P. Guiraud sur les meurtres immotivés pour qu'elle soit éclaircie par la thèse d'une opération psychique.

Le désintérêt de l'approche bio-psycho-sociale pour cette modalité auto-thérapeutique est manifeste. Bien que les écrits de Grivois en fassent mention, en reconduisant les apports de la psychiatrie traditionnelle pourtant tant décriée, ils ne s'avèrent guère innovants ni même attentifs à la diversité clinique. En effet, même si Grivois regroupe sous l'expression de passage à l'acte les meurtres, les suicides et les (auto-)mutilations, en réalité il ne s'intéresse qu'à ces premiers délaissant ainsi les deux derniers.

Si tous ne génèrent pas chez leur auteur respectif des effets thérapeutiques résolutoires, ils représentent cependant à l'occasion un mode de sortie radicale de Po qui méritait encore d'être éclairé. L'enseignement de Lacan est, à cet égard, incomparable. Il avance que ces passages à l'acte se rapportent profondément à la dimension auto, c'est à dire du sujet, celui-ci procédant sans le recours à l'Autre du signifiant inconsistant au regard de la structure psychotique. Le sujet tente alors, seul, d'opérer en court-circuit dans le réel le désastre du déclenchement, au prix d'une « livre de chair ¹ » réelle, de sa vie, ou de celle d'un autre.

1-1. *La période médico-légale prodromique*

En 1890, paraît *Les aliénés et les asiles d'aliénés* de Jules Falret. On peut y lire : « c'est dans les premières périodes où l'aliénation n'a pas encore été reconnue et passe même souvent inaperçue, que se produisent la plupart des actes violents accomplis par les aliénés. *Le passage à l'acte*² est, en effet, la plupart du temps un signe d'acuité dans les maladies mentales. L'aliéné chez lequel surgissent involontairement des séries d'idées jusque-là

¹. Lacan J. *Le séminaire X. L'angoisse*. Paris, Le Seuil, 2004, p. 146.

². Locution soulignée par nous.

inconnues pour lui, des dispositions sentimentales nouvelles, ou des impulsions instinctives qui le poussent dans des directions différentes, reste longtemps indécis et tiraillé au milieu de ces entraînements divers. Il est comme surpris de ce monde nouveau dans lequel il a pénétré à son insu et qui l'absorbe malgré lui ¹». Dans un examen plus serré, Falret distingue d'une part la période prodromique ou d'incubation au cours de laquelle « le malade reste donc le plus souvent spectateur passif du drame qui se déroule dans sa tête [...]. Quelquefois, cependant, il succombe à l'entraînement, même à cette période prodromique ou d'incubation ²». Et d'autre part, assure J. Falret, c'est pendant « la période d'invasion, lorsque le paroxysme éclate [...] c'est dans cette violente explosion des maladies mentales, dans cette phase essentiellement aiguë, période d'augment ou de paroxysme [...] que se produisent le plus souvent les actes violents chez les aliénés ³». Dans le prolongement de ces travaux historiques, Antheaume et Mignot accréditèrent le repérage clinique « d'acte antisociaux ⁴», majoritairement criminels, dans le cadre de la phase initiale de la démence précoce de sorte qu'ils l'ont désignée *période médico-légale prodromique*.

1-2. Les meurtres et tentatives de meurtres immotivés, une solution en court-circuit de l'Autre

En ses fondements, c'est à dire grâce à Pinel et sa *manie sans délire* et à Esquirol et sa seconde forme de *monomanie homicide*, le savoir psychiatrique s'est approprié les passages à l'acte (auto-)mutilatoire, ou meurtriers, réalisés comme *sans motif* par leurs auteurs. Par la suite, Guiraud et Cailleux qualifièrent d'*immotivés* ces crimes perpétrés essentiellement dans le cadre des débuts de la psychose. Non seulement ces auteurs donnèrent à ce « symptôme à la fois exceptionnel et prototypique ⁵» le nom sous lequel ils sont désormais connus, mais de façon plus décisive, ils soulignèrent les effets thérapeutiques de tels actes sur certains auteurs. L'observation de *Paul. L.* peut, à cet égard, être considérée comme leur observation princeps.

1-2.1. Les meurtres immotivés

Le cas de *Paul. L.* présenté par Guiraud et Cailleux s'avère particulièrement intéressant et démonstratif de la valeur défensive de l'homicide psychotique. Paul a commis un meurtre

¹. Falret J. *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, Paris, Baillière, 1890, p. 228.

². *Idem*.

³. *Ibid.*, p. 228-229.

⁴. Antheaume A, Mignot R. « La période médico-légale prodromique de la démence précoce », *op. cit.*, p. 126.

⁵. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens » [1955], *op. cit.*, p. 280.

alors qu'il entraînait probablement, selon les auteurs, dans une démence précoce hétérocatatonique. Ceux-ci notent qu'un certain laps de temps après son acte, « le fonds mental de Paul. L est à peu près normal. Il raisonne bien, est capable de discernement, effectue des calculs simples et donne des solutions intelligentes aux problèmes qui lui sont posés ¹ ». Si les auteurs remarquent l'absence notable d'un quelconque trouble au cours de ces exercices, néanmoins, ils repèrent que toute son activité intellectuelle est entravée par une bradypsychie² accentuée et persistante. Son allure est réticente. Sa mimique inexpressive. Il a souvent un sourire figé. Son indifférence est très nette, il ne se préoccupe ni de sa sortie ni de sa victime ³ ». Les auteurs en concluent que Paul. L présente une « hétérocatatonie fruste dont la symptomatologie se borne, à l'heure actuelle, à un certain degré d'indifférence, d'inertie et d'apathie » qu'ils considèrent, en tant que « désintérêt général » comme « l'essentiel de sa maladie ». Trois ans plus tard, dans une nouvelle publication Guiraud nous apprend que Paul présente alors des symptômes centrés sur le registre des affects évoquant dans un certain sens la catatonie.

Dans leur observation de 1928, Guiraud et Cailleux estiment qu'avant son acte « il [Paul] cherche dans l'alcool une défense contre la maladie sous forme d'un stimulant et d'un oubli ⁴ », maladie qui se manifeste cliniquement sous les espèces de la trilogie suivante : « tristesse, ennui, neurasthénie ⁵ » selon les propos de Paul. L lui-même. Ce dernier ajoutant que « c'était anormal, que cela empirait qu'il fallait faire quelque chose »⁶. Ce sujet tentait de lutter contre le « désintérêt vital qui l'envahissait par la politique et la religiosité ⁷ » de sorte que « la réaction violente apparaît ainsi à la fois comme le dernier sursaut d'énergie d'un organisme qui sombre dans l'indifférence et l'inaction et comme le résultat d'un transfert du désir 'guérir la maladie' sur celui 'de supprimer le mal social'. Par un paralysisme verbal et symbolique fréquent chez les hétérocatatoniques = Tuer le mal = Tuer la maladie ⁸ ». Encourageant leurs lecteurs à « voir dans ces violences immotivées des hétérocatatoniques débutants non une réaction sans cause, mais un effort de libération contre la maladie

1. Guiraud Paul et Cailleux Bernard. « Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie, chez les hétérocatatoniques », in *Annales médico-psychologiques*, n°4, 1928, p. 352-360, p. 355.

2. Selon le *Trésor de la langue française*, le terme bradypsychique signifie « [Parlant d'une personne]. Dont les réactions sont lentes ». N'ayant trouvé bradypsychie ni dans le TLF ni dans le Littré supposons que le terme bradypsychique pouvant être employé comme adjectif ou substantif lui est une écriture plus moderne.

3. Guiraud P, Cailleux B. « Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie... », *op. cit.*, p. 355.

4. *Ibid.*, p. 357.

5. *Idem.*

6. *Idem.*

7. *Ibid.*, p. 357-358.

8. *Ibid.*, p. 358.

transposée pathologiquement sur le monde extérieur¹», les auteurs estiment que « c'est, en somme, faire de la violence une réaction de l'énergie de l'individu pour se libérer de la maladie qui tend à annihiler toute son activité psychique²». Cailleux et Guiraud avancent donc la thèse que Paul. L. chercha par son acte, dans le réel, à se défendre contre sa propre mort psychique en quelque sorte. Le passage à l'acte de Paul peut être rapporté à une lutte contre la perturbation sévère de son élan vital corrélée à son entrée dans la psychose, dévoilant ainsi la carence de la fonction phallique chez lui.

1-2.2. La psychose naissante

Alors qu'ils étaient absents comme tels dans les premiers travaux de Grivois, ce qui constituait une importante réserve à sa théorie, les passages à l'acte furent par la suite introduits dans le cadre de la psychose naissante. Sans grande originalité, et conformément à la tradition psychiatrique pourtant dépréciée par lui, Grivois admet alors que « le sujet entrant en psychose peut commettre un meurtre ». Grivois admet également que ce type de meurtre peut être un mode de sortie radicale de la psychose naissante, « court-circuit symptomatique³ ». Il est possible de contester ou d'infléchir en plusieurs points la clinique du passage à l'acte meurtrier dans la théorie de la psychose naissante.

La première objection concerne la systématisation abusive, pensons-nous, opérée par Grivois entre vécu subjectif de polarisation centrale et passage à l'acte sur autrui. Cliniquement, un tel vécu ne s'avère n'est pas inhérent aux passages à l'acte commis dans le cadre de l'entrée dans la psychose. Soyons clair : cette première objection dénonce la corrélation systématisée entre la polarisation centrale du sujet et son passage à l'acte. Et si pour certains « leur acte met fin à ce sentiment de concernement généralisé comme si le sujet avait trouvé la clé de l'énigme de ce monde bouleversé : la mise à mort d'un homme désigné arbitrairement⁴ », en revanche, de nombreuses observations vont à l'encontre d'une centralité systématique ainsi que nous le verrons avec le cas Cyril. Maintenant, si l'on s'attache aux écrits de Grivois traitant des cas de passage à l'acte sur autrui survenant dans le contexte de polarisation, on peut constater son allégeance implicite à la psychiatrie traditionnelle : « Selon nous le sujet puise alors une force extrême de l'expérience centrale. Confondu avec la foule

¹. *Ibid.*, p. 359.

². *Ibid.*, p. 358.

³. Grivois Henri. « Le court-circuit symptomatique », in *Les monomanies instinctives*, Paris, Masson, 1989, p. 1-5, p. 2.

⁴. Grivois H. *Urgence folie, op. cit.*, p. 48.

qui l'accompagne et dicte selon lui tous ses gestes, il désigne un homme au monde de cette foule et, toujours au nom des autres, cet homme inconnu parfois de lui, est immédiatement et sauvagement mis à mort en dehors de toute possibilité d'intervention. C'est le meurtre immotivé des psychiatres et des juristes. ¹». Grivois reprend sans les nommer les travaux de P. Guiraud et B. Cailleux sur le meurtre immotivé que nous avons présentés précédemment. Aussi, Grivois affirme que le meurtre opère une localisation, « une réduction de la centralité sur un seul, un retour brutal dans le social et une sortie violente de l'indifférenciation mimétique ²». Grivois sinon paraphrase du moins s'inspire largement des conceptions de Paul Guiraud et sa localisation par le sujet du mal dans le meurtre immotivé.

Toutefois, la clinique du meurtre immotivé est bien plus riche que semble ne le dire Grivois dans la mesure où tous les meurtres immotivés ne relèvent pas de l'expérience centrale c'est-à-dire ne sont pas réalisés dans ce contexte subjectif là. La clinique des meurtres immotivés regroupe tout aussi bien les meurtres commis par des sujets ayant eu l'idée de tuer depuis de nombreuses années sans avoir éprouvé la moindre centralité, le cas *Cyril* que nous avons déjà présenté par ailleurs et l'affaire Thouviot rapportée par Lasègue³ et ses co-signataires sont à cet égard probants. Au demeurant, les observations inaugurales de la manie sans délire réalisées par Pinel ne sont pas à oublier non plus. A cet égard, remarquons qu'étrangement Grivois n'argue pas des passages à l'acte commis dans le cadre de la manie sans délire pinellienne afin de justifier la bifurcation du passage à l'acte précédemment évoquée. La manie sans délire telle que décrite par Pinel déborde le cadre restrictif dessiné par Grivois, notamment si l'on considère que certains passages à l'acte dits immotivés s'effectuent sans que le sujet ne se situe en polarisation centrale. D'ailleurs, Pinel ne fait mention d'aucune lésion de l'entendement. En revanche, Esquirol et surtout Falret père incluront dans cette clinique des idées de persécution.

Seconde objection. Les passages à l'acte commis dans le cadre de l'entrée dans la psychose sont loin d'être tous résolutoires ni même libérateurs, ce que pourtant Grivois laisse entendre implicitement. Au contraire, force est de constater l'hétérogénéité de l'impact subjectif de tels passages à l'acte, la résolution de la psychose naissante n'étant qu'une éventualité évidemment exemplaire. L'autre extrémité étant la corrélation d'un tel acte avec la floraison de troubles psychotiques massifs. Aussi, l'assertion selon laquelle « celui qui

¹ *Ibid.*, p. 96.

² Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 38.

³ Bergeron, Blanche, Lasègue C. « Du délire par accès, avec impulsion homicide (affaire Thouviot) », in *Archives générales de médecine*, 6, 25, 1875, p. 5-22.

commet un meurtre [...] arrive à une guérison cathartique quasiment immédiate dans les heures ou les jours qui suivent son acte, crime de sang ou automutilation ¹» est réfutée par la réalité clinique. Il convient alors de tempérer cette systématisation.

Une autre réserve que l'on peut adresser à l'approche de Grivois porte sur les coordonnées ou conditions du passage à l'acte. Ce dernier estime que « le fait que la victime soit parfois proche voire souvent un familier du meurtrier, tient d'abord selon nous, plus à la proximité physique qu'à l'une ou l'autre des explications tirées des idéologies classiques, œdipiennes ou de luttes des classes, de la vulgate des décennies 60 ²». En outre, d'après Grivois « ces meurtres se déclenchent de façon fulgurante à partir d'antagonismes physiques insignifiants, oppositions réelles à peine perceptibles sans aucune mesure pas sans lien avec l'assaut sacrificiel ³». Grivois réitère à l'évidence son désintérêt de tout repérage clinique des coordonnées de l'acte préférant en rester aux données physiques et géographiques. Il n'est pas du tout évident dans le cas des passages à l'acte qui nous intéresse que la victime soit le plus souvent une personne familière du meurtrier. Cela resterait à prouver. L'affaire Thouviot est à cet égard un contre-exemple parmi d'autres. Quoiqu'il en soit, tenir pour rien la dimension causale de ces actes en laissant croire qu'ils sont déterminés exclusivement par la proximité physique, générant des *antagonismes* ou des *oppositions*, entre le meurtrier et sa victime n'avance pas l'élucidation des enjeux subjectifs de tels actes. Au reste, c'est être sourd aux dires ou écrits de ces sujets qui ont tenté par la suite de s'en expliquer.

Enfin, bien que Grivois admette que le meurtre puisse court-circuiter l'entrée dans la psychose, il s'en tient à une donnée purement formelle délaissant toute investigation du court-circuit psychique que constituent ces types de passages à l'acte. A notre connaissance, il semble que ce soit Paul-Louis Ladame qui ait avancé le premier, en 1916, la thèse d'un mécanisme dit de « court-circuit cérébral ⁴» afin d'expliquer un meurtre impulsif. Deux ans plus tard, ils publient avec les docteurs Max Egger et François Naville la première partie d'un rapport médico-légal concernant un crime commis par K.F. On peut y lire : « on sait que l'impulsion de l'enfant ne fait que reproduire une des phases primitives de l'évolution humaine. K... n'a pas dépassé cette phase. Son mécanisme cérébral est resté simple. L'action suit immédiatement l'impression sensible, sans laisser le temps aux réminiscences, à la

¹ Grivois H. *Urgence folie*, op. cit., p. 48.

² Grivois H. *Naître à la folie*, op. cit., p. 99.

³ *Idem*.

⁴ Ladame Paul-Louis. « A propos du court-circuit cérébral », *La Tribune de Genève*, du 26 octobre 1916.

réflexion, d'intervenir, de surgir de la conscience, comme cela se passe chez l'adulte normal, et d'arrêter par leur résistance, de faire dévier le mouvement lancé par l'impression ou par l'idée affective dans le circuit réflexe du cerveau. La peur irraisonnée d'être enlevé par le chauffeur a fait partir la balle, sans que F...ait eu l'idée de s'y opposer¹». Tout indique que pour les auteurs, sans pour autant qu'ils le formulent ainsi, que le meurtre perpétré par K, surgit comme court-circuit de sa pensée pour ainsi dire sans l'Autre. Constaté ce fait clinique est une chose, tenter d'en saisir la réalité et l'efficacité en est une autre à laquelle Grivois ne s'attarde pas. Ou mieux encore, il le réduit à un « agir² » c'est-à-dire à sa face comportementale éludant par là sa *logique*. A l'agir de la psychose naissante nous pouvons opposer l'abord lacanien de l'acte de sorte que la logique du déclenchement de la psychose permet de dégager une logique du meurtre immotivé qui lui est indexée. « La logique du meurtre immotivé apparaît inséparable de celle des débuts de la psychose. Cet acte constitue une tentative de guérison, non pas recherchée par l'élaboration signifiante du délire, mais empruntant en court-circuit le truchement de l'objet réel. Une dépossession plus ou moins accentuée de la fonction symbolique en constitue une condition préalable, tandis que la confrontation à la jouissance de l'Autre s'avère la situation électorale du déclenchement du phénomène³ ». Maleval met donc en parallèle les deux logiques ou structures, celle du meurtre immotivé et celle du déclenchement de la psychose car toutes les deux nécessitent, selon lui, deux conditions, l'une renvoyant au déterminisme de la psychose et l'autre à la circonstance à partir de laquelle ces deux logiques se déploient. De plus, elles partagent également la même finalité auto-thérapeutique. Parfois, ce court-circuit peut opérer à lui seul *la suture* de la béance de l'Autre à laquelle le sujet fut confronté, mais les faits cliniques montrent également que le meurtre immotivé peut à l'occasion précéder une évolution délirante. L'antécédence de ce passage à l'acte résulte alors de son inefficacité à défendre le sujet contre le réel envahissant et le délire s'offre dès lors comme une tentative de guérison où le circuit du signifiant et ses ressources sont appelés en renfort. Il en résulte que ces deux réalités psychopathologiques que sont le délire et le meurtre immotivé sont déterminées par la même logique structurale. On mesure ainsi toute la valeur de la conception de la logique du déclenchement de la psychose. On peut donc inférer des propos de Maleval qu'il est tout à fait logique de parler de déclenchement du passage à l'acte immotivé au sens où il peut être l'unique manifestation clinique de l'entrée dans la psychose. Les affinités entre le

¹. Egger Max, Naville François, Ladame Paul-Louis. « Rapport médico-légal sur l'état mental de K...F », *Annales médico-psychologiques*, vol 1, mars 1918, tome IX, 10ième série, p. 248-266, p. 263-264.

². Grivois H. *Naître à la folie*, *op. cit.*, p. 95-96.

³. Maleval J.-C. « Logique du meurtre immotivé », *op. cit.*, p. 62.

déclenchement de la psychose et le passage à l'acte tiennent également à leur retentissement subjectif, aussi bien pour le déclenchement que pour l'acte, le sujet est en changé, sa vie n'est désormais plus la même. Au demeurant, elles empruntent deux trajets différents que l'on conçoit aisément comme radicalement opposés sur le plan socio-juridique dans la mesure où comme le souligne Maleval le meurtre immotivé « constitue la plus fruste des tentatives de guérison ¹».

1-3. *Entrée dans la psychose et (auto)-mutilations*

Pouvant survenir dans le contexte d'une entrée dans la psychose, les passages à l'acte (auto)-mutilatoires peuvent opérer, le cas échéant, comme une sortie radicale de la clinique de Po, qu'ils soient réalisés hors de tout troubles majeurs, tel le cas d'Albert Piquet ou bien imposés par des voix hallucinées, tel le cas de Joseph Rouillard. Les auteurs respectifs de ces deux observations ont constaté un effet résolutoire du passage à l'acte auto-mutilatoire mentionnant même le terme de *guérison*. Comment rendre compte de ces faits subjectifs ? Bien qu'elle les évoque très rapidement, la clinique de la psychose naissante ne procède à aucune proposition originale permettant ou tentant d'élucider de tels passages à l'acte et leurs effets subjectifs. Grâce à une prise en considération de l'enseignement lacanien sur l'acte et ses propriétés, il nous semble avec J.-C Maleval, que la valeur auto-thérapeutique de ces actes sur le corps propre du sujet ou sur celui d'autrui tiendrait à un traitement réel du réel, c'est à dire réalisant une castration dans le réel. Aussi, cette thèse corréle la structure psychotique et son déclenchement à la structure du passage à l'acte en ce sens que l'auto-émasculation est appréhendée par la carence de la fonction paternelle. Cet acte équivaut à une tentative dans le réel de suppléer à l'absence de la fonction paternelle sans toutefois réaliser une séparation/connexion entre signifiant et objet a, ce dernier n'ayant pas été connecté au signifiant phallique.

1-3. 1. Le cas *Joseph Rouillard*

Le Docteur Solaville dans son « Observation de Lypémanie guérie par la mutilation volontaire des organes génitaux ²» rapporte le cas d'un homme de 34 ans, Joseph Rouillard, dont les troubles ont débuté à la suite de la perte de sa femme, décédée des suites d'une

¹. *Ibid.*, p. 58.

². Solaville. « Observations de Lypémanie guérie par la mutilation volontaire des organes génitaux », in *Annales médico-psychologiques*, n°19, 1878, p. 218-224.

affection de poitrine. Dans ce sens, Solaville note qu' « à dater de ce moment, le sommeil le fuit, il est sous l'empire d'hallucinations étranges et même d'impulsions suicides ¹ ». Il y a dès lors tout lieu de penser que le décès de celle-ci ait opéré comme la « conjoncture dramatique ² » de l'entrée dans la psychose de son mari. Ce dernier, qui pensait avoir tué son épouse par excès de relations sexuelles « s'est mis dans la tête qu'il doit aux mânes de sa femme le sacrifice de ses organes génitaux ³ », poursuit Solaville. Ce patient, qui lui demandait en vain de procéder à l'opération qui devait le guérir, fini par s'émasculer. De sorte que si l'auto-émasculatation de Joseph Rouillard est bien consécutive à la perte réelle de sa femme, on alors peut supposer rétrospectivement qu'elle était pour lui le support d'une fonction de béquillage imaginaire. Au décès de son épouse, celui-ci répond par une autre perte non moins réelle et définitive, celle de ses organes génitaux, perte que l'on peut qualifier de castration dans le réel. Celle-ci désigne l'auto-castration volontaire des organes génitaux, ou *eunuchisme*⁴, organes qui n'ont pu accéder au statut de signifiant faute de l'opération symbolique de la métaphore paternelle, son absence déterminant en conséquence une carence de la fonction phallique Φ_0 , fonction à laquelle le sujet ne fut manifestement pas soumis. En outre, cette castration volontaire, par sa dimension auto-punitive, rentre dans le cadre de ce que Lacan avait nommé les « crimes du Sur-moi ⁵ », ajoutant ainsi une troisième catégorie à la typologie de Paul Guiraud qui comprenait déjà les *crimes du Moi* et les *crimes du Soi*⁶. Cette émasculatation serait consécutive à une auto-accusation délirante évoquant une position mélancolique, elle serait le prix à payer à l'Autre jouisseur que l'on peut supposer présent dans l'observation sous les espèces des hallucinations lui commandant de s'émasculer.

Dans ce sens, la clinique du meurtre immotivé telle que renouvelée par Guiraud et Cailleux permet d'aborder le passage à l'acte de Rouillard comme « le transfert du désir 'guérir la maladie' » non pas « sur celui de 'supprimer le mal social' ⁷ », mais dans le cas présent, sur celui de supprimer ce qui a causé le mal, c'est-à-dire les organes génitaux. Il s'agit donc d'une autre localisation de la source du mal non pas à l'extérieur mais sur le sujet lui-même. En outre, nous pouvons décliner au cas Rouillard dans un parallélisme énonciatif la

¹. *Ibid.*, p. 224.

². Lacan J. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *op. cit.*, p. 578.

³. Solaville. « Observations de Lypémanie guérie par la mutilation volontaire des organes génitaux », *op. cit.*, p. 220.

⁴. Blondel Charles. *Les auto-mutilateurs. Étude psycho-pathologique et médico-légale*, Paris, Librairie Jules Rousset, 1906, p. 7. Les auto-mutilations directes et volontaires : eunuchisme, enucléisme, et scaevolisme et dans ce cadre militaire. Les auto-mutilations indirectes involontaires.

⁵. Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, *op. cit.*, p. 302.

⁶. Guiraud P. « Les meurtres immotivés », *op. cit.*, p. 26.

⁷. Guiraud P, Cailleux B. « Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie chez les hébéphréniques », *op.cit.*, p. 358.

propriété suivante du meurtre immotivé : celui-ci n'est pas « une réaction sans cause, mais un effort de libération contre la maladie transposée pathologiquement dans le monde extérieur ¹ ». Elle devient ainsi : l'auto-émasculatation n'est pas une réaction sans cause, mais un effort du sujet pour se libérer des troubles psychotiques l'envahissant et lui commandant de se suicider, cela peut-être supposé, en retournant pathologiquement contre une partie de lui-même cette accusation. Cette localisation de la jouissance en un objet, non pas hors corps mais sur le corps, lui permet ainsi de ne pas se suicider. Au lieu de se supprimer, il procède au sacrifice propitiatoire de l'un de ses organes, signification expiatoire délirante à rapporter à l'impératif de jouissance de l'Autre de la religion ainsi que Blondel l'avait déjà souligné². Telle est la « conclusion logique ³ » intervenant dans un troisième temps après l'instant de voir consistant cliniquement dans les hallucinations et l'instant de comprendre à savoir son auto-accusation. Sans doute n'est-ce pas un hasard si Mallet, au cours de la discussion, énonce qu'il rapprocherait volontiers le cas présenté par Guiraud et Cailleux de celui d'un homme qu'il avait rencontré suite à son auto-mutilation.

La conjonction entre cette conjoncture dramatique, les troubles initiaux et les effets subjectifs de l'acte, invite à appréhender celui-ci à partir de la logique du déclenchement de la psychose et son auto-traitement. Autrement dit, nous inclinons volontiers à insérer « cet acte de court-circuit ⁴ », selon l'expression de Paul Guiraud, dans la clinique de l'entrée dans la psychose si l'on considère qu'il s'agit là d'un auto-traitement sans l'Autre du signifiant, de la faille symbolique. Ce faisant, nous rejoignons J.-C Maleval pour lequel « la logique du meurtre immotivé apparaît inséparable de celle des débuts de la psychose. Cet acte constitue une tentative de guérison, non pas recherchée par l'élaboration signifiante du délire, mais empruntant en court-circuit le truchement de l'objet réel ⁵ ». Les données rapportées par Solaville concernant Rouillard après son acte, permettent de soutenir cette hypothèse. D'une part, les troubles initiaux ont disparu, du moins peut-on l'inférer de leur absence sous la plume de Solaville. D'autre part, on peut y lire les propos suivants : « à notre arrivée, le malade nous accueille presque en souriant ; il ne se repent point de ce qu'il a fait, puisque cela lui était commandé ; il ne devait guérir qu'à ce prix, il est content, la chose serait à refaire,

¹. *Ibid.*, p. 359.

². Blondel C. *Les auto-mutilateurs. Étude psycho-pathologique et médico-légale*, *op. cit.*, p. 34.

³. Sauvagnat F. « La question des 'passages à l'acte' en psychanalyse », in Grivois H. (sous la direction de). *Les monomanies instinctives*, Paris, Masson, 1989, pp. 89-107, p. 106.

⁴. Guiraud P. « Les meurtres immotivés », *op. cit.*, p. 28.

⁵. Maleval J.-C. « Logique du meurtre immotivé », *op. cit.*, p. 62.

qu'il recommencerait ¹». Solaville constate donc les répercussions subjectives d'un tel acte qu'il serait plus juste de qualifier de mutation subjective si nous souhaitons rester au plus près du sens de ses propos. En effet, celui-ci note : « A notre arrivée, le malade nous accueille presque en souriant ; il ne se repent point de ce qu'il a fait, puisque cela lui était commandé ; il ne devait guérir qu'à ce prix, il est content, la chose serait à refaire, qu'il recommencerait ²». Ainsi, « Rouillard, poursuit-il, n'est plus ce qu'il était avant son aventure ; et la satisfaction peinte aujourd'hui sur son visage contraste d'une manière frappante avec sa physionomie ³». Mais Solaville se demande comment appréhender cette mutation du sujet qu'il n'hésite pourtant pas à nommer guérison : « La guérison obtenue est-elle de cause physique ou morale ? Doit-on l'attribuer à la lésion traumatique, ou bien n'est-elle que l'effet de l'imagination ? Peut-on la rapporter à la joie ressentie par le malade qu'il ne cherche point à cacher en voyant atteint le but qu'il poursuivait depuis longtemps, semblable à cette sorte de détente qu'éprouve après son crime, l'épileptique meurtrier ? Peut-être est-elle due à l'action combinée de ces deux causes ⁴». Reconnaissons tout d'abord que l'intuition d'un tel rapprochement entre cette émascultation et le passage à l'acte meurtrier de l'épileptique est remarquable, l'auteur soulignant ainsi, non pas l'appartenance des deux entités, lypémanie et épilepsie au même champ psychopathologique, mais la similarité des répercussions subjectives de tels actes.

Il appert de cette observation que le passage à l'acte de Rouillard introduit une discontinuité dans son existence. Il n'est désormais plus le même homme, son acte ayant paré en quelque sorte à la faille du symbolique et réduit au silence l'Autre jouisseur qui lui commandait son émascultation par le truchement des hallucinations. Tout du moins l'observation vaut pour les deux années postérieures à son acte. Ainsi, cet acte semble avoir produit, ce qu'un demi-siècle plus tard Paul Guiraud et Bernard Cailleux désigneront comme « effet de libération ⁵», et qui acquerra trois ans plus tard le statut d'« acte brusque libérateur ⁶». Partant, cette auto-éviration mérite d'être élevée au statut d'acte lacanien en ce qu'elle concorde avec la définition lacanienne de l'acte dont J.-A Miller donne ainsi les

¹. Solaville. « Observations de Lypémanie guérie par la mutilation volontaire des organes génitaux », *op. cit.*, p. 220.

². *Idem.*

³. *Ibid.*, p. 223.

⁴. *Ibid.*, p. 224.

⁵. Guiraud P, Cailleux B. « Le meurtre immotivé, réaction libératrice ... », *op. cit.*, p. 359.

⁶. Guiraud P. « Les meurtres immotivés », *op. cit.*, p. 28.

termes : « tout acte vrai au sens de Lacan est ainsi ‘un suicide du sujet’, on peut le mettre entre guillemets, pour indiquer qu’il peut en renaître, mais il en renaît différent ¹».

1-3.2. Le cas *Albert Piq.*

MM de Massary, Leroy et Mallet rapportent lors d’une séance de la Société médico-psychologique en date du 24 juin 1929, le cas d’un jeune homme schizophrène hospitalisé à Lariboisière à la suite d’une auto-mutilation des organes sexuels. Il débute ainsi leur observation : « Le 20 juillet, Albert Piq... rentre tranquillement chez lui, à minuit, revenant du cinéma. Sans anxiété, ni émotion, ni excitation, il prend un couteau de table peu tranchant : « Je n’ai pas pris de rasoir, dit-il, de peur, de me faire du mal en me coupant la cuisse’’ – saisit ses parties sexuelles de la main gauche et coupe complètement la verge et les bourses avec le couteau. Ceci fait, il va jeter les organes dans les W-C. Il attend une heure l’arrêt de l’hémorragie, passe la nuit sur une chaise de peur de salir le lit et part comme d’habitude, le lendemain, à 5 heures du matin, à son travail ²»

Au cours de la discussion faisant suite à l’exposé des auteurs, Mallet signale que « sur le moment, il [Albert] ne pouvait indiquer, pour l’acte accompli, aucun motif plausible ³». Il convient de souligner avec quelle récurrence, dans ce type de clinique, les sujets éprouvent les pires difficultés à expliquer et motiver leur acte comme le corrobore deux des trois observations rapportées par Kamal Moufid et al⁴. A posteriori, Albert peut dire : « l’idée m’est venue d’un seul coup en rentrant du cinéma, je n’avais jamais pensé à pareille chose auparavant, j’ai coupé ma verge parce qu’elle me gênait dans l’érection, je n’ai pas souffert ⁵». Si de concert avec Pierre Janet, Président de la séance du 24 juin 1929, nous posons la question de « comment a surgi à ce moment précis [chez le sujet] l’idée de se couper les parties ⁶», malheureusement il nous faut bien admettre l’insuffisance des données cliniques permettant de repérer la ou les condition (s) déclenchante (s) du passage à l’acte.

¹. Miller J.-A. « Jacques Lacan : remarques sur son concept de passage à l’acte », *op. cit.*, p. 52.

². De Massary, Leroy, Mallet. « Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène », séance du 24 juin 1929 de la Société médico-psychologique, in *Annales médico-psychologiques*, n°2, 1929, p. 144 -150, p. 144-145.

³. *Ibid.*, p. 149.

⁴. Moufid Kamal, Joual Abdenbi, Debbagh Adil, Bennani Saad, El mrini Mohammed. « L’automutilation génitale : à propos de 3 cas », in *Progrès en urologie*, 14, 2004, p. 540-543.

⁵. De Massary, Leroy, Mallet. « Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène », *op. cit.*, p. 146.

⁶. Janet Pierre in De Massary, Leroy, Mallet. « Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène », *op. cit.*, p. 149.

A propos du cas évoqué par Paul Guiraud et Bernard Cailleux dans leur article¹, De Massary et ses co-signataires écrivent : « notre cas semble plus complexe. On y trouve un processus freudien. Albert nous a avoué être tourmenté par des érections. Préoccupé plus qu'il ne le dit et plus qu'il ne le pense par un érotisme certain, cet anormal au point de vue sexuel a obéi à une idée impulsive de supprimer d'un seul coup une cause de souffrance ² ». Ce faisant, les auteurs se réfèrent explicitement à la clinique du meurtre immotivé à la fois pour le rapprocher de l'acte d'Albert Piq et à la fois pour spécifier celui-ci en érotisant, abusivement pensons-nous, les érections de ce jeune. Bien plutôt qu'une érotisation excessive, ces érections doivent être, à notre sens, appréhendées comme des envahissements de jouissance non corrélées à un désir sexuel. Et bien que le sujet pratique fréquemment la masturbation, l'observation invite à séparer chez ce jeune homme, érection et désir sexuel, afin de mettre en évidence l'envahissement d'une jouissance de l'organe. Albert est dès lors encombré par cet organe dont la présence se fait trop sentir pour lui. Mais comment se fait-il que le sujet vive sous un tel registre ses manifestations érectiles ? C'est que le phallus en est resté à l'organe faute d'avoir été symbolisé en signifiant du désir générant la perte d'une jouissance. Est-ce là sans doute ce que Lacan désignait comme jouissance de l'organe dans la schizophrénie en tant que manifestation du réel contre lequel le sujet dit-schizophrène « est le seul sujet à ne pas se défendre [...] au moyen du symbolique, comme nous faisons tous quand nous ne sommes pas schizophrènes. Il ne se défend pas du réel par le langage, parce que pour lui le symbolique est réel ³ ». Dès lors sectionnés, les organes génitaux sont déposés dans les w-c littéralement au titre de déchet. Ce surgissement du réel que vient désigner l'objet *a* lacanien n'est pas sans provoquer quelque effet subjectif comme nous allons le constater plus avant. Avancée avec prudence, cette hypothèse introduit une différence de statut psychopathologique entre cet acte et les impulsions du sujet à prendre le train : « je ne sais pas pourquoi j'ai quitté Paris, l'idée m'a pris subitement dix minutes avant de reprendre le train ⁴ » a-t-il confié à son père venu le chercher dans le Limousin. Bien que l'on puisse rapporter cet acte et ces impulsions au même champ schizophrénique en évoquant les *comportements étranges des impulsifs des formes insidieuses et progressives de la schizophrénie incipiens* d'Henri Ey⁵, cette auto-émasculatation se distingue de n'être pas *sans cause* comme nous venons de le soutenir.

¹. Guiraud P, Cailleux B. « Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie ... », *op. cit.*

². De Massary, Leroy, Mallet. « Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène », *op. cit.*, p. 148.

³. Miller J.-A. « Clinique ironique », *op. cit.*, p. 7.

⁴. De Massary, Leroy, Mallet. « Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène », *op. cit.*, p. 146.

⁵. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens » [1955], *op. cit.*

Si au cours de la discussion Mallet indique qu'Albert ne présentait pas à son arrivée à Lariboisière de manifestations éthyliques, en revanche, les auteurs rapportent des alcoolisations massives du jeune homme au cours des semaines précédant son passage à l'acte. Il s'agit là d'une donnée clinique concordante avec d'autres observations régulièrement rapportées par les cliniciens et notamment Paul Guiraud et Bernard Cailleux, qui étaient persuadés qu'à l'entrée dans la psychose, Paul « alla chercher dans l'alcool une défense contre la maladie sous forme d'un stimulant et d'un oubli ¹ ». Ainsi, ne pourrait-on pas considérer les alcoolisations d'Albert Piq. comme une première esquisse de traitement réel² du surgissement du réel lié à une forme insidieuse d'entrée dans la psychose, rejoignant ainsi les propos de Maurice Porot³ qui incluait l'auto-émasculation dans cette clinique. A cet égard, Guiraud avait repéré qu'au début de la psychose s'adjoignaient parfois à « l'élément pathologique primordial [...] des troubles instinctifs spécialement sexuels » correspondant cliniquement à « l'apparition de sensations douloureuses et voluptueuses à la fois ⁴ ». Parallèlement à ces phénomènes de corps dont la présence n'est pas systématique, le tableau clinique afférent à ce type d'acte se caractérise bien souvent par l'absence de troubles psychopathologiques francs et massifs. Dans ce sens, deux des trois observations rapportées par Moufid et al⁵ sont le fait de sujets décrits sans antécédents pathologiques particuliers.

Pour en revenir à l'observation d'Albert, les auteurs notent avec insistance qu'il se porte tout à fait bien après s'être émasculé, n'éprouvant par la suite aucun regret. On peut donc inférer que cet acte a eu une valeur auto-thérapeutique : « Dégagé de tous souci, libéré par son acte des instincts impérieux de la génitalité, replié dans son indifférence affective et pragmatique, ce schizophrène mène une existence parfaitement satisfaite et ne voudrait pas changer son sort ⁶ ». Les auteurs précisent que sur la durée de l'observation, période de deux ans, les propos du patient n'ont « jamais varié sur ce point ; aucun remords, aucun regret, il se sent soulagé, parfaitement satisfait de lui-même et recommencerait si la chose était encore possible ⁷ ». Les répercussions subjectives d'un tel acte sont indéniables, le patient confiant lui-même : « je suis très, très content, dit-il, je me plais beaucoup ici, jamais je n'ai été si

¹. Guiraud P, Cailleux B. « Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie... », *op. cit.*, p. 357.

². Sauvagnat inclus les alcoolisations dans la catégorie des suppléances réelles. Cf, *supra.*, p. 396 et sq

³. Porot M. « Modes d'entrées dans la schizophrénie », *op. cit.*.

⁴. Guiraud P. « Les délires chroniques » *op. cit.*, p. 665.

⁵. Moufid Kamal et al. « L'automutilation génitale : à propos de 3 cas », *op. cit.*

⁶. De Massary, Leroy, Mallet. « Auto-mutilation sexuelle chez un schizophrène », *op. cit.*, p. 148.

⁷. *Ibid.*, p. 146.

heureux qu'à l'asile ¹», tellement content qu'il avait adressé à un interne : « faites comme moi et vous verrez combien vous serez plus tranquille ²». Cependant, cette perspective doit être atténuée dans la mesure où si les auteurs ne relèvent aucune diminution des capacités intellectuelles et plus largement de troubles de la chaîne signifiante, en revanche, ils notent que « son affectivité se montre profondément touchée ; les sentiments familiaux sont réduits au minimum d'expression et ne sont nullement réels. ³».

1-3. 3. Le cas *Cyril* : rencontre d'un impossible à dire et tentative de solution par le passage à l'acte

Les passages à l'acte psychotiques perpétrés lors de la période dite médico-légale sont loin d'être tous résolutoires, certains inaugurant une clinique phénoménologiquement plus florissante. Au reste, il n'en demeure pas moins probable que s'ils ratent à exercer un traitement radical de la rencontre du réel une investigation analytique de ces passages à l'acte dévoile tout de même leur forte connexion à la structure subjective de leur auteur. Une reprise rapide de l'examen des coordonnées de la « machinerie du passage à l'acte ⁴» de Cyril et une analyse de la visée de son acte plaident ainsi en faveur de la thèse d'une carence de la fonction paternelle et de ses conséquences dans l'économie de la jouissance du sujet psychotique.

Rappelons que ne pouvant informer quiconque de la présence d'une cartouche dans son urètre, cette obstruction apparaît comme le point de bascule à partir duquel le passage à l'acte fait solution pour ce sujet. On peut même considérer ce point de bascule à partir du concept de lacanien de déclenchement de la psychose dans la mesure où Cyril passe à l'acte suite à la rencontre d'un réel, c'est à dire cet impossible à dire. Comme l'a souligné Maleval, le passage à l'acte meurtrier dans la psychose peut être abordé en certains cas à partir de la logique du déclenchement de la psychose⁵ et du traitement de la rencontre de la faille symbolique. Les coupures réalisées sur le corps de sa victime surviennent au moment où un objet réel est bloqué en lui, et peuvent dès lors être appréhendées comme une tentative de castration c'est-à-dire d'inscription d'un manque, non pas dans le symbolique mais dans le réel : son acte devait avoir comme portée de castrer l'Autre, sous la figure d'une femme à belle poitrine. De plus, autant l'intention de Cyril était de réaliser son obsession de *tuer* autant

¹. *Ibid.*, p. 147.

². *Ibid.*, p. 146.

³. *Idem.*

⁴. Lacan J. « De nos antécédents », in *Écrits, op. cit.*, p. 66.

⁵. Maleval J.-C. « Logique du meurtre immotivé », *op. cit.*

les faits furent sensiblement différents. Contrairement au sujet de l'affaire Jouviot qui asséna un coup de couteau à sa victime dans le seul but de la tuer, le passage à l'acte de Cyril dévoile qu'en réalité il s'agissait de castrer La femme non manquante, pour lui, jusque là. Il va mutiler le corps de sa victime lui sectionnant en partie les seins et lui lacérant le sexe, tentant de négativer un objet. La question de l'objet, de son statut, de sa localisation est tout à fait cruciale dans ce passage à l'acte : la complétude de l'Autre et celle du sujet sont corrélées de sorte qu'il se visait lui aussi comme « sujet de la jouissance ¹».

Laissant pour morte sa victime, Cyril part du lieu du drame avec l'idée de recommencer et va cependant rejoindre sa petite amie chez elle. Il sera arrêté quelques jours après dans une petite bourgade de bord de mer en présence de celle-ci. Sévèrement agité, confus, [halluciné ?, lui dit « délirant » sans toutefois se souvenir du contenu de son délire], il sera très rapidement hospitalisé en psychiatrie avant de partir la semaine suivante en Unité pour Malades Difficiles où il reprendra ces pratiques « mazochistes » éprouvant à nouveau son « obsession ».

1-4. *Le suicide*

Parmi les passages à l'acte pouvant être déclenchés à l'occasion de l'entrée dans la psychose, le suicide est une des données cliniques du tableau classique de l'entrée dans la psychose. Dans son étude « Du suicide » Esquirol notait déjà : « les maniaques se tuent aussi au début de leurs maladies, poussé au désespoir par l'affection morale qui a causé le délire, ou qui a coïncidé avec son explosion [...] Ces malades se tuent aussi parce qu'ils ont le sentiment de la maladie qui commence, ce qui les plonge dans le désespoir. ²» Certains auteurs ont même cru légitime de faire valoir cette relative fréquence de suicide, et plus encore d'idées suicidaires au début de la psychose clinique, en supposant *un stade mélancolique* primitif, comme ont pu le faire Guislain, J.-P Falret³ ou Hecker pour l'hébéphrénie⁴. Dans le cadre des formes insidieuses et progressives des entrées dans la schizophrénie, H. Ey accrédite ce repérage clinique en introduisant la notion de « tendance suicidaire ⁵». Repris dans les modèles contemporains, Grivois mentionne également le suicide

¹. Lacan Jacques. « Présentation des Mémoires d'un névropathe » [1966], in *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 213-218, p. 215. Lacan l'emploie pour désigner le sujet psychotique.

². Esquirol E. « Du suicide », in *Des maladies mentales*, p. 259-331, p. 266.

³. Falret J.-P. « Marche des maladies mentales », in *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 319.

⁴. Viillard A. « Introduction à la traduction du texte de Hecker sur l'hébéphrénie », *op. cit.*

⁵. Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens » [1955], *op. cit.*, p. 280.

comme une solution radicale de sortie de la psychose naissante. Définitif et éminemment *auto*, le suicide est exemplaire du rejet de l'Autre par le sujet au point que Lacan en ait fait le paradigme de l'acte¹. Rencontrant une faille dans l'Autre subordonnant un vécu subjectif de perplexité angoissée, le sujet peut être amené, devant un recours bien incertain sinon impossible à l'Autre, à ne pouvoir à mobiliser le signifiant ou d'autres défense, à se suicider. Et ce, à plus forte raison lorsque des voix par lui intimant l'ordre de se tuer, majorent son angoisse. A cet égard, l'observation de Joseph Rouillard que nous venons d'analyser est instructive. Les auteurs indiquent la présence chez lui d'idées suicidaires rapidement abandonnées au profit d'auto-accusations et d'un projet d'auto-mutilation, le tout sous le commandement d'un Autre jouisseur. On peut estimer que ces auto-traitements ont paré au suicide.

Il appert que la communauté de structure entre la défaillance de l'Autre et « l'impasse de l'Autre ²» dans les passages à l'acte et en particulier le suicide, permette de rendre compte de la fréquence des idées suicidaires dans la clinique de l'entrée dans la psychose.

2. La position mélancolique

Dans la théorie de la psychose naissante, la mélancolie incarne la seconde bifurcation, ou sortie radicale, possible de la centralité³. Selon Grivois « le sujet qui adopte la position dite mélancolique a un sentiment simple, clair, inaltérable et irréversible au moins pendant un certain temps : il n'y a pour lui de recours auprès de personne. Sans le dire il signifie par là qu'il est destiné à être abandonné de tous. Sa mort est imminente et sa mort va survenir dans des souffrances horribles, sans la moindre compassion de quiconque, tout le monde y participera dans une espèce joie sauvage. ⁴» Il convient de reconnaître la valeur curative de la certitude mélancolique qui plaide en faveur du paradigme structural lacanien dans la mesure où il est possible d'envisager la position mélancolique à partir de la certitude délirante par lequel le sujet s'impute à lui-même la responsabilité d'une faute. En effet, en lieu et place du vide de la signification phallique dévoilée en certaines conditions cliniques émerge chez le sujet cette certitude, selon deux modalités cliniques. Soit accompagnée de phénomènes

¹ Ce que développe J.-A Miller in « Jacques Lacan : Remarques sur son concept de passage à l'acte », *op. cit.*

². *Ibid.*, p. 53.

³. Grivois H. *Urgence folie*, *op. cit.*, p. 46

⁴. *Idem.*

récurrents en Po. A cet égard, le cas de Josph Rouillard est démonstratif de la conjonction d'idées mélancoliques, d'hallucinations verbales et d'un acte d'auto-mutilation. Soit en dehors de tout autres troubles majeurs de Po comme dans l'observation de Mr C qui plaide en faveur de la thèse d'un auto-traitement par un positionnement mélancolique de la faille symbolique, certitude venant suturer en court circuit cette béance.

Le cas de Mr. C

Après avoir fait part d'auto-accusations d'ordre sexuel à son médecin traitant, « parce que c'était plus possible de garder ça pour moi », me dira-t-il lors de notre première rencontre, Mr C, âgé d'une soixantaine d'années, est hospitalisé avec son accord en psychiatrie. Il m'apprend également, qu'il se sent relativement « mal » depuis quelques semaines. Lors de cette première rencontre, il se dit « tendu » manifestant une certaine instabilité sur sa chaise. Au surplus, il est sensiblement confus dans les repères spatio-temporels. Les investigations neurologiques menées n'ont décelées aucune anomalie particulière. Ce qui converge avec le « vécu catastrophique ¹ » au début de la mélancolie repéré par É. Laurent. Mr C s'auto accuse « d'attouchements », d'avoir « caressé » les « parties génitales » de son second fils alors que celui-ci n'avait que quelques mois ainsi que celles d'une petite fille dont son épouse, alors assistante maternelle, avait la garde. Là aussi, il dit ne l'avoir touchée qu'une seule fois. En outre, il s'accuse d'avoir eu des pratiques zoophiliques pendant des années avec la chienne de la famille. Or, lors de nos entretiens, il se révèle qu'il n'a aucun souvenir de ces faits. Il répond à nos questions par approximation : « cela a du se passer dans la chambre se serait logique » avant d'ajouter « je ne m'en souviens pas c'est loin ». Lors de cette première rencontre, il souhaite un médicament qui ferait disparaître toutes ces idées me disant « vous pouvez pas grand chose pour moi y a pas de médicaments pour faire oublier et on peut pas revenir en arrière ».

En retraite depuis le 1^{er} janvier 2008, il a commencé à ne pas se sentir bien fin-janvier. A cette époque, dit-il, « je tourne en rond, je m'ennuie ». Il a moins envie de bricoler et d'aller voir ses copains ce qu'il qualifie de « déprime ». Puis début février « subitement [il n'arrive toutefois pas à dater le jour] les idées sont dans ma tête ». Il ressent « une culpabilité » « une mauvaise conscience » et puis « c'est tout le temps dans ma tête » alors qu' « avant ça ne me posait pas de problèmes ». Parallèlement à cet envahissement d'idées, il

¹. Laurent É. « Mélancolie, douleur d'exister, lâcheté morale », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°47, octobre-décembre 1988, p. 5-17, p. 8.

ne dort presque plus. Il ne porte plus le même intérêt à ces activités. Il ne réalise pas ce qu'il avait prévu, les projets montés avec son frère jumeau décédé il y a six ans. Les semaines précédentes à son hospitalisation, contrairement à son habitude il rencontre quelques problèmes d'organisation dans ses travaux de bricolage, il est très agité, pense sans arrêt à ce dont il s'accuse. La fin de sa vie professionnelle semble coïncider avec les premiers troubles et le surgissement de sa certitude. Au cours des séances suivantes, il dit avoir « honte » et angoisse que ces enfants et proches ne l'apprennent, mais aussi éprouver « des regrets » : « je repense à ce que j'ai fait, je regrette quel gâchis » ajoutant « je culpabilise ». Il a aussi des « idées noires » et pense au suicide. Puis apparaît un état de vide et de mutisme, il passe de longues heures sur son lit allongé dans le noir ce qui n'est pas sans évoquer un aspect catatonique en ce sens que se manifeste une très forte perturbation du fonctionnement la chaîne signifiante, arrêtée sur ces auto-accusations. En séance où il vient car cela lui fait « du bien », lequel il ne peut le dire, il est très mutique. Il y a tout lieu de penser que la certitude délirante de ce sujet, que sous-tendent ses auto-accusations concernant une jouissance interdite transgressée, opère comme un calfeutrage efficace de la faille symbolique, par où il se présente comme un objet d'opprobre, *objet a*, pénalement justiciable. Qualifiant de « condamnable » ce dont il s'accuse, d'avoir jouit en quelque sorte, il semble s'attendre au verdict de la justice. Sa position mélancolique assure un certain traitement efficace devant le gouffre du symbolique au prix d'une prise en masse signifiante holophrastique de la jouissance. Il parvient peu à peu à sortir de sa chambre lorsqu'il est chez lui à réinvestir ses proches et ses occupations d'avant.

Contrairement à ce qu'avance Grivois à propos de la bifurcation mélancolique de la centralité, le cas de Mr C montre clairement l'absence de tout sentiment de centralité chez lui. Nulle mission ne lui revient, il s'attend bien plutôt que la justice remplisse ses missions. En outre, nulle figure d'Autre jouisseur dont il serait l'objet ne s'érige, il est ce jouisseur, identifié à l'objet déchet.

Autre point critiquable chez Grivois : la très forte immobilité dans laquelle il laisse ce mode de sortie radicale qui peut être au contraire introduite dans la perspective dynamique des délires mélancoliques natifs d'une faute que le sujet s'impute à lui-même. A l'instar des délires chroniques, les délires mélancoliques posséderaient eux-aussi, d'après Maleval, une échelle allant de la « mélancolie stuporeuse, en passant par le délire frustré de la mélancolie

simple, puis par la mélancolie de persécution [les *persécutés mélancoliques* de Lalanne], le cas Wagner de Gaupp jusqu'à la mélancolie mégalomaniaque [syndrome de Cotard]. ¹»

¹. Maleval J.-C. *Logique du délire, op. cit.*, p. 99-100.

Conclusion de la troisième partie

En appliquant la théorie stoïcienne des passions à la folie, Pinel réalisait là un geste spéculatif qui allait bouleverser les mentalités et donner naissance à la médecine spéciale et plus largement à la psychopathologie moderne. Bien que son appréhension médico-philosophique fût encore emprunte de certains préjugés des siècles passés, elle accordait une importance majeure aux causes morales dans l'avènement de ce que l'on désignait à sa suite l'aliénation mentale. Son schéma explicatif possédait une certaine homogénéité conceptuelle entre la cause morale, la réaction épigastrique, fondant dès lors sa « métaphore pathogénique 'hypocondro-épigastrique' ¹» et la suspension partielle du *sujet de la raison*. Indéniablement le discours clinique naissant accordait un certain intérêt au repérage des causes immédiates de l'aliénation mentale déclarée. Parue en 1822, la thèse de L.-A Bayle arguait d'une origine organique de l'arachnitis chronique ou paralysie générale². Elle sera « abusivement utilisée par les tenants d'une organogenèse intégrale des maladies mentales ³» afin d'inaugurer une seconde approche de la folie dont la théorie de la dégénérescence, la doctrine des constitutions, puis les modèles actuels de vulnérabilité qui poursuivent l'incessante volonté de localiser dans le corps biologique, dans « les organes du cerveau ⁴» dont parlait déjà Voltaire, la causalité ultime des psychoses⁵. Les héritiers du domaine neuropsychiatrique, que Bayle venait de fonder⁶, auront sans cesse la volonté d'étendre leur modèle à celui de la psychiatrie délimitée, quant à lui, en 1820 par Georget. En conséquence, cette approche centrée autour de la notion de maladie, dont le dernier avatar se dénomme *bio-psycho-sociale*, délaisse le repérage clinique des conditions d'entrées dans la psychose, désormais regroupées sous la catégorie des *events stress*, avec laquelle il n'est pas sûr que le promoteur de la notion de stress, H. Selye, aurait été en plein accord. Qu'elle fût dégagée à partir d'expériences menées

¹. Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 266.

². Bayle L.-A. *Recherches sur les maladies mentales*, thèse de médecine, P. Didot, 1822. « cette maladie (l'arachnitis chronique) peut être occasionnée, entretenue ou modifiée par une gastrite ou une gastéro-entérite chronique. » (p. 17). Cité par Postel. In « Georget et Bayle : deux destins contraires », in *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, *op. cit.*, p. 241.

³. *Ibid.*, p. 221. Postel précise qu'avec les thèses de Georget [1820] et celle de Bayle [1822] : « L'essentiel était dit sur les domaines respectifs de la psychiatrie et de la neuropsychiatrie, et sur leur approches méthodologiques différentes, avant même qu'elles aient été ainsi dénommées. »

⁴. Voltaire. Art Folie in *Dictionnaire de philosophie* [1769], Paris, Gallimard, 1994.

⁵. On peut également mentionner, parmi les auteurs majeurs de cette tradition somatique cérébrale, l'allemand Franz-Joseph Gall (1758-1828), fondateur de la phrénologie. Il publia dès 1807, son premier ouvrage portant sur les localisations et les fonctions cérébrales : *Cranologie ou découvertes nouvelles du docteur F.J Gall, concernant le cerveau, le crâne, et les organes*, Paris, Librairie stéréotype, chez H. Nicolle, 1807. Puis, il publia en cinq volumes, parus entre 1822 et 1825, ses recherches *Sur les fonctions du cerveau et sur celles de chacune de ses parties*. Réédités chez L'Harmattan.

⁶. Si on nous permet cet anachronisme sémantique et disciplinaire.

sur des rats aurait dû conduire à la prudence et rendre caduque son application à l'homme. Autant l'approche aliéniste multipliait les conditions cliniques d'apparition de l'aliénation mentale déclarée, au risque d'apparaître comme un simple enregistrement des passions et des drames humains, autant le savoir psychiatrique contemporain alterne entre un désintérêt quasi-complet de ces situations cliniques et une catégorisation généraliste aux ressorts psychophysiologistes. On retrouve cette bipartition dans la relative évolution des positions de Grivois.

Le paradigme du déclenchement ne se contente pas de la réalité factuelle des conditions d'entrée dans la psychose mais les appréhende par leurs effets dans la structure du sujet. Le concept de déclenchement de la psychose conserve dans l'enseignement de son promoteur, l'originalité conceptuelle de sa causalité, en ce qu'il associe le déterminisme de la structure du sujet psychotique aux situations actuelles. Tout d'abord ramassées en trois conjonctures dramatiques afférentes à la théorie du Un-père, ces situations ont été élargies grâce à une actualisation du statut du grand Autre et la prise en compte de son incomplétude. Une telle ouverture procède de la refonte lacanienne du concept de structure, de sorte que la rencontre de l'énigme du désir de l'Autre est devenue une situation élective du déclenchement. La clinique montre parfois qu'une *mauvaise rencontre* n'est pas suffisante à elle seule pour déclencher une psychose d'où la thèse avancée par Maleval d'une conjonction de facteurs. Au reste *l'insondable décision de l'être* lacanienne ne doit pas être évacuée, le risque étant une mécanisation structurale du déclenchement de la psychose, antinomique avec une clinique du sujet.

Il n'est guère contestable que la clinique de l'entrée dans la psychose ne peut être réduite à un tableau formel unique et inhérent. En effet, les combinaisons singulières de symptômes et l'intensité variable d'un sujet à l'autre des signes cliniques composites plaident en faveur d'une certaine hétérogénéité des modes d'entrée dans la psychose. Au demeurant, la récurrence traditionnelle de trois symptômes majeurs s'avère patente : une expérience énigmatique, le déchaînement du signifiant et la délocalisation de la jouissance. Parmi les variétés cliniques de ces modes, les fondateurs de la psychiatrie moderne française avaient déjà relevé la bipartition formelle dont nous avons abordé les enjeux psychopathologiques et subjectifs. Cependant, traditionnellement à l'intérieur du discours psychiatrique, de nombreux auteurs cédèrent à la tentation d'établir un ordre d'apparition des symptômes lors de l'entrée dans la psychose. Initiée par Georget dès 1820, cette ordonnance chronologique devient l'objet d'un débat où s'opposèrent deux courants sur la primauté des troubles, oubliant tous

deux la dimension dynamique de cette réalité clinique. Le tableau unique ne peut qu'être mis à mal par la diversité clinique de la singularité des cas. On peut, dans ce sens, émettre des réserves sur la démarche d'unification de la clinique de l'entrée dans la psychose tentant de la constituer en un tableau descriptif et phénoménal réduit au seul critère de l'événementiel. L'une des raisons de l'échec relatif du discours psychiatrique à ordonner cette clinique provient notamment de sa démarche descriptive. Même si elle doit être tempérée par la prise en compte des avancées psychiatriques de l'entre-deux guerre, Freud avait déjà souligné, avec une certaine justesse, dans sa conférence introductive de 1915, cette perspective restreinte du tableau clinique psychiatrique. Il souligne l'absence de corrélation entre les symptômes, les causes, et le mécanisme ou trouble générateur, alors qu'ils s'avèrent connexes, entre eux, dans le modèle structural du déclenchement : « Ni la philosophie spéculative, ni la psychologie descriptive, ni la psychologie dite expérimentale et se rattachant à la physiologie des sens, ne sont capables, telle qu'on les enseigne dans les écoles, [...] de fournir des données utiles sur les rapports entre le corps et l'âme et [...] [d'] offrir le moyen de comprendre un trouble psychique quelconque. Dans le cadre même de la médecine, la psychiatrie, il est vrai, s'occupe à décrire les troubles psychiques qu'elle observe et à les réunir en tableaux cliniques, mais dans leurs bons moments les psychiatres se demandent eux-mêmes si leurs arrangements purement descriptifs méritent le nom de science. Nous ne connaissons ni l'origine, ni le mécanisme, ni les liens réciproques des symptômes dont se composent ces tableaux nosologiques ; aucune modification démontrable de l'organe anatomique de l'âme ne leur correspond ; et quant aux modifications qu'on invoque, elles ne donnent des symptômes aucune explication ¹ ».

En premier lieu, la clinique dément elle-même la réalité chronologique fixe et invariable du tableau descriptif de l'entrée dans la psychose, et réduit ainsi la portée du débat sur la priorité des signes cliniques dans lequel Guiraud² alla à l'encontre de Clérambault. La rationalité ne se situe pas dans le dégagement d'un déroulement chronologique invariant de phénomènes naturels qu'il s'agirait simplement de recueillir, mais dans la formulation et l'ordonnement d'une séquence logique rapportant la clinique à des lois s'avérant être congruentes à celles d'une structure subjective. Le domaine du psychique est régi par des lois, certes invisibles, au demeurant comme toute loi scientifique, mais dont on peut inférer l'existence à partir de leurs effets psychopathologiques dans le domaine du sensible, à savoir la subjectivité. Aussi, la formulation de telles lois relève assurément d'une démarche

¹. Freud S. *Introduction à la psychanalyse* [1915-1917], Paris, Payot, 1961, p. 10-11.

². Guiraud Paul. « Les délires chroniques (hypothèses pathogéniques contemporaines) », in *L'Encéphale*, n°9, 1925, p. 663-673.

cohérente en ce qu'elle possède un certain degré de rationalité permettant d'ordonner le foisonnement et l'hétérogénéité de la clinique de l'entrée dans la psychose. Les lois natives de la *rationalité* psychanalytique s'attachent à rendre intelligible les processus psychiques régissant la subjectivité humaine. A ceci près que la rationalité psychanalytique structurale inclut la dimension subjective, alors que toute visée scientifique tend à forclure le sujet. Aussi, avons-nous soutenu que ces symptômes composites pouvaient être rapportés au déclenchement de la structure du sujet, subséquent à sa rencontre de la faille symbolique. La thèse lacanienne de la psychose, définie comme structure subjective, trouve argument dans la corrélation de ces symptômes, certes hétérogènes au niveau phénoménologique, mais natifs d'un principe unique, celui d'un ratage du cadrage de la jouissance : « A une analyse centrée sur une approche de la logique du réel, le trou dans l'imaginaire révélé lors de Po s'avère corrélatif d'une délocalisation de la jouissance. Le trouble initial de l'ordre du monde prend ses racines en un débordement de jouissance, il résulte d'une effraction des limites de celle-ci. Le surgissement de diverses manifestations en découle, dont les principales consistent en des hallucinations verbales, en des troubles hypocondriaques, en des phénomènes intuitifs ou interprétatifs, en des postulats passionnels. ¹» De sorte que le déclenchement s'apparente, dans les derniers développements de Lacan sur la chaîne borroméenne, à un dénouage des éléments de la structure subjective. Il nous faut souligner également la portée heuristique d'une telle approche, et particulièrement du dernier enseignement lacanien sur la structure borroméenne. Des propositions prolongeant cet enseignement ont permis à la fois d'affiner l'abord de signes déjà décrits dans le tableau classique de l'entrée dans la psychose et de discerner de nouvelles manifestations cliniques complétant ainsi cette clinique. Si les notions de néo-déclenchement ou de *débranchement* diffèrent du déclenchement, elles en posséderaient, toutefois, la structure.

Au gré de ses développements, le savoir psychiatrique a recensé et étudié, selon diverses fortunes, ce que nous concevons aujourd'hui comme les évolutions et sorties possibles de l'entrée dans la psychose. A l'évidence, celles-ci ne recèlent pas toutes le même degré de civilisation ni de pacification. En outre, ce savoir nourrit en son sein, depuis sa naissance, des approches fortement divergentes quant à leurs appréhensions psychopathologiques de ces modes évolutifs. A cet égard, la psychiatrie dynamique et ses travaux sur l'évolution délirante et les passages à l'acte, est celle qui se rapprocha le plus, en certains points, des investigations psychanalytiques. Les travaux de Guiraud et Cailleux sur

¹. Maleval J-C. *Logique du délire, op. cit.*, p. 98.

les meurtres immotivés et la réaction libératrice concrétisent sans doute le souhait freudien d'une psychiatrie inspirée par la psychanalyse. Toutefois, de manière spécifique, les différents modes de sortie de Po se rapportent fondamentalement, dans la clinique psychanalytique des psychoses, à des positions subjectives de défense : des modalités d'auto-traitement du ratage du nouage des éléments de la structure subjective. Là, réside la thèse que nous avons développée dans le cadre de l'approche structurale de la logique du déclenchement de la psychose. Nous avons argué, à la suite de Freud et de Lacan, de la valeur défensive de certains passages à l'acte, des positions schizophréniques et mélancoliques et du travail du délire face à la défaillance de la fonction paternelle qui s'avèrent être des modes de suppléance curative de la structure psychotique. Ils corroborent ainsi la thèse lacanienne d'une structure subjective.

A n'interroger vraiment ni les conditions de survenue ni les conditions d'(in)efficacité de ces modalités auto-thérapeutiques, le discours psychiatrique contemporain en reste à une prise en compte uniquement factuelle, et rate l'occasion de mener une investigation clinique sur la structure psychotique. Mais cela ne l'intéresse déjà plus.

- QUATRIÈME PARTIE -

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES CURATIVES ET PRÉVENTIVES DE L'ENTRÉE DANS LA PSYCHOSE

Cette quatrième et dernière partie sera consacrée à l'examen des prises en charge du sujet entrant dans la psychose dans le cadre relatif des deux paradigmes précédemment analysés. Partant, nous nous intéresserons aux traitements et indications thérapeutiques qu'ils induisent ou orientent dans l'accompagnement du sujet entrant dans la psychose. Au niveau méthodologique, précisons dès à présent que notre démarche ne vise nullement à comparer point par point les indications thérapeutiques afférentes à chacun des deux paradigmes, ni à procéder à une étude quantifiée, référée à un modèle statistique, dans le but de comparer l'efficacité de chacune d'elles. Cependant, nous en discuterons les principes, la notion d'efficacité thérapeutique n'ayant rien de naturelle dans le champ psychopathologique, et à plus forte raison, lorsqu'il s'agit de sujets entrant dans la psychose. Pour le dire autrement, il y a tout lieu de penser qu'une des problématiques majeures relative à notre clinique se centre autour de la notion cardinale de guérison qui sera à définir.

Aussi, nous examinerons en premier lieu les indications et orientations thérapeutiques des aliénistes depuis le traitement moral de la manie récente développée par Pinel, repris par Esquirol dans le cadre de sa réforme institutionnelle, et qui ne sera, au reste, réellement mise en œuvre qu'un siècle plus tard, jusqu'à sa dénaturation par F. Leuret. Dénaturation tendanciellement reconduite par Falret père, ce dernier recommandait, en effet, de ne pas se faire *le secrétaire des malades*. Ces derniers représentent sans conteste deux figures majeures

sinon pionnières des méthodes actives dans le champ psychopathologique où la persuasion à l'initiative du médecin représente un ressort fondamental du pouvoir médical¹.

En second lieu, nous soulignerons que cette dénaturation coïncide avec l'éclatement de l'espace asilaire qui donna notamment naissance, au tournant du vingtième siècle, aux *services des déliants*. Cette nouvelle médicalisation de l'entrée dans la psychose, accentuée par les premiers traitements biologiques et traitements de choc, constitua un tournant majeur dans l'organicité médicale de cette clinique. Congruente à cette perspective, les pratiques contemporaines ont été bouleversées par la découverte, au milieu du vingtième siècle, des premiers neuroleptiques. Cette thérapeutique psychopharmacologique devait connaître de nouvelles avancées avec la commercialisation, il y a quelques années, de la seconde génération des antipsychotiques atypiques. Parallèlement, les tenants des modèles de vulnérabilité ont développé des programmes bio-psycho-sociaux centrés exclusivement sur les premiers états psychotiques [notés PEP]. La position de Grivois présente une certaine originalité dans ce paysage médical objectiviste, en ce sens qu'il défend une pratique axée sur la rencontre clinique avec le sujet, en dénonçant tout aussi bien les prescriptions massives de psychotropes que l'approche analytique.

Du point de vue clinique, nous montrerons que la dépréciation et le désintérêt par les tenants du paradigme de l'apparition des causes occasionnelles se retrouvent dans leurs accompagnements respectifs. Nous développerons l'idée que de manière générale, cette déconnexion du paradigme de l'apparition s'oppose à la conjonction logique du paradigme du déclenchement, où le repérage des conditions de déclenchement possède un *sens* clinique. Le clinicien pourra s'appuyer sur ce repérage pour cerner avec le sujet les enjeux de cette mauvaise rencontre. Au surplus, il peut se faire le soutien de certaines initiatives auto-thérapeutiques du sujet, passant alors des ressources naturelles du fondateur de la psychiatrie à celles de la subjectivité : « c'est souvent un grand art que de donner à la nature le temps de développer ses ressources et ses efforts salutaires. ²» Ainsi, nous montrerons, grâce aux trois observations rapportées respectivement par Esthela Solano-Suarez, Dominique Vallet et Yves Depelsenaire, en quoi l'hypothèse lacanienne du déclenchement de la psychose et les avancées ultérieures de ses élèves offrent, au niveau de l'accompagnement, une clinique et une éthique prenant la mesure de ce moment crucial. Une telle pratique garde à l'esprit

¹ Elles s'inspirent de la médecine clinique active promue par l'Ecole de Paris et possèdent, croyons-nous, quelques affinités anticipatrices avec la démarche de médecine expérimentale active promue par Claude Bernard dans les décennies suivantes. Cf. Pommier Gérard. *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, op. cit., p. 327-328.

² Pinel P. *Traité médico-philosophique* [1809], op. cit., p. 356

l'indication que Lacan prononça dans son « Ouverture de la Section Clinique », estimant que « ce n'est pas la peine de thérapier le psychique ¹ ». Néanmoins, il ressortira que la clinique de l'entrée dans la psychose est une clinique où peuvent s'impliquer, dans certaines conditions, des intervenants des deux paradigmes dans la visée commune d'aider, de soutenir le sujet dans ses tentatives de défense contre l'expérience de perplexité angoissante initiale.

Dans une perspective historique, nous mettrons en évidence la permanence de certains préceptes idéologiques, toujours actuels dans le paradigme de l'apparition de la psychose, alors même qu'ils ont été radicalement séparés de leur dimension morale inaugurale². En ce sens, une visée inhérente à ce paradigme est de traiter le plus tôt possible le sujet entrant en psychose, le pronostic étant supposé corrélé à cette temporalité. On ne sera donc guère étonné que l'instigateur de la doctrine de la dégénérescence incita fortement la diffusion de pratiques hygiénistes qui devaient transformer le champ psychopathologique en champ médico-social congruent au mouvement de défense sociale en vigueur. Sa descendante, la doctrine constitutionnaliste, alliée au mouvement hygiéniste français de l'entre-deux-guerres allait accentuer la diffusion des pratiques préventives, grâce à une réforme institutionnelle qui possède encore des ramifications dans le champ psychiatrique français contemporain. Ainsi, devait s'imposer la *biocratie*, programme positiviste s'il en est, instigué par Toulouse et la Ligue nationale d'Hygiène mentale, et que diffusa son organe officiel *La prophylaxie mentale*³. Vraisemblablement, les enquêtes initiées par la politique sociale de Vichy, notamment celles menées par Georges Heuyer et Daniel Lagache⁴, ont préfiguré les études préventives basées sur des données prédictives et pronostiques dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Depuis quelques décennies, fortement orientées en cela par l'industrie pharmaceutique, les recherches naturalistes se concentrent massivement sur les sujets dits à risque. Bien que la pratique dite de l'intervention précoce génère une adhésion massive, quelques voix dissidentes se font heureusement entendre au cœur même des recherches neuroscientifiques contemporaines, certains chercheurs reconnaissant la trop faible efficacité et validité de ces

¹. Lacan J. « Ouverture de la Section Clinique », *op. cit.*, p. 13.

². Qui possédait sans conteste des racines humanistes et même chrétiennes. On peut penser que Pinel, ancien étudiant en théologie, s'en nourrit pour concevoir sa doctrine médico-philosophique. Cf. Masson. M, Bourgeois M.-L. « La médicalisation de l'intuition charitable : de saint Jean de Dieu à Philippe Pinel », *op. cit.*, p. 237-243.

³. On ne sera guère étonné d'apprendre que l'un des chefs de file du courant constitutionnaliste G. Génil-Perrin y officiait en tant que rédacteur en chef et que G. Heuyer, directeur de la clinique de neuro-psychiatrie infantile adossée à l'hôpital Henri Rousselle créé et dirigé par Toulouse depuis 1922 y publia régulièrement. Nous y reviendrons.

⁴. Notamment celle dite des « cent mille enfants ». Ohayon Annick. *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre (1919-1969)*, [1999], Paris, La Découverte, 2006, p. 263.

programmes. En nous appuyant sur ces critiques qui n'hésitent pas à se référer à une certaine éthique, nous montrerons que les préceptes scientifiques jouent à plein dans l'idéologie et l'exercice de la pratique préventive.

I. Dans le paradigme de l'apparition de la psychose

Incontestablement, la thérapeutique en médecine, et particulièrement en psychiatrie, est nettement subordonnée à l'histoire de l'idée de guérison où deux sens prévalent ainsi que l'a souligné François Bing : « Guérir apparaît en français vers l'an mille avec comme sens premier : 'être délivré d'un mal physique', et très rapidement cette délivrance s'étend au mal moral. En un deuxième temps seulement guérir prendra aussi le sens de 'rendre la santé'. On retrouvera l'oscillation entre ces deux sens tout au long de l'histoire de la psychiatrie. 'Délivrer' signifie rendre libre en supprimant quelque chose, en l'occurrence en supprimant le mal, à la fois 'ce qui cause la douleur' et 'ce qui est contraire à la morale, à la religion, c'est à dire le péché'. Force est de constater que la religion est omniprésente dans cette histoire de la guérison, y compris en psychiatrie, et ce jusqu'au XX^e siècle, et que le modèle central reste celui de l'exorciste qui va arracher le diable du corps du possédé ¹». Ajoutons encore que « l'idée de rendre la santé, quant à elle, de donner en retour un bon état physiologique, un fonctionnement harmonieux et régulier de l'organisme, puis de la vie psychique, est sous-tendue par le fantasme d'un retour initial, le *restitutio ad integrum*. ²»

Ainsi, la thérapeutique de la folie s'inscrira dans cette perspective de restitution intégrale de la raison depuis la naissance du traitement moral fortement inspiré par la philanthropie et l'obédience chrétienne de Pinel qui proposa sans doute la première véritable thérapeutique de la manie récente. Précisons qu'initié en France par l'infirmier Pussin, mais théorisé par Pinel, le traitement moral doit être considéré comme la première véritable thérapeutique psychiatrique moderne par laquelle était restituée à l'aliéné son humanité. Lacan, d'habitude peu amen avec les psychiatres, l'a lui-même souligné, « l'œuvre de Pinel nous a, Dieu merci !, rendus plus humains avec les fous du commun ³». A la suite de Pinel, Esquirol appela de ses vœux une réforme institutionnelle centrée sur les états aigus. Nous montrerons comment F. Leuret, en exploitant une certaine ambiguïté médicale des fondateurs, dénatura les principes cardinaux du traitement moral pour le transformer en psychothérapie individuelle de persuasion. Aussi, l'on peut s'accorder avec Postel à considérer que si le traitement moral « relève des méthodes psychiques, par opposition aux diverses thérapeutiques organiques, physiques, médicamenteuses, de la médecine mentale [...] une

¹. Bing François. « Folie et guérison, éléments d'histoire », in *Figures de la psychanalyse*, n°15, 2007, p. 131-137, p. 131.

². *Idem*.

³. Lacan J. « Propos sur la causalité psychique » [1946], *op. cit.*, p. 176.

certaines confusions demeurent dans leur esprit. Et ce n'est pas par hasard que les règles de conduite sociale, la 'norme' à retrouver, les jugements de valeur, l'éducation 'morale' et ses sanctions viendront contaminer leur pratique de cette 'psychothérapie'.¹»

À tournant du XIX^{ième} siècle le projet institutionnel d'Esquirol sera l'objet de nombreux débats et publications avant que ne soient ouverts les premiers *services des déliants* accueillant exclusivement des sujets en états aigus. Au surplus, cette époque est aussi celle de l'avènement des premières thérapies biologiques et des traitements de choc appliqués aux sujets entrant dans la psychose.

L'approche bio-psycho-sociale qui prévaut dans la psychiatrie actuelle développe des programmes curatifs tripartites respectivement des thérapies *biologiques*, des *psychothérapies* cognitivo-comportementales et de la réhabilitation *sociale*. De tels protocoles de soins, si l'on veut parler la *novlangue*, mettent à mal la dimension subjective ainsi que nous le verrons lorsque nous présenterons le PSI de l'hôpital de Montréal.

Bien que la pratique d'entretien précoce promue par Grivois dans le cadre de sa théorie de la psychose naissante tente de conserver un certain intérêt à la rencontre du sujet, elle se révèle par trop volontariste appréhendant électivement par l'imaginaire la situation clinique.

Il nous faudra prendre la mesure de l'importance du précepte idéologique attesté depuis les linéaments de la psychiatrie moderne affirmant l'existence d'un lien de corrélation entre la rapidité de mise en place du traitement dans la clinique de l'entrée dans la psychose et des résultats thérapeutiques proches de la guérison.

I-1. Le traitement moral de l'aliénation mentale récente

Assurément la Création de l'Académie royale de médecine en 1770 fut une date majeure pour l'institutionnalisation de la médecine et notamment celle dite spéciale et ses thérapies. Dix ans plus tard, « l'année 1780 marque un tournant décisif dans l'histoire hospitalière, avec la volonté de prise en charge de l'assistance par le gouvernement, notamment sous l'action de Necker²» selon P. Morel et Cl. Quérel. Liée au mouvement philanthropique, « qui a fait le lit du traitement moral, et dont on peut déjà trouver les traces

¹. Postel J. « Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle », *op. cit.*, p. 586.

². Morel P, Quérel Cl. « Bilan des thérapies à la fin du XVII^{ième} siècle », *op. cit.*, p. 126.

chez les médecins humanistes du XVI^e siècle, tels que Juan Luis Vivès, Pierre Pigray, ou André Dulaurens ¹», cette volonté de réformer les hôpitaux va se manifester par des visites d'établissements d'après lesquelles sera rédigée par Colombier et Doublet la fameuse circulaire de 1785, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leurs sont destinés*. Les auteurs de cette circulaire estiment insuffisante la pratique de l'isolement de l'aliéné : « en séquestrant de la Société les malheureux dont l'esprit est aliéné, on ne remplissait pas entièrement les vues qu'on doit se proposer ² ». En outre, ils soulignent l'importance de traiter rapidement les nouveaux insensés comme des malades car « l'on a prouvé que dans tous les cas, il est essentiel de traiter d'abord les malades surtout lorsque la folie est commençante ³ ». Il s'agit vraisemblablement d'une des premières occurrences d'un des principes psychiatriques fondamentaux plus que jamais d'actualité dans la thérapeutique biologique contemporaine. Il n'est pas faux de considérer ces lignes comme une indication thérapeutique spécifique à l'apparition de la folie même si les auteurs ne précisent pas en quoi cela s'avère essentiel. Toutefois ils évoquent à propos des démences anciennes « la guérison naturelle ⁴ ».

Cette circulaire trouva en Tenon un partisan qui dans ses mémoires, proposa en 1786 « de retirer les fous de l'Hôtel Dieu, et de disposer dans l'hôpital projeté un pavillon pour deux cents aliénés... ⁵ ». Le Directoire, également inspiré par le modèle anglais de Bethléem [l'hospice des insensés de Londres], présenté dans la brochure de Mr Soulavie⁶, en réalisera le projet sous le nom de Charenton : « un établissement pour curables qui se débarrasse de ses échecs en les envoyant à Bicêtre ou à la Salpêtrière munis d'un certificat d'incurabilité. ⁷ »

En outre, rappelons que l'Hôtel-Dieu de Paris, hôpital emblématique de la « folie aiguë ou subaiguë ⁸ » pour reprendre les termes de M. Gourevitch fut présenté ainsi par Jan Goldstein dans son ouvrage : « Pour ces fous et folles considérés comme encore curables [du fait généralement que leur état s'était déclaré récemment], une seule institution publique existait dans la capitale : deux départements de l'Hôtel-Dieu, hôpital délabré, tentaculaire, et à vocation généraliste. L'un pouvait accueillir quarante-deux hommes, l'autre trente-quatre

¹. *Ibid.*, p. 127.

². Colombier J, Doublet F. *Instruction sur la manière...., op. cit.*, p. 11.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 11.

⁵. Esquirol E. Article « Maison d'aliénés », in *Dictionnaire des Sciences médicales*, vol. 30, Panckoucke, 1818, p. 47-94, p. 50.

⁶. *Idem.* Elle fut traduite par l'abbé Robin.

⁷. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Editions de Minuit, 1976, p. 164-165.

⁸. Gourevitch M. « Mythes », in *L'Évolution psychiatrique*, 56, 3, 1991, p. 595-602, p. 599.

femmes, les fous des deux sexes étant pour la plupart installés à quatre dans ce qu'on appelait les grands lits ¹». Le fondateur Pinel raille vertement les traitements inhumains dispensés à l'Hôtel-Dieu qui génèrent de surcroît un taux très élevé de mortalité. Les aliénés y étaient soignés durant quelques mois, puis les curables étaient renvoyés chez eux et les incurables placés dans les hospices de la région. La rudesse sinon l'inhumanité des traitements pratiqués alors furent maintes fois décriées. Esquirol en donna un rapide aperçu dans un article daté de 1818 : « Le traitement de l'Hôtel Dieu consistait en saignées copieuses, douches, bains froids ; quelques fois aussi on employait l'hellébore, les purgatifs, les antispasmodiques ; après un ou deux mois, ces malheureux étaient rendus à leurs familles, ou distribués dans quatre maisons publiques et dans dix-huit maisons particulières ²». L'invention d'un traitement, alliant humanité et efficacité, était donc nécessaire. C'est dans ce contexte de réforme institutionnel et de nécessité d'un traitement humaniste que Joseph Daquin, dans son ouvrage de 1791, « pour la première fois expose avec précision les principes de ce qui va devenir le traitement moral ³» dont il reviendra à Pinel de formuler en premier les principes doctrinaux. Aussi, c'est à lui, qui pourtant s'occupa des incurables de Bicêtre tout d'abord puis ceux de la Salpêtrière à partir de 1795, que nous devons les premiers textes mentionnant le traitement individuel originel de la manie récente que nous allons présenter. Esquirol appellera de ses vœux à poursuivre cette réforme institutionnelle aliéniste afin de créer des établissements pour curables sur l'ensemble du territoire national : « dans son premier projet de réforme global du système asilaire en 1818, [il] prévoit un établissement spécial pour soins intensifs au siège de chaque cour d'appel. ⁴» C'est un tout autre traitement moral de l'aliénation récente que pratiqua François Leuret dont J. Postel n'hésita pas à dire qu'il procédait d'une certaine décadence. Nous abonderons dans son sens en proposant un commentaire critique de deux vignettes cliniques issu *Du traitement moral de la folie*.

1. Philippe Pinel et la manie récente

Grand lecteur des auteurs antiques et contemporains en matière d'aliénation mentale, notamment des philosophes français appelés Idéologues et des auteurs britanniques, fin observateur des méthodes et des résultats obtenus par le surveillant Pussin à Bicêtre, mais

¹. Goldstein J. *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, op. cit., p. 71.

². Esquirol E. Article « Maison d'aliénés », op. cit., p. 49-50.

³. Morel P, Quézel Cl. « Bilan des thérapeutiques à la fin du XVII^{ème} siècle », op. cit., p. 127.

⁴. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, op. cit., p. 164-165.

aussi fortement emprunt de la déclaration des droits de l'homme, Philippe Pinel instigua la doctrine médico-philosophique de l'aliénation mentale et sa thérapeutique, appelée traitement moral. Il nous faut souligner qu'indéniablement ce traitement dérive foncièrement du constat largement partagé à l'époque d'un reste de raison chez l'aliéné, d'une partie raisonnable chez lui, *inaliénable* en quelque sorte par la folie¹. Pinel déduit de ses observations d'aliénés souffrant de manie sans délire que le fou n'est plus « fou complet ² ». En conséquence, il reste a minima *sujet* de la raison ou *Sujet de la folie*³. En effet, la manie sans délire « lui [Pinel] permet en quelque sorte d'extirper la folie de la raison ⁴ ».

Ayant la volonté de départir la thérapeutique de l'aliénation mentale des inhumaines et mortelles pratiques et médications en vigueur à l'époque, Pinel critique vertement le dispositif des hospices parisiens pour aliénés de la fin du XVIII^e siècle et principalement l'Hôtel-Dieu. La caractéristique majeure de la démarche pinellienne est manifeste dans la raillerie suivante des médecins pratiquant les traitements anciens et négligeant le traitement moral : « on a donc négligé de part et d'autre le point de vue purement philosophique de l'aliénation de l'entendement, la distinction de ses espèces diverses, l'histoire exacte des signes précurseurs, de la marche et de la terminaison des accès lorsqu'elle est intermittente, les règles de police intérieure des hospices et la détermination précise des circonstances qui rendent nécessaires certains remèdes, comme celles qui les rendent superflus, car dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, l'habileté du médecin est bien loin de consister dans l'usage du médicament. ⁵ » Clairement, Pinel associe les dimensions proprement descriptives et évolutives de la maladie d'une part à la philosophie, à entendre au sens de médico-philosophique, et d'autre part à la vie institutionnelle d'un établissement pour aliénés : il opère le nouage définitoire de l'aliénisme entre « une perspective thérapeutique, une démarche de connaissance, et un projet institutionnel ⁶ ». Dans le cadre de notre recherche, cette remarque est d'importance car l'on y voit que Pinel intègre à sa démarche et à ses choix thérapeutiques la dimension évolutive et donc les signes précurseurs. Dans ce sens, Pinel attribue à la dimension évolutive de l'aliénation, c'est à dire à la marche de la maladie, une place significative et même cardinale dans l'orientation de sa démarche clinique.

1. Perspective emprunte d'un certain cartésianisme. Pour autant peut-on apparenter le sujet pinellien au sujet cartésien ?

2. Gauchet M. « De Pinel à Freud », *op. cit.*, p. 38.

3. Swain G. *Le Sujet de la folie*, *op. cit.*

4. Gauchet M. « De Pinel à Freud », *op. cit.*, p. 38.

5. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], *op. cit.*, p. 4.

6. Gauchet M. « De Pinel à Freud », *op. cit.*, p. 10.

A présent, intéressons-nous plus précisément aux objectifs thérapeutiques du traitement moral, aux moyens sur lesquels il repose, et à ses résultats dans le cadre de la *manie récente*, réalité clinique proche de la contemporaine entrée dans la psychose.

1-1. *Le double objectif du traitement moral*

Le traitement moral tel que promu et exercé sous la direction de Pinel nourrit en son sein un double objectif thérapeutique, constituant par leur conjonction la guérison pinellienne. A cet égard, Pinel fut également l'un des promoteurs de la curabilité de l'aliénation mentale, allant par là, à l'encontre des idées dominantes de l'époque : « Regarder la folie comme une maladie en général incurable, c'est avancer une assertion vague et sans cesse contredite par les faits les plus authentiques. La connaissance des variétés de la folie apprend à distinguer les cas presque certains de guérison de ceux qui sont douteux [...] ¹» écrit-il déjà en 1794. En effet, la guérison, selon le fondateur de la clinique, recouvre deux aspects : le retour ou rétablissement complet de la raison, et le retour au travail, ce qui s'accorde avec les propos de l'historien François Bing pour lequel Pinel fut un partisan de l'idée d'une guérison au sens classique de *restitutio ad integrum*, même s'il parla au fur et à mesure de rémission².

D'une part, tout l'appareil institutionnel du traitement moral nécessite pour son bon fonctionnement que chaque soignant soit animé par « le désir sincère de le [l'aliéné] ramener à lui-même ³» c'est-à-dire que produise « le rétablissement entier de la raison ⁴». Ce qui revient à ramener les aliénés « à une nouvelle chaîne de sentimens et d'idées. ⁵» Il n'est pas inutile de rappeler que Pinel en 1789 publia dans la *Gazette de santé* un article qui mentionnait déjà les termes majeurs de cet aspect de sa thérapeutique, « Observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir, dans certains cas, la raison égarée des Maniaques ⁶». A ce propos, on peut observer la permanence des termes et de l'objectif lorsqu'il évoque vingt ans plus tard dans la seconde édition de son *Traité* les « moyens les plus simples à rétablir la raison égarée. ⁷»

¹. Pinel P. « Observations sur la manie », *op. cit.*, p. 238.

². Bing François. « Folie et guérison, éléments d'histoire », *op. cit.*, p. 132.

³. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1800], *op. cit.*, p. 65.

⁴. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [1809], p. 317.

⁵. *Idem.*, p. 353.

⁶. Pinel P. « Observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir, dans certains cas, la raison égarée des Maniaques », in *Gazette de santé*, n°4, 1798, p. 33-35. Repris in Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 194-197.

⁷. Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 252.

D'autre part, il s'agit qu'une fois sorti de l'asile, le sujet puisse à nouveau travailler. Dans ce sens, Pinel parle d'aliénées guéries « rendues à la société ¹».

1-2. *Les moyens thérapeutiques du traitement moral de la manie récente*

Foncièrement, Pinel souhaitait promouvoir un traitement radicalement distinct du «traitement ordinaire» de l'Hôtel-Dieu « où les coups et les actes de violence de la part des gens de service n'avaient fait que le [l'aliéné] rendre plus emporté et plus dangereux. ²». Il s'explique en ces termes sur ces deux types de traitement : « Deux méthodes sont en usage dans le traitement de l'aliénation : l'une, très ancienne, consiste à brusquer la maladie dans son cours par des saignées répétées, des douches fortes, des bains froids ou même des bains de surprise, une réclusion étroite. L'autre, qui est adoptée à la Salpêtrière, fait regarder l'aliénation comme une maladie aiguë qui a ses périodes successives d'intensité, de déclin et de convalescence, dont l'ordre ne doit point être interverti, mais dont il faut calmer les symptômes par des moyens doux, des bains tièdes, des boissons relâchantes, quelquefois des calmans ou des douches très-légères ; dans certains cas une répression énergique, mais courte, et toujours des manières bienveillantes ou l'art heureux de gagner la confiance de l'aliénée, à moins que sa raison ne soit entièrement bouleversée. Quelle est celle des deux méthodes qu'on doit préférer ? Un simple relevé des registres, des tables construites avec soin, mois par mois, année après année, dans divers hospices, et la théorie des probabilités suffiront pour résoudre cette question, et on pourra reconnaître par une simple comparaison de quel côté est constamment l'avantage. ³» Pour son promoteur, le traitement moral doit allier « un appareil imposant de répression » et les « maximes les plus pures de la philanthropie ⁴».

D'après Pinel, l'efficacité thérapeutique dans la prise en charge de la manie récente dépend à la fois de l'ancienneté des symptômes et des traitements mis en place de sorte que « dans la manie récente, comme dans les autres maladies aiguës, très souvent c'est bien moins la violence des symptômes qu'une apparence trompeuse de calme qui doit faire craindre des suites graves, et l'expérience n'a-t-elle point appris que les accès marqués par les écarts les plus emportés et les plus tumultueux diminuent, en général d'intensité par degrés, et finissent par s'éteindre, s'ils sont peu anciens et traités d'une manière judicieuse ? ⁵» Aussi, dans cette perspective, Pinel a-t-il pu avancer dans le quatrième chapitre *Traitement à suivre durant la*

¹. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 366.

². Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 245.

³. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 341.

⁴. Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 66.

⁵. *Ibid.*, p. 284.

première période de la Manie de la seconde édition de son ouvrage des indications qui préfigurent en quelque sorte les *recommandations* contemporaines telle qu'on peut en trouver quelques occurrences exemplaires dans la Conférence de consensus des 23 et 24 janvier 2003¹. Pinel y affirme que la prise en charge thérapeutique de la manie récente se compose d'un ensemble de traitement aussi bien physiques que moraux : « C'est du concours et de l'ensemble de plusieurs moyens physiques et moraux que résulte le traitement des aliénés dans la première période de la maladie : leur isolement, la manière de les contenir adaptée à leur état particulier, l'attention de les nourrir et débarrasser l'estomac s'il paraît surchargé ; le soin de faire cesser leur réclusion aussitôt qu'il est possible, et de leur faire respirer l'air du dehors pendant toute la journée ; la liberté entière ou limitée des mouvements qu'on leur accorde, s'ils ne sont point dangereux ; les boissons acidulées qu'on oppose à leur soif et à leur ardeur intérieure ; l'art de saisir leurs premiers moments lucides pour les encourager et les calmer ; l'étude particulière qu'on fait de leur caractère individuel et de leurs idées fantastiques ; enfin, une extrême surveillance pour écarter tout ce qui peut les exaspérer, mais en opposant en même temps à leurs écarts une fermeté inflexible. ²»

Nous allons examiner à présent quelques uns des moyens préconisés par Pinel qui notait que « la manie accidentelle récente peut, dans les premiers temps, prendre différentes formes (152) ; mais l'observation la plus constante apprend que lorsque rien ne contrarie sa marche et qu'on la seconde heureusement par le régime (150), les symptômes ne conservent toute leur intensité que pendant un temps plus ou moins prolongé, et que la méthode de porter la débilité à un degré extrême par les saignées et une abstinence rigoureuse ne fait que troubler son cours, la rendre plus longue et quelque fois périodique, ou même produire un état de stupeur et une sorte d'idiotisme ³». Pinel reprenant le principe de la médecine expectante hippocratique encourage le médecin à attendre avant de pratiquer certaines thérapeutiques, et, partant, préconise prioritairement de seconder la nature.

1-2.1 Les traitements physiques

La composante physique du traitement pinellien de la manie récente regroupe plusieurs moyens, son instigateur en décrivant principalement quatre qui sont, par ordre d'importance, l'isolement, l'alimentation, la médication et le travail.

¹. Un tel rapprochement n'est pas insignifiant, nous monterons aussi bien l'héritage pinellien présent dans ces versions contemporaines des indications thérapeutiques aliénistes que leurs points de divergence. In *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques*, op. cit.

². Pinel P. *TMP* [1809], op. cit., p. 298.

³. *Ibid.*, p. 296.

Pinel s'accorde avec les pratiques de Willis et Haslam en Angleterre se référant même explicitement aux écrits de ce dernier : « L'aliéné, dit Haslam, [...], doit être éloigné du sein de sa famille, au milieu de laquelle il vit toujours agité, et on doit le renfermer dans un lieu de détention aussitôt que sa maladie est déclarée [...] ¹». Compte-tenu qu'« il est constaté par l'expérience que les aliénés ne guérissent presque jamais au sein de leur famille ²», Pinel affirme que l'« on doit le [l'aliéné] le renfermer dans un lieu de détention aussitôt que sa maladie est déclarée ; l'interruption de toute communication avec ses proches, la privation des personnes accoutumées à lui obéir, et l'idée d'être sous la dépendance d'un étranger, et de ne pouvoir donner libre essor à ses caprices, donneront sans cesse de l'exercice à sa pensée, s'il en est susceptible ³» L'isolement prôné par Pinel concerne en priorité l'isolement familial, ce qu'il confirme dans la seconde édition de son *Traité*⁴. Cet isolement peut être redoublé à l'intérieur de l'établissement : « A la Salpêtrière, il y a une cour réservée aux furieuses d'une date récente ou celles d'une manie plus ou moins ancienne, mais avec un espoir plus ou moins fondé de succès de traitement. » Pour elles « une réclusion dans leur loge est rarement nécessaire, et à moins d'une forte impulsion à des actes de violence, on leur permet d'errer librement dans cette cour et de se livrer à tous les actes innocents d'extravagance que leur suggère leur pétulance naturelle. ⁵» Il ajoute : « Dans certains cas, la rougeur presque subite des yeux, le regard étincelant, le coloris des joues, une loquacité exubérante, font présager l'explosion prochaine de l'accès, et la nécessité urgente d'une réclusion. ⁶»

Corrélant la docilité de l'aliénée à l'exercice de sa raison, Pinel n'hésite pas à promouvoir des moyens franchement coercitifs : « A la Salpêtrière, on ne déploie de la rigueur et de la fermeté que pour dompter l'aliénée, la ramener à l'ordre, et la rendre docile. Aussitôt qu'elle est soumise et résignée, que sa raison commence à reprendre son empire et à la faire convenir de ses torts, tout est changé pour elle, et elle n'a plus que des manières douces et bienveillantes à attendre. ⁷» Dans la manie récente et plus largement dans l'aliénation mentale, la coercition doit intervenir avec fermeté mais discernement : « On doit

¹. *Ibid.*, p. 257.

². Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 220.

³. *Ibid.*, p. 222-223.

⁴. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p.

⁵. *Ibid.*, p. 209.

⁶. Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 17.

⁷. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 294.

se proposer si l'aliéné est très violent, que de rompre sa fougue impétueuse et de rendre vains ses efforts, en maîtrisant les mouvements de ses membres supérieurs et inférieurs à l'aide d'une camisole fixée au bois du lit par des sangles, ce qui ne doit durer que quelques jours en général, et on fait ensuite succéder le gilet de force, qui contient seulement les bras, et n'empêche point d'errer librement durant le cours du traitement. N'existe-t-il qu'un état maniaque folâtre et sans danger, on permet également toute la journée la liberté des mouvements pour laisser évaporer, pour ainsi dire, une mobilité trop effervescente, et surtout calmer l'irascibilité extrême qui tient à l'aliénation, et qui ne fait que s'aigrir par la réclusion et la contrainte. ¹»

L'alimentation

Le second de ces moyens concerne l'alimentation dont l'on saisit l'importance chez Pinel à se rappeler « la métaphore pathogénique 'hypocondro-épigastrique' ²» de la manie périodique, matrice théorico-clinique de l'aliénation mentale : « Un des premiers objets à remplir lors de leur arrivée dans l'hospice, est de leur fournir une nourriture abondante ; et, par le seul point du régime, on voit s'opérer souvent, dans la quinzaine, le changement le plus favorable. ³»

La médication

Le troisième moyen de l'arsenal thérapeutique physique pinellien se rapporte à la médication dont, à en croire ses écrits, il n'usait qu'avec parcimonie s'élevant même vertement contre « la polypharmacie confuse et dirigée d'une manière empirique ⁴». Dans la seconde édition de son *Traité*, Pinel déduit de ses observations recueillies à Bicêtre « que la manie, lorsqu'elle était récente, pouvait être guérie par les seules forces de la nature, si on venait à écarter les obstacles nuisibles, et diriger avec sagesse le régime morale et physique [...] Dans des cas rebelles, j'ai fait usage de médicaments variés et adaptés aux circonstances. ⁵» Mais Pinel défend expressément de corréler la médication à la clinique, livrant ainsi son argumentaire d'une médication simple et réfléchie de la manie récente : « On cherche par des médicaments doux et d'un effet lent, à produire une détente générale, à

¹. *Ibid.*, p. 296.

². Postel J. *Genèse de la psychiatrie, op. cit.*, p. 266.

³. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 297.

⁴. *Ibid.*, p. 310.

⁵. *Ibid.*, p. 89.

diminuer l'énergie vitale par l'usage des boissons mucilagineuses, émulsionnées ou acidulées, en entremêlant par intervalles l'usage des laxatifs pour prévenir les effets d'une constipation qui leur est habituelle, ou de quelque léger calmant pour faire cesser l'insomnie. On joint à ces moyens internes l'usage des bains tempérés, pris les jours alternatifs (203), quelquefois avec une légère douche vers la fin du bain. On ne brusque, on ne précipite rien ; on suspend de temps en temps tout médicament pendant plusieurs jours pour laisser à la nature les moyens de développer ses efforts conservateurs, on en revient ensuite alternativement à ceux qui peuvent la seconder. On diminue ainsi peu à peu l'impulsion des fluides vers la tête, en avançant lentement vers le terme proposé, sans rien mettre au hasard. L'excès d'agitation et les divagations se calment ainsi par degrés ; les moments lucides se multiplient davantage, et l'aliénée, en devenant susceptible de passer de la première division dans la seconde, est préparée à recevoir encore des améliorations ultérieures. ¹»

Aussi pour comprendre la dimension révolutionnaire de cette prise de distance de Pinel avec la médication de l'époque et la justesse des railleries qu'il adresse à ses collègues usant sans discernement des médicaments, « pour comprendre la véritable révolution que représente le traitement moral de l'aliénation mentale il faut rappeler ce qu'était sous l'Ancien Régime le traitement de la folie à Paris à la fin du XVIII^e siècle. Les fous étaient d'abord conduits à l'Hôtel-Dieu où ils recevaient pendant trois semaines un traitement exclusivement médical utilisant les moyens de la médecine de l'époque. ²»

Travail et occupations

Les pratiques contemporaines de réhabilitation corrélées à l'approche bio-psycho-sociale ne sont nullement novatrices dans leurs conceptions, elles reconduisent en réalité une idée-force séculaire présente dès la naissance du traitement moral. Si l'on souhaite même être historiquement précis, il faut reconnaître que de telles initiatives furent prioritairement réalisées de façon probante dans l'hôpital de Manicome dans la ville espagnole de Zaragosse, expériences qui furent rapportées par Bouguoin de son voyage en Espagne nous apprend J. Garrabé³.

¹. *Ibid.*, p. 298.

². Garrabé J. « De Pinel à Freud ? Le traitement moral : son évolution de Pinel à nos jours », in Garrabé J (dir.). *Philippe Pinel*, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 1994, p. 71-93, p. 83-84.

³. *Ibid.*, p. 86.

Alléguant ces bienfaits sur les aliénés, Pinel institua très tôt le travail comme moyen thérapeutique. Qu'il perturbe la chaîne vicieuse des idées grâce à la concentration nécessaire à sa réalisation ou bien encore permette une tempérance de la fureur grâce ses vertus d'épuisement physique, le travail occupa dans la naissance de la thérapeutique psychiatrique une place importante. Et à Pinel de confirmer que c'est notamment par « une occupation active, qu'on peut faire une heureuse diversion aux idées tristes des mélancoliques, ou même changer leur enchaînement vicieux ¹».

1-2.2. Les moyens moraux

Bien qu'il soit à peu près sûr qu'à la fin du XVIII^e siècle existait en Europe occidentale un certain exercice du traitement moral, Pinel se référant lui-même explicitement à sa promotion par la Bibliothèque britannique², il doit néanmoins être considéré, à la suite de J. Pigeaud, comme son fondateur en tant qu'il fut le premier à lui donner ses principes médico-philosophiques qui l'instituèrent comme une pratique psychiatrique. Point de vue qui s'accorde avec celui de J. Goldstein : « Soulignons-le, Pinel ne revendiqua jamais l'absolue paternité du traitement moral. Dès ses premières références écrites à celui-ci qui sont antérieures à la Révolution, il reconnaissait l'aspect dérivé de ce concept [...]. ce que Pinel revendiquait, c'était d'être le premier à expliquer la nature du traitement moral : on pouvait chercher en vain dans toute la littérature anglaise, disait-il, une description détaillée de sa technique susceptible de guider un novice. [...] Il se posait aussi comme le premier à penser cette technique en termes scientifiques. ³»

Aussi constatait-il que « c'est souvent bien moins par les médicaments que par des moyens moraux ⁴» que l'on peut obtenir la guérison. Et à Garrabé de confirmer que « tous les moyens pour réveiller les passions ou plus exactement pour susciter des passions contraires à celles qui provoquent l'aliénation sont bons à Pinel. ⁵»

Les effets moraux des traitements physiques : la figure du médecin

Il n'est inopportun de rappeler en liminaire le constat de Postel estimant qu'« un des grands principes du régime moral des maniaques est donc de rompre à propos leur volonté et

¹. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 303.

². Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 99.

³. Goldstein J. *Consoler et classier*, *op. cit.*, p. 102.

⁴. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 303.

⁵. Garrabé J. « De Pinel à Freud ? Le traitement moral : son évolution de Pinel à nos jours », *op. cit.*, p. 86.

de les dompter non par des blessures et des travaux violents, mais par un appareil imposant de terreur qui puisse les convaincre qu'ils ne sont point les maîtres de suivre leur volonté fougueuse et qu'ils n'ont rien de mieux à faire que de se soumettre¹». L'appareil institutionnel congruent à l'exercice de ce principe et plus largement du traitement moral nécessite la présence d'un homme « qui par ses qualités physiques et morales, soit propres à exercer sur lui [l'aliéné] un empire irrésistible, et à changer la chaîne vicieuse de ses idées. 2»». Il s'agit donc de « subjuguier » et de « dompter, pour ainsi dire l'aliéné, en le mettant sous l'étroite dépendance de cette homme³». Il allie « un appareil imposant de répression », Pinel utilisant lui-même le terme « d'appareil de crainte⁴ » et les « maximes les plus pures de la philanthropie⁵ ». Ainsi que l'estime Pinel « un des avantages précieux des hospices bien ordonnés est d'imprimer vivement aux aliénés qui en sont susceptibles, la conviction qu'ils sont soumis à une force supérieure destinée à les maîtriser et à faire plier leurs volontés et leurs caprices. Cette idée, qui doit leur être rendue sans cesse présente, excite les fonctions de l'entendement, arrête leurs divagations insensées, et les habitue par degrés à se contraindre, ce qui est un des premiers pas vers le rétablissement. 6» Ainsi, parmi l'arsenal de moyens physiques dévolus à l'exercice d'une contrainte morale, la douche possède un double effet, immédiat et rétrospectif. A propos d'une maniaque à qui l'on avait fait subir « une forte douche sur la tête », Pinel affirme que « la crainte de la douche toujours présente à l'imagination a produit l'effet d'un calmant par son influence morale⁷ ». La crainte éprouvée par l'aliéné de se voir à nouveau subir une douche, fonctionne tel un régulateur, un *calmant* dit Pinel. Le principe sous-jacent à une telle pratique ne préfigure-t-il pas une espèce de conditionnement ?

En résumé, on peut rapporter ici ces propos de Pinel : l'aliéné doit être « renfermé dans un lieu de détention aussitôt que sa maladie est déclarée ; l'interruption de toute communication avec ses proches, la privation des personnes accoutumées à lui obéir, et l'idée d'être sous la *dépendance* d'un étranger, et de ne pouvoir donner libre essor à ses caprices, donneront sans cesse de l'exercice à sa pensée, s'il en est susceptible⁸ ». Au regard du pouvoir

1. Pinel P. « Observations sur la manie pour servir à l'Histoire naturelle de l'Homme, par le citoyen Pinel An II » [1794] in Postel J. *Genèse de la psychiatrie, op. cit.*, p. 245.

2. Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.* p. 58.

3. *Idem.*

4. *Ibid.*, p. 36.

5. *Ibid.*, p. 66.

6. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 331

7. Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 266.

8. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 222-223.

de la figure médicale, l'on peut inclure à la suite de R. Castel cette dimension au cœur même des principes fondateurs de l'aliénisme : « Pinel a connecté ces trois dimensions en apparence hétérogènes dont l'articulation va constituer la synthèse aliéniste : classification de l'espace institutionnel, ordonnancement nosographique des maladies mentales, imposition d'un rapport spécifique de pouvoir entre le médecin et le malade, le 'traitement moral'.¹»

L'entretien individuel

A la racine de la « clinique psychiatrique² » se trouve, selon M. Gauchet, « la simple découverte que la dialogue est possible avec l'insensé, qu'il demeure accessible à la prise d'autrui pour peu qu'on sache s'y prendre. Modeste et plate découverte, mais qui devient révolutionnaire lorsqu'on en tire la conséquence : que cet insensé n'est pas totalement insensé, qu'il conserve ne serait-ce qu'une ombre de présence à lui-même -c'est ici que l'insensé devient un 'aliéné'. C'est sur cette base que Pinel instaure une démarche d'identification rigoureuse des symptômes et des signes de l'aliénation mentale qui rendra concevable, à terme, d'y reconnaître une figure inconnue du sujet³ ». Ce dialogue avec l'aliéné prenait-il la forme d'entretien individualisé ? Dans la seconde édition de son *Traité*, Pinel évoque plusieurs « entretiens⁴ » avec un aliéné. Peut-on alors parler sans forçage anachronique de linéaments du traitement individuel psychothérapeutique ?

1-3. Données chiffrées et documents concernant la prise en charge de l'aliénation récente

La démarche clinique de Pinel fortement marquée par l'esprit des Lumières et les nouveautés médicales au tournant du siècle, l'incitait tendanciellement à rapporter ses observations dans des tableaux afin d'inférer de ces chiffres, linéaments de nos modernes statistiques et données épidémiologiques. Cependant considérer que la pratique pinellienne de recueil de données « légitime pour une part le retour à des modèles objectivables et paramétrés tel que nous le constatons aujourd'hui dans le mouvement de remédicalisation de la psychiatrie⁵ » nous paraît spécieuse. Vouloir faire de Pinel le père de l'objectivisme

¹. Castel R. *L'ordre psychiatrique*, op. cit., p. 87.

². Gauchet M. « De Pinel à Freud » op. cit., p. 10.

³. *Idem*.

⁴. Pinel P. TMP [1809], op. cit., p. 327.

⁵. Masson. M, Bourgeois M.-L. « La médicalisation de l'intuition charitable : de saint jean de Dieu à Philippe Pinel », *Annales médico-psychologiques*, op. cit., p. 242.

médical dans le champ psychiatrique, lui qui importa la théorie stoïcienne des passions, ne peut avoir d'autre but que d'annihiler toute légitimité aux approches subjectives.

1-3.1. Moment de la prise en charge de la manie récente et résultats thérapeutiques

Il nous paraît judicieux de rapporter ici même la note du paragraphe 323 de l'édition de 1809 du *Traité*. Elle nous semble explicite quant à la sensible importance accordée par Pinel aux données chiffrées dans cette seconde édition, données provenant des registres¹ et des tables qui lui faisaient cruellement défaut, dit-il, dans la première édition afin d'établir des principes vérifiés par les chiffres du traitement moral². Voici cette note : « La médecine renferme deux parties très-distinctes : l'une, purement descriptive, a pour objet l'histoire exacte des phénomènes des maladies [...]. L'autre partie de la médecine, encore chancelante sur ses bases, sous le nom de thérapeutique, ne contient que des préceptes vagues dont l'application est peut-être plus difficile, et plus incertaine qu'un défaut total de pareilles connaissances. Dans les traités particuliers des maladies, on ne parle que de quelques succès obtenus, et on jette un voile sur les cas où on a échoué. Dès-lors un aveugle empirisme se trouve au niveau du vrai savoir, et la médecine, sous ce rapport, ne peut prendre le caractère d'une vraie science que par l'application du calcul des probabilités. ³»

De certaines données, Pinel en déduit quelques préceptes. En premier lieu, à l'hospice de la Salpêtrière, le degré de probabilité en faveur de la guérison d'une aliénée est de 0,93 « si l'aliénation, soit manie soit mélancolie, est d'une date récente et non traitée ailleurs. ⁴». A maintes reprises, Pinel réaffirme la corrélation entre ces trois variables : « L'expérience la plus constante a appris que la facilité de la guérison des aliénés et le degré de probabilité de l'obtenir, sont toujours relatifs à l'état récent de la maladie et aux avantages d'un premier traitement : aussi, dans certains hôpitaux étrangers, on n'admet point les aliénés déjà traités ailleurs et retombés ensuite. ⁵» En second lieu, écrit-il, « la durée du traitement seroit à peu près deux fois moindres si on n'envoyait à l'hospice que des personnes qui n'ont point été

¹. Ces registres étaient remplis lors de l'admission des aliénées à la Salpêtrière. Pinel le décrit ainsi : on inscrit dans un registre déposé au bureau, leurs noms, leur âge, le lieu de naissance et la date de réception. On y ajoute des notes marginales sur leur état antérieur et la cause de la maladie, lorsque les parents peuvent fournir des informations exactes ; car le procès-verbal de l'invasion de la maladie reste déposé ailleurs et ne nous est point communiqué. ». In Pinel P. *TMP* [1809], *op cit.*, p. 342.

². *Ibid.*, p. 338.

³. Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 337.

⁴. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 364.

⁵. Pinel P. *TMP* [1800], *op. cit.*, p. 347.

traitées ailleurs. » et « dès les premiers temps de l'invasion de la maladie ¹». Elle varie de un à quatre mois. Au surplus, Pinel écrit à propos des attestations de guérisons des aliénés adressées aux autorités constituées : « Ces attestations doivent offrir des nuances variées, être exprimées sans restriction lorsque l'aliénation accidentelle est d'une époque récente, et que la convalescence a été amenée par degrés. ²»

Les chiffres avancés par Pinel s'appliquent à une manie récente car « lorsque la manie est d'une ancienne date, qu'elle a été troublée ailleurs dans sa marche par des traitements mal concertés ou infructueux, le traitement n'a été suivi de succès qu'après le huitième, dixième, douzième mois, et dans quelques cas mêmes, après les deux années, pour bien consolider le rétablissement lorsqu'il a été possible ; car la plupart des aliénés deviennent incurables. La manie produite par une vive frayeur, celle qui a été déjà marquée par des rechutes antérieures, ou qui survient à l'époque critique des femmes, est aussi d'une guérison plus difficile.³»

Pinel estime dommageable pour la thérapeutique que « les procès-verbaux qui constatent la cause de la maladie ou d'autres événements arrivés depuis cette époque nous restent inconnus ; ce qui prive de plusieurs connaissances utiles pour diriger le traitement ⁴» et notamment raille le « défaut total de renseignements précis sur les causes déterminantes de l'aliénation et sur les remèdes déjà mis en usage avant l'admission des aliénées dans l'hospice, ce qui, dans un grand nombre de cas, a mis une grande instabilité dans le traitement de ces dernières années [...] Il me semble donc que les formalités de l'admission ont besoin d'être perfectionnées. ⁵» L'institution asilaire encore balbutiante devra attendre la loi de 1838 pour être dotée d'un véritable arsenal législatif et administratif qui régissait il y a encore peu les établissements psychiatriques français.

1-3.2. Période d'apparition de l'aliénation déclarée

Grâce à ses relevés d'aliénés reçus à l'hospice durant l'an III, Pinel affirme « que l'âge d'aucun aliéné ne s'est trouvé antérieur à l'époque de la puberté ; que les deux dizaines d'années comprises depuis vingt jusqu'à trente, et depuis trente jusqu'à quarante, ont été les plus féconds en aliénés ; il y en a un nombre moindre dans la dizaine comprise entre quarante

¹. Pinel P. *TMP* [1809], *op. cit.*, p. 357.

². *Ibid.*, p. 362.

³. *Ibid.*, p. 356.

⁴. *Ibid.*, p. 345.

⁵. *Ibid.*, p. 368-369.

et cinquante, et plus petit encore depuis cinquante jusqu'à soixante. ¹» Mais une réception naïve de ces chiffres entraînant une comparaison erronée entre ceux de Bicêtre et de la Salpêtrière n'a pas été évitée par Pinel. Car ce recueil de données « atteste, comme il l'écrit, que cette maladie se déclare surtout depuis l'époque de la puberté jusqu'à la quarante-cinquième ou cinquantième année de l'âge, et qu'en recueillant ce qui arrive dans un grand rassemblement d'aliénés, elle se trouve plus fréquente parmi les hommes entre la vingtième et la quarantième année. Le simple relevé des registres a donné des résultats analogues pour les femmes [...] » Or, comme le remarque Pinel lui-même, « je ne dois point omettre une remarque qui naît de la simple comparaison des notes que j'ai tenues à Bicêtre et à la Salpêtrière : c'est que la manie, parmi les hommes, n'avoit point paru se déclarer à une époque antérieure à la puberté et qu'au contraire, dans l'hospice des aliénées de la Salpêtrière, [...] Seroit-il donc vrai que le développement de la raison, comme ses égarements, est plus précoce pour la femme que pour l'homme ? ² ». On peut prendre acte qu'au début du XIX^e siècle, le fondateur de la psychiatrie tendait à produire des conclusions hâtives et infondées à partir de simples données chiffrées et partant à donner des allures de scientificité à une vision de portée anthropologique de la différence ces sexes.

2. Etienne Esquirol et son projet institutionnel d'Asiles

Dans ses « Observations sur l'application du traitement moral de la manie, par M. Esquirol, médecin d'une maison de traitement d'aliénés, située vis-à-vis de la Salpêtrière » [1803] Esquirol rapporte plusieurs observations d'accès maniaque traités par lui-même et pour certains lors des premiers temps. Dès cette époque, le traitement moral peut être appliqué « soit au début, soit au cours, soit pendant la convalescence des manies ³ ». A cet égard, la deuxième observation s'avère particulièrement intéressante. Il s'agit d'un homme conduit le second jour de son accès, dans l'établissement où exerçait Esquirol qui rapporte les propos suivants du patient : « Je suis la Trinité, Jésus-Christ est dans mon estomac, l'univers dans ma tête.... ». Sans entrer dans le détail de cette observation, il importe de noter les indications avec lesquelles Esquirol s'est orienté dans ce traitement : « Le soin de ne pas contrarier le malade, de ne le laisser jamais seul, et surtout l'attention de le convaincre qu'il est libre et

¹. *Ibid.*, p. 374.

². *Ibid.*, p. 333-334.

³. Esquirol . « Observations sur l'application du traitement moral de la manie, par M. Esquirol ; médecin d'une maison de traitement d'aliénés, située vis-à-vis la Salpêtrière », *Journal Général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie*, t.17, Août 1803. Repris in *Des passions, op. cit.*, p. 4.

chez un ami ; tels sont, je crois, les moyens moraux qui ont prévenu la fureur et abrégé la durée de l'accès. ¹». Il s'agit selon les termes mêmes d'Esquirol de l'exercice d'un « pouvoir moral ²» du médecin sur le patient.

Dans ses « Observations pour servir à l'histoire du traitement de la manie ; par M. Esquirol, médecin de la maison de traitement des aliénés, vis-à-vis la Salpêtrière », parues peu après, Esquirol précise que ce traitement, ou pouvoir médical, consiste « à changer la direction du principe vital, en agissant sur le système nerveux, soit en fixant fortement l'attention, soit en ébranlant vivement l'imagination. ³» Deuxième remarque : Esquirol soutient le lien corrélatif entre la réussite thérapeutique et la prise en considération de trois variables dans le traitement ainsi que son application dès l'invasion de la maladie : « Que penser d'un traitement médical appliqué indistinctement à toute sorte d'individus, et qui consisterait toujours dans l'usage des bains, des douches, des saignées multipliées, des purgatifs, des antispasmodiques ; quels que soit le siège, la cause et l'espèce d'aliénation ? Aujourd'hui il n'est plus permis de perdre de vue ces trois considérations essentielles ; aussi aujourd'hui guérit-on plus généralement les aliénés, lorsqu'ils sont traités d'après ces principes dès l'invasion de la maladie. Mais le succès va décroissant, à mesure qu'on s'éloigne de cette époque. On voit que dans ce cas l'habitude est le principal obstacle à la guérison. ⁴»

Mais si Esquirol peut être considéré comme l'un des fondateurs de la doctrine du traitement moral, il doit surtout être reconnu comme l'un des premiers penseurs et praticiens institutionnels, Pinel ayant lui-même reconnu cette priorité du travail d'Esquirol dans l'établissement privé où il exerçait alors. A cet égard, d'après J. Garrabé, l'institution asilaire pensée comme telle est l'œuvre d'Esquirol et non de Pinel⁵. Les travaux d'Esquirol traitant de la dimension institutionnelle du traitement moral plaident en faveur de cette paternité. Pour situer le contexte de l'époque, il faut rappeler que les aliénés étaient alors majoritairement placés dans des établissements publics « tantôt dans des maisons spéciales, tantôt dans les hôpitaux et les hospices, tantôt dans les dépôts de mendicité, tantôt dans les maisons de force

¹. *Ibid.*, p. 5.

². *Ibid.*, p. 9.

³. Esquirol E. « Observations pour servir à l'histoire du traitement de la manie ; par M. Esquirol, médecin de la maison de traitement des aliénés, vis-à-vis la Salpêtrière », in *Recueil de la Société de Médecine de Paris*, n° 8, tome 19, an XII, p. 11. Repris in *Des passions*, *op. cit.*, p. 10.

⁴. *Ibid.*, p. 11.

⁵. Garrabé J. « De Pinel à Freud ? Le traitement moral : son évolution de Pinel à nos jours », *op. cit.*, p. 88.

ou de correction. ¹». Dans son mémoire de 1818, *Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer*, Esquirol préconisait la mise en place de petits établissements² pouvant réunir 150 à 200 aliénés choisis selon les cinq critères suivants : « 1° L'aliéné, pour être admis, ne devrait point avoir été traité ailleurs. 2° Sa maladie ne devrait dater que d'un an au plus. 3° Nul ne devrait être atteint de maladie contagieuse ou syphilitique. 4° Aussitôt qu'il serait reconnu incurable, il serait renvoyé. 5° Il ne pourrait rester plus de deux ans dans l'hôpital ou l'asile. Je dis deux ans, l'expérience m'ayant prouvé qu'il guérit presque autant d'aliénés dans le cours de la seconde année depuis l'invasion de la maladie, que dans la première.³» Le second critère mérite de retenir notre attention dans la mesure où Esquirol circonscrit assez nettement aux débuts de l'aliénation mentale l'attribution de ces services, dits Asiles-Hôpitaux en opposition aux Asiles-Hospices pour incurables⁴. Nous verrons plus avant comment cette réforme institutionnelle visant la construction de services pour aliénés dits curables sera à nouveau débattue à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle dans le cadre des *services pour délirants*.

Dans son mémoire intitulé « Des hallucinations ⁵», Esquirol rapporte l'observation clinique de M. N, que nous avons d'ailleurs déjà abordée. Les indications d'Esquirol sur les entretiens réalisés avec ce patient entrant dans la psychose possèdent un réel intérêt pour notre recherche. Au regard de ses propos, il est manifeste qu'Esquirol souhaite faire admettre à son patient l'erreur de ses idées, en un mot qu'il délire. Pour ce faire, Esquirol s'appuie sur des éléments de la réalité qui deviennent le garant du pouvoir médical. Aussi, le principe régissant l'acte d'Esquirol pour ramener le patient à la réalité est de le confronter à celle-ci en lui démontrant le caractère délirant de ses idées. Cette confrontation du sujet à la réalité, appréhendée ici comme vérité, peut être ironiquement définie comme une méthode thérapeutique scientifique en ce sens qu'elle repose sur *l'efficacité de la preuve*. Cette *thérapeutique basée sur la preuve* s'institue du discours du maître visant à un « entier retour de la raison ⁶». Tout comme l'ignorant, l'aliéné possède de fausses connaissances issues pour sa part d'une perturbation ou lésion de ses facultés. Tout comme le maître apprend le savoir à

¹. Esquirol E. « Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer » [1818], in *Des maladies mentales*, *op. cit.*, p. 134-150, p. 136.

². Auxquels Esquirol souhaite que l'on donne le nom d'*asile*. In « Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer » [1818], *op. cit.*, p. 143.

³. *Ibid.*, p. 137.

⁴. Régis Emmanuel. « Les délirants des hôpitaux », in *La presse médicale*, n°73, samedi 12 septembre 1903, p. 645-648.

⁵. Esquirol E. Article « Des hallucinations », *op. cit.*

⁶. Esquirol E. « Maison d'aliénés », *op. cit.*, p. 62.

l'ignorant qui en conséquence perd ses croyances parfois irrationnelles, le médecin apprend et fait reconnaître à l'aliéné la véritable réalité, censée faire chuter son délire. Perspective du *pouvoir psychiatrique* que systématisera Leuret.

3. François Leuret, une *psychothérapie de persuasion*

François Leuret, élève d'Esquirol dont il suivit les cours à la Salpêtrière, fut le successeur du malheureux Georget à la maison de Santé d'Ivry¹ avant d'exercer comme médecin-chef à Bicêtre. Excellent anatomiste, il réfutait avec vigueur les conclusions de la méthode anatomo-pathologique appliquée à la folie et soutenait, « contrairement à ses contemporains, l'absence de toute lésion organique dans les troubles mentaux au long cours qu'il distingue clairement des pathologies aiguës, symptomatiques d'atteintes cérébrales.²». Assurément, il est une figure complexe et déroutante de l'histoire de la psychiatrie française moderne car s'il fut l'un des praticiens les plus violents et répressifs contre les délirants, il fut aussi celui qui initia l'ajustement du traitement au cas personnel selon Castel³. En ce sens, reconduisant le précepte pinellien, Leuret admet l'existence des variétés d'aliénation nécessitant d'adapter le traitement à chacune d'elle si bien qu'il est résolument contre « la médication uniforme ⁴». A ce titre, il va « mettre encore plus que ses devanciers l'accent sur la relation médecin-malade et la psychothérapie de persuasion ⁵». Délaissant les thérapeutiques dites passives et collectives tel que l'isolement, il préférera celles basées sur la relation médecin-malade de sorte qu'il instigua l'évolution du traitement moral en relation thérapeutique, précise Castel⁶. Il en arrive donc à préconiser pour les aliénés des traitements individuels et actifs « en théorisant un traitement moral individuel qui annonce, par bien des côtés, nos actuels traitements cognitivo-comportementalistes ». A cet égard, J. Postel n'hésite pas à évoquer une probable dimension 'sadique' dans le traitement moral avec douche, pensé et mis en pratique par Leuret⁷. Il s'apparenterait en définitive à « une sorte de déconditionnement agressif, une 'behavior therapy' avant la lettre [...] Car Leuret reconnaît à ses méthodes le rôle de déconditionnement, de dégoût, capable de supprimer définitivement

¹. Morel Pierre. *Préface*, in Leuret F. *Fragments psychologiques sur la folie* [1834], Paris, Frison-Roche, 2007, p. 10.

². Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 22-23.

³. Castel R *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, *op. cit.*, p. 288.

⁴. Leuret François. *Indications à suivre dans le traitement moral de la folie* [1845], p. 7.

⁵. Postel J. « La naissance du traitement moral... », *op. cit.*, p. 595.

⁶. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, *op. cit.*, p. 288.

⁷. Postel J. « La naissance du traitement moral... », *op. cit.*, p. 601.

les symptômes. ¹» Une telle parenté s'avère particulièrement patente dans le cadre clinique qui nous intéresse, les débuts de la psychose, dont voici deux observations issues *Du traitement moral de la folie*.

3-1. Première observation : Vincent

La première de ces deux observations, en réalité la sixième de l'ouvrage, ne vaut pas tant pour sa valeur psychopathologique que pour le récit des manœuvres thérapeutiques opérées par Leuret lui-même, dans le cadre d'une aliénation relativement récente dont l'on sait par ailleurs la rareté dans ses écrits. En effet, par sa pratique d'aliéniste, Leuret a eu essentiellement sinon exclusivement à s'occuper de sujets dits incurables. Le 13 février, un jeune homme de 26 ans, chapelier ambulant de profession, que Leuret appelle Vincent, entre à Bicêtre : « il m'assure qu'il se porte bien, et qu'il ne conçoit pas pour quelle raison on l'a envoyé à l'hospice. Je lui demande s'il ne croit pas voir d'ennemis. Il croit en avoir et de très dangereux. Des personnes habitant la même maison que lui, ont placé des caisses sur l'escalier de la maison qu'il habite, dans l'intention de le faire tomber ; on a introduit, dans le tuyau de ses latrines, une machine infernale qui devait faire feu quand il s'y présenterait ; on arrête les marchandises qui lui sont destinées, par jalousie de ce que son commerce va bien. Il est allé se plaindre de toutes ces persécutions, au commissaire de police [...] Déjà lui, Vincent deux mois avant cette criminelle tentative dirigée contre lui, a été poursuivi par un homme de sa connaissance qui s'attachait à ses pas lorsqu'il voyageait, le soir pour aller vendre ses chapeaux dans la campagne.[...] Je le laisse parler ; je ne prends d'abord un air sévère, parce que je ne veux pas interrompre son récit, mais je reste sérieux et grave ; puis quand il a fini me tournant vers les élèves qui m'accompagnent, je leur dis : 'Tenez, messieurs, voilà un de ces mauvais sujets comme la police nous en envoie, de temps en temps ; un vagabond qui compte trouver ici de la nourriture, sans être obligé de travailler, ou peut-être pis encore. Il aura commis quelque mauvaise action, et il espère se cacher ici, pour se soustraire aux poursuites de la justice, en se faisant passer pour fou ; mais nous ne serons pas dupe de son stratagème. Nous ne croyez pas plus que moi que cet homme pense un mot de ce qu'il vient de nous débiter. Une machine infernale contre un individu de sa façon ! des caisses placées sur son escalier pour le faire tomber ! des gens qui le suivent dans la campagne ! Tout cela a-t-il la moindre vraisemblance ?' Je continue sur ce ton, en m'attachant à démontrer aux élèves que toutes les idées du malade sont sans fondement, et que c'est vouloir nous prendre pour

¹. *Idem*.

des imbéciles, que de venir nous en parler. Les élèves renchérissent encore sur ce que je dis, et aucun de nous n'adresse la parole au malade, que nous laissons passablement stupéfait de notre réception. En sa présence, je donne l'ordre qu'on le fasse travailler toute la journée, et qu'on le surveille bien, afin de pouvoir me rendre compte de ce qu'il aura dit, touchant les mensonges qu'il vient de me raconter. Il travaille et se tait. Le lendemain, prenant avec lui le ton d'une moquerie méprisante, je lui enjoins d'écrire à ses parents afin qu'ils viennent le réclamer, parce que je ne veux pas qu'il reste dans un hospice où l'on ne reçoit que des honnêtes gens. Il ne demande pas mieux que de sortir mais il refuse d'écrire à ses parents, sans alléguer aucun motif valable. Je le fais conduire à la douche, et je le prévins qu'on lui laissera couler l'eau sur la tête pendant trois heures. Après avoir reçu la douche quelques secondes seulement, il paraît fort tourmenté : je fais fermer le robinet, et je demande au malade s'il obéira. Il le promet : cela ne me suffit plus ; je veux de plus grandes concessions, j'exige des explications franches sur ce qu'il m'a dit la veille, concernant la machine infernale et ses autres folies, le prévenant que si ses *réponses ne sont pas parfaitement raisonnables*¹, je lui continuerai sa douche comme je l'en ai menacé, et que je renouvellerai ainsi chaque jour, jusqu'à ce qu'il parle autrement qu'en se moquant de moi. Il me fait *des réponses parfaitement raisonnables*, et comme je témoigne des doutes sur sa sincérité, il me répète en partie ce que j'ai dit la veille en sa présence, sur le défaut de fondement et l'absurdité de ses craintes. Je lui exprime ma satisfaction, pour un si heureux changement, je lui pardonne tous ses torts envers moi, les attribuant à sa maladie plutôt qu'à l'intention de me tromper. [...] Les jours suivants il continue de s'occuper, et, quand on lui parle de ses hallucinations, il s'empresse de dire qu'il n'y croit plus, qu'il est complètement guéri. ²»

Onze jours après son entrée, Vincent est reçu en entretien par Leuret qui note à son propos : « Malgré l'assurance qu'il me donne d'être complètement détrompé sur toutes ses folies, comme il les appelle lui-même, je vois qu'au fur et à mesure qu'il en parle, il s'anime et semble encore les prendre pour des choses réelles.[...] Le lendemain, et tous les jours suivants, je ne le vois pas une seule fois, sans me moquer un peu de lui, et les élèves en font autant, et nous laissons si bien sa patience là-dessus, que le souvenir des folies qu'il m'a débitées lui devient très désagréable et presque pénible. Quand nous voyons sa raison ainsi consolidée, nous cessons toute moquerie, et il ne nous laisse pas de doute qu'il soit entièrement guéri. ³» Peu après, à peine un mois après son admission à Bicêtre, le Dc Ferrus

¹ . Souligné par nous.

² . Leuret F. *Du traitement moral de la folie*, op. cit., p. 252-256.

³ . *Ibid.*, p. 257.

accepte sa sortie. Leuret explicite ainsi le principe de ses manœuvres : « Il n'est pas difficile de voir quelle a été mon intention, en recevant Vincent comme je l'ai reçu ; j'ai voulu détourner son attention de ses idées délirantes, et lui laisser croire que, s'il persistait dans ses assertions, je le prendrais pour un fripon et non pas pour un fou. Si je lui eusse laissé croire que je le prenais pour un fou, il se serait attaché à me prouver qu'il avait effectivement vu une machine infernale, qu'il avait parfaitement reconnu l'homme qui le suivait dans les champs ; il aurait fait en un mot, comme font tous les hallucinés, quand on discute avec eux sur leurs hallucinations. Au lieu de laisser dissuader, il aurait cherché des preuves pour me convaincre de la vérité de ce qu'il disait. Mais en plaçant sur un autre terrain, je le trouvai plus attaquant : le soupçon de friponnerie que je lui témoignai tout de suite, et l'assentiment unanime qu'y donnèrent les élèves, firent une heureuse diversion sur son esprit, et lui imposèrent l'obligation de se taire, dans la crainte que je ne conservasse de lui une opinion qui le blessait d'autant plus vivement, qu'en réalité il était honnête homme. ¹»

A la lecture de cette observation, le moins que l'on puisse dire à propos de Leuret, c'est son refus catégorique dans ce cas de *se faire le secrétaire de l'aliéné*. Moquerie, vexation, menace, pratique répressive et gratification, c'est à dire l'emprise de l'aliéniste sur le patient, constituent ses principales ressources thérapeutiques dont l'on pourrait formuler comme suit la finalité implicite : que le sujet fasse silence de son délire en ne tenant que des propos et des réponses raisonnables. Nous disons implicite car dans son œuvre écrite, Leuret prône conformément à ses maîtres un « retour de la raison ² ». La visée du traitement est alors de « redonner à la volonté son empire³ » c'est-à-dire obtenir la disparition des symptômes.

3-2. Seconde observation : Monsieur. B

La seconde observation, en réalité la dix-huitième de l'ouvrage, a été communiquée à Leuret par M. Thore, élève interne de Bicêtre. Il s'agit de B, un homme de trente et un ans, exerçant la profession de serrurier entré à Bicêtre le 13 mai 1839. « Vingt jours avant son entrée, il éprouve un chagrin profond en apprenant la mort d'un de ses frères, et l'on s'aperçoit que ses facultés intellectuelles commencent à se troubler. Il cesse de travailler, et son délire devient plus évident pendant les couches laborieuses de sa femme qu'il aime beaucoup. Enfin, les événements politiques du 12 et 13 mai, et les scènes auxquelles ils

¹. *Ibid.*, p. 258.

². Leuret F. *Indications à suivre dans le traitement moral de la folie* [1845], *op. cit.* p. 28.

³. *Ibid.*, p. 18

donnent lieu, dans son quartier, portent le dernier coup à sa raison. « Le 14 mai, on le trouve assez tranquille, mais très loquace. Il se dit empereur des Français, il a été proclamé, il y a huit jours, par son état-major. Mais les habitans de Paris lui préfèrent le roi actuel. C'est pour lui qu'on s'est battu et qu'on se bat encore. Il est sûr de triompher, il va prendre le nom de Bonaparte, le César des Césars, etc. C'est ce soir qu'il sera couronné. « Il est conduit immédiatement sous la douche ; on lui reproche ses mensonges, le sang-froid avec lequel il raconte de pareilles sottises ; une verte réprimande accompagnée de la douleur le fait facilement renoncer à ses idées ambitieuses. Le soir, il soutient de nouveau qu'il est l'empereur Napoléon. » Après plusieurs passages sous la douche durant les jours suivants, B n'évoque plus son délire. Il souhaite même quitter Bicêtre dans les plus brefs délais. Après une dernière douche le 25 mai, « il cesse complètement de délire, note Leuret. Le 31 on tente de le faire retomber en *faute*¹. Une personne étrangère à la division et qu'il ne connaît point, vient l'entretenir de ses idées favorites. Le stratagème ne réussit pas : ce sont des sottises qu'il a dites, il n'en veut plus en entendre parler ; il était fou alors, et il ne veut plus qu'on le remette au régime des douches. Il est encore soumis depuis à d'autres épreuves auxquelles il a toujours résisté. Le 19 juin il quitte Bicêtre complètement guéri ² ». Là aussi, le traitement de cet homme présentant depuis peu quelques manifestations psychopathologiques se résume à la méthode coercitive prônée par Leuret et dont le ressort est la punition-gratification pour ne pas dire stimulus-réponse.

Cette observation est l'occasion pour Leuret d'assurer que « les conceptions délirantes, quand elles ne sont pas très anciennes, guérissent facilement, tandis que plus elles durent et plus elles deviennent difficile à déraciner. Dans la plupart des maladies, et même dans certaines espèces de folies, la manie par exemple, le temps est un des éléments qui amène la guérison. Dans les conceptions délirantes, au contraire, le temps conduit à l'incurabilité. Pour bien guérir des conceptions délirantes, il faut en guérir vite. ³ » Invariablement, le précepte thérapeutique aliéniste hérité de Pinel et transmis par Esquirol trouve à être confirmé par Leuret. Par ailleurs, quatre ans plus tard, Leuret recommande à la suite de Daquin, Pinel et Esquirol, l'isolement du patient de sa famille et du monde ainsi que des moments d'écoute musicale⁴.

¹. Souligné par nous.

². Leuret F. *Du traitement moral de la folie*, op. cit., p. 385-386.

³. *Ibid.*, p. 387.

⁴. Leuret F. *Indications à suivre dans le traitement moral de la folie* [1845], op. cit.

I-2. Traitements de l'entrée dans la psychose à l'époque de la psychiatrie classique

De l'augmentation croissante du nombre des aliénés hospitalisés, la plupart des nouveaux psychiatres voulurent y voir l'échec de l'aliénisme tant dans sa composante institutionnelle que dans son traitement moral individuel, ne pouvant même pas envisager que cette augmentation pouvait également provenir de la médicalisation croissante de la folie sur le territoire national. Il est vrai que les aliénés, d'avoir été inscrits dans un fonctionnement asilaire auto-centré sur lui-même, restaient souvent hospitalisés sur de longues périodes et pour des raisons, au demeurant, fort éloignées du soin. En constituant une main d'œuvre à bas prix, employés pour des travaux en tous genres, ils contribuaient directement ou indirectement au financement des asiles. Cependant, la psychiatrisation de la folie doit être regardée comme la raison majeure de l'afflux de nouveaux patients dans les asiles qui restaient bien souvent toutes leurs vies dans ses institutions spécialisées devenues le refuge des *anormaux* que la société à l'ère des révolutions industrielles et techniques peinait à réintégrer. Sans doute aussi l'approche par trop rationaliste de la guérison prolongeait-elle la durée d'hospitalisation. Mais plus décisivement, la dénaturation du traitement moral l'avait voué à disparaître au profit de pratiques médicalisées basées sur la révolution anatomo-pathologique que promouvaient les instigateurs de la nouvelle classification des maladies mentales. J.-P Falret qui n'hésitait pas à se référer à F. Leuret fut un acteur majeur de ce changement de paradigme. Au surplus, parallèlement à l'éclatement du concept unitaire d'aliénation mentale et au débat sur les causes de ces entités morbides, l'espace asilaire unifié tend lui aussi à éclater. Il y a donc eu une homogénéité entre d'une part l'éclatement du lieu unique qu'était l'asile et le début de diversification des lieux de soins, et d'autre part, l'éclatement du cadre nosographique unitaire de l'aliénation mentale. Donc à partir de 1860, deux directions prévalent dans le champ psychiatrique.

La première est de « recomposer l'espace asilaire pour en faire un milieu vraiment médical ¹ ». A cette fin, il faut désengorger les asiles en déplaçant les aliénés chroniques, les patients épileptiques et alcooliques, c'est à dire créer des lieux spécifiques pour telle ou telle pathologie ou symptôme. Cela va « de la déportation de chroniques de la région parisienne dans des asiles-dépotoirs de province dès 1844, à la création de colonies familiales agricoles dans le centre de la France, à la fin du XIX^e siècle et à l'ouverture de sections spéciales pour épileptiques hommes [Ville-Evrard, 1892] et femmes [Maison Blanche, 1910] et pour aliénés

¹. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, op. cit., p. 284.

criminels [le service Henri-Colin à Villejuif, 1910] ¹». Un tel changement s'avère congruent à la mutation nosographique et conceptuelle, Castel estimant que « ces tentatives correspondent à une volonté de médicalisation au sens technique du mot : l'aliénation est une maladie presque comme une autre, qui doit être traitée par des moyens qui se rapprochent autant que possible de la médecine ordinaire, dans des lieux qui ressemblent le plus possible aux hôpitaux qui traitent les autres maladies. C'est rompre avec le caractère 'spécial' de la pratique asilaire, pour replacer la psychiatrie dans le giron de la médecine. ²». Assurément, le débat de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle sur les services des délirants dits d'observation ou de traitement, réalisant cet éclatement asilaire, s'origine dans le projet institutionnel esquirolien que la loi de 1838 déformera quelque peu. Nous montrerons l'opposition entre deux courants se disputant les lieux d'implantation, asile ou hôpital général, et les enjeux de tels services dont l'utilité était double : être des lieux de soins précoces et des lieux d'enseignement.

La seconde orientation revenait à se passer de l'espace hospitalier. Il s'agissait de la prévention, de la prophylaxie, du dépistage, à l'école, à l'armée, dans les familles : « Le dispositif institutionnel est ici minimal, par exemple un dispensaire implanté dans la cité. Le caractère de l'intervention se transforme aussi profondément. Il s'agit moins de guérir que de prévenir, d'évaluer les dangers, de dépister des anomalies, de tester des aptitudes. ³» Se référant aux propos que le médecin Gouriou avaient tenus en 1932, Castel présente ainsi son programme : « Il rêve d'une Fédération des républiques psychiatriques où le commun des citoyens serait examiné à la chaîne au commencement de ses principales activités par l'armée des prophylacteurs, des grands et des petits orientateurs, des sexologues de tout poil, des spécialistes du suicide, du rhume du cerveau, de la conduite automobile et de la statistique, bref par tous les sous-produits de la 'Noologie' nés ou à naître de son imagination créatrice ⁴» Nous examinerons dans la troisième sous-partie cette seconde direction.

1. Jean-Pierre Falret, une méthode active

Observant que « le plus grand nombre des aliénés guérissent dans les premiers mois ou dans le cours de la première année ; les guérisons sont encore nombreuses dans la seconde

¹. *Ibid.*, p. 284-285.

². *Ibid.*, p. 285.

³. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, op. cit., p. 287.

⁴. *Ibid.*, p. 286.

année...¹», Jean-Pierre Falret reconduit le précepte thérapeutique de ces devanciers considérant que « les maladies mentales guérissent en très grand nombre, surtout quand on ne commet pas l'imprudance de les laisser vieillir avant de les traiter²». De surcroît, et contrairement à Pinel, Falret admet l'existence d'une corrélation entre le pronostic et les causes actuelles spécialement leur durée d'action : « La nature et la durée des causes occasionnelles influent puissamment sur le pronostic de la folie. On doit beaucoup espérer quand elle naît rapidement de causes morales ou physiques dont l'action a été violente et soudaine, et qui n'auront pas de continuité. Telle est la folie déterminée par une forte émotion, par une passion subite, par quelque fièvre aiguë, par les suites de couches, par la grossesse, par la suppression des menstrues etc. ; dans ces circonstances, elle guérit vite et souvent.³» Aussi, l'on peut inférer de ces propos que Falret postule que la forme brusque d'entrée dans la psychose présente un meilleure évolution que la forme lente.

Bien que Falret souscrive au traitement moral des pionniers et notamment de son maître Esquirol, il se réfère préférentiellement à une version proche de celle de Leuret, dirigiste et active : « le médecin doit toujours songer que, pour combattre ces affections [maladies mentales], il a, dans la constitution de l'homme, une force intellectuelle et morale dont la puissance, plus ou moins grande selon les degrés de la maladie et cela selon les individualités, est, lorsqu'elle est bien dirigée, le meilleur modificateur des phénomènes psychiques par lesquels elles se traduisent. L'emploi de cette force pour la guérison des maladies mentales s'appelle traitement moral.⁴». Autant un tel principe est congruent à son refus de se faire secrétaire de l'aliéné autant il préconise de s'appuyer sur les ressources du sujet.

Le refus d'être le secrétaire de l'aliéné

Dégager les causes premières des symptômes de l'aliéné nécessitent d'après Falret une investigation active de la part du médecin et non pas une écoute passive de la parole de l'aliéné. On en déduit que Falret associe le recueil de la parole de l'aliéné, de ses dits, à une position passive : « Nous vous disons donc : si vous voulez arriver à découvrir les états généraux sur lesquels germent et se développent les idées délirantes ; si vous voulez connaître les tendances, les directions d'esprit, et les dispositions de sentiments, qui sont la source de

¹. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 69.

². *Ibid.*, p. 67.

³. *Ibid.*, p. 69.

⁴. *Ibid.*, p. 88.

toutes les manifestations, ne réduisez pas votre devoir d'observateur au rôle passif de secrétaire des malades, le sténographe de leurs paroles, ou de narrateur de leurs actions : soyez convaincus que, si vous n'intervenez pas activement, si vous prenez en quelque sorte vos observations sous la dictée des aliénés, tout l'état intérieur de ces malades se trouve défiguré en passant à travers le prisme de leurs illusions et de leur délire. ¹» A cet égard, Falret n'hésite pas à railler les aliénistes qui en souscrivant aux propos des aliénés évacuent ce qu'il considère comme une phase inhérente à toute folie déclarée, « ce que nous appelons le fond de la maladie, sur lequel germent et se développent les idées ou sentiments prédominants, qui n'en sont que le relief. » Ces aliénistes *secrétaire de l'aliéné*² ne s'intéressent d'après lui nullement au *fond de la maladie*, car affirme-t-il, « ils ont pris, en quelque sorte, leurs observations sous la dictée des aliénés ou de ceux qui les soignent ³ ». Ce faisant, Falret souligne l'adhésion passive de ces aliénistes aux propos des aliénés. A leur rencontre, Falret décrit ainsi sa méthode clinique active des sujets aux débuts de la folie : « Il faut donc rechercher avec attention l'origine des désordres qu'on observe, scruter et peser toutes les circonstances qui peuvent avoir exercé quelque influence sur l'individu [...] Aussitôt que les causes morales ou physiques sont dévoilées, il convient de s'occuper sans relâche à les détruire ou tout au moins à les atténuer ⁴». Il convient de souligner l'importance accordée par Falret au repérage des causes actuelles pour autant que sa méthode préconise d'en protéger le sujet. Dans le cas des causes morales, « il convient surtout de recourir à la diversion. Faire diversion à des sentiments, à des idées morbides [...] c'est tout simplement soustraire les impressions extérieures qui fomentent les désordres de l'entendement, et puis appeler l'attention sur d'autres objets ⁵» A l'instar de Leuret, Falret estime d'une part que « la thérapeutique morale ne connaît pas de meilleur moyen [que la diversion] pour éconduire une idée fixe ⁶» De même, avance Falret si « vous avez à combattre l'incubation d'une folie ambitieuse, les ravages d'une passion de renommée, de dignité, de grandeur, de gloire, de fortune, etc., la ligne de conduite sera la même quant au principe. Loin de laisser le malade se complaire dans ses rêves ambitieux [...] Il faut s'attacher à reconnaître et à éloigner les personnes et les choses qui favorisent les penchants maladifs, opposer l'indifférence et parfois une critique opportune, courte, saisissante [...] ; enfin par-dessus tout, s'occuper avec intelligence et assiduité de tourner son attention vers des occupations ou des exercices

¹. Falret J.-P. « De la non-existence de la monomanie » [1854], *Des maladies...*, *op. cit.*, p. 436.

². Lacan J. *Le séminaire, Livre III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 223.

³. Falret J.-P. « De la non-existence de la monomanie » [1854], *Des maladies...*, *op. cit.*, p. 436.

⁴. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 73.

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibid.*, p. 74.

d'agrément étrangers à l'idée fixe ¹» D'autre part, la discrétion qu'il recommande à l'instar de Leuret sur les moyens thérapeutiques tranche avec les soucis actuels de transparence, d'alliance thérapeutique ou de compliance au traitement paralysant certaines initiatives soignantes : ce qu'il « ne faut jamais négliger, c'est de masquer la tendance des moyens qui doivent être employés à l'insu des malades ²».

2. Les services des délirants des hôpitaux

A l'évidence, ce sont les pères fondateurs, Pinel et particulièrement Esquirol, qui introduisirent l'idée d'une certaine spécialisation des services ou quartiers psychiatriques à l'intérieur d'un même asile, où l'on traiterait grâce au traitement moral toutes les variétés cliniques de l'aliénation mentale. A cet égard, Marie rappelle en 1904 que le programme préconisé par Esquirol en septembre 1818 dans son adresse au Ministère de l'Intérieur, « le seul vraiment médical et scientifique de la thérapeutique mentale, a été si peu réalisé par la loi de 1838, qu'en 1900 Magnan ouvrant le Congrès international de médecine mentale à Paris, reprenait le programme d'Esquirol à près d'un siècle de distance, à peu près dans les mêmes termes. ³»

Au fil du XIX^e siècle, le nombre accru des patients hospitalisés engorgeant les asiles participa fortement au discrédit du traitement moral et de l'aliénisme. De façon contemporaine à cet échec asilaire auquel elle participa également, une nouvelle ère du discours psychiatrique s'ouvrait, celle des maladies mentales subséquente à une pluralisation des entités cliniques morbides et corrélative notamment de la nouvelle nosographie promu par la doctrine de la dégénérescence. Un tel bouleversement de la méthode nosologique et des hypothèses étiologiques s'accompagna d'une réforme institutionnelle. Ainsi en 1860, le *Rapport de la commission instituée pour la réforme et l'amélioration des services d'aliénés du département de la Seine* « prévoit un asile central à Paris [Sainte-Anne] pour les folies récentes et l'enseignement clinique, auquel est adjoint un service d'admission [...] ⁴» Ce projet résulte d'une conjonction entre d'une part un intérêt accru pour les débuts de la psychose et ses formes récentes tant au niveau thérapeutique qu'au niveau de la formation

¹ *Ibid.*, p. 75.

² *Idem.*

³ Marie. « Des hôpitaux ouverts pour malades mentaux », *Revue de psychiatrie*, 1904, p. 441-460, p. 442.

⁴ Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, op. cit., p 285.

universitaire des internes et d'autre part un intérêt administratif et institutionnel matérialisé par le service d'admission. Bien qu'un tel établissement devant nouer les dimensions thérapeutique, universitaire et administrative émanait de la nouvelle ère psychiatrique, son ouverture en 1867 réalisait en quelque sorte le souhait émis par Esquirol cinquante ans plus tôt, souhait dont nous avons déjà donné les termes¹.

Fin XIX^e, début du XX^e siècle, cette volonté d'instituer des services spécialisés perdure et se conjoint à celle de réformer en profondeur l'institution asilaire en démultipliant les asiles ou institutions de soins. Cette réforme qui avait déjà trouvée, d'après E. Régis, à se matérialiser dans des projets anticipés ou en voie de réalisation dans divers pays, en Suisse, en Allemagne², en Belgique, en Amérique, en Angleterre etc. devait amener en France à la création de quatre types d'institutions : « 1° l'asile-prison ou asile spécial pour aliénés criminels et dangereux ; 2° l'asile spécial pour arriérés, idiots, et épileptiques ; 3° l'asile spécial pour buveurs ; 4° les colonies agricoles et les colonies familiales pour chroniques, déments, convalescents, etc. etc. »³ Mieux dès 1889, en référence à la situation Suisse, Feuillade et Audemar demandaient la création de « pavillons annexés aux hospices sortes d'asiles-hôpitaux où s'opérait une sélection avant l'admission dans les asiles d'aliénés. »⁴. D'après Marie, un tel service comprenant cinquante lits fonctionnait depuis 1865 dans l'hôpital communal de Copenhague sous la direction du professeur Pontoppion. Par ailleurs, en 1892, lors du Congrès américain de Denver, le Dr Letchworth alors président du Conseil supérieur d'assistance de l'Etat de New-York, « montrait que le pourcentage des guérisons d'un asile où aigus et chroniques sont mêlés est moindre que la moyenne combiné d'un hôpital d'aigus et d'une colonie de chroniques bien organisée »⁵. De tels projets institutionnels trouvaient dans leurs bienfaits thérapeutiques l'un de leurs arguments majeurs.

C'est dans ce contexte que les projets de services dédiés aux sujets dits « délirants des hôpitaux »⁶ mais aussi « agités temporaires »⁷ où l'on compte parmi eux les sujets entrant

¹ Cf *supra.*, p. 447 et sq. Haussmann avait déjà évoqué avant 1870 la création d'hôpitaux-villages centrés sur la dimension curative à l'encontre des hôpitaux-hospices.

² Marie note qu'en Allemagne « dans ces trente dernière années, Brosius, Griesinger, Meschede, Kraeplin, se sont efforcés d'établir des cliniques psychiatriques, en séparant les établissements d'aigus de ceux des incurables (heilanstalten et Pflegeanstalten) ». In « Des hôpitaux ouverts pour maladies mentales ».

³ Régis E. « Les délirants des hôpitaux », *op. cit.*, p. 645.

⁴ Feuillade et Audemar [1889] cités par Régis E. « Les délirants des hôpitaux », *op. cit.*, p. 646.

⁵ Marie. « Des hôpitaux ouverts pour maladies mentales », *op. cit.*, p. 446.

⁶ Régis E. « Les délirants des hôpitaux », *op. cit.*, p. 645.

⁷ Le Gendre. Communication du 18 janvier 1901, in *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1901. Cité par Régis E. « Les délirants des hôpitaux », *op. cit.*, p. 645.

dans la psychose clinique, connaissent un regain d'intérêt au point d'être l'objet d'un débat sur le bien-fondé non pas de leur existence, celle-ci étant entendue, mais sur leurs lieux d'implantation. Une majorité des auteurs semblent partager le souhait de voir créer des services de déliants ou service d'admission pour déliants aigus dans les hospices ou hôpitaux généraux. Parmi ces partisans Régis intervint au Congrès des Aliénistes et des Neurologues de 1901 à Limoges. La même année M. Roux dans son rapport à l'Administration des Hospices de Saint-Étienne écrit : « On objectera peut-être que la distinction entre déliant et aliéné étant très difficile à faire, le nouveau service recevra beaucoup d'aliénés proprement dits. Nous répondrons que, tandis qu'il y a de grands inconvénients à recevoir des déliants comme aliénés, il n'y en a aucun à recevoir des aliénés comme déliants, que d'ailleurs la distinction se fera plus facilement après quelques jours d'observation. Les aliénés eux-mêmes bénéficieront de cette confusion momentanée ; étant soignés plus tôt, ils guériront en plus grande proportion. ¹» On notera l'utilisation par Roux comme argument du précepte de la corrélation entre rapidité du traitement et pronostic de guérison. De surcroît, les tenants de ces services annexés aux hôpitaux estiment qu'ils seront fort instructifs dans la mesure où d'après Régis « les aliénistes ont surtout étudié et fait connaître les maladies mentales des asiles » et non les « psychoses des hôpitaux ²».

Il convient de préciser que ce groupe des déliants des hôpitaux regroupe des réalités cliniques fort hétérogènes puisqu'on y trouve des sujets présentant des « troubles cérébraux plus ou moins accusés. Ce sont toutes les variétés de déments simples [...] ce sont des débiles intellectuels, des dégénérés sans complications vésaniques ; ce sont les grands nerveux [...] ce sont enfin et surtout tous ces sujets dont la perturbation psychique relève d'une intoxication externe ou interne ou d'une infection de l'organisme ...³», dont le seul dénominateur commun est de déranger la tranquillité et le repos des autres patients hospitalisés. En outre, ils étaient jusque-là fréquemment et injustement internés dans les asiles d'après Régis. Si l'on s'accorde à rapporter la clinique présentée par nombre de ces déliants à celle des bouffées déliantes aiguës, on peut en déduire que ces services devaient souvent accueillir des cas d'entrée brusque dans la psychose.

¹. Roux cité par Régis E. « Les déliants des hôpitaux », *op. cit.*, p. 646.

². *Ibid.*, p. 647. D'après Régis les maladies mentales comprennent trois catégories les semi-aliénés libres, les déliants des hôpitaux, les grands aliénés des asiles.

³. *Ibid.*, p. 645.

On en arriva même, dans cette vague de réforme hospitalière à souhaiter, comme Marc Armand, la construction de pavillons pour les aliénés aigus et délirants simples dans les hôpitaux ou asiles. Il rejoignait-là l'une des pierres angulaires de l'Asile tel que promu par Esquirol sous les espèces des Asiles-Hôpitaux réservés aux aliénés curables c'est à dire récents. Mais c'est Édouard Toulouse, qui dans un article de juin 1899, reprenant les conclusions de son *Rapport présenté à la Commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'assistance des aliénés*¹ daté du mois précédent, anticipa le premier et de manière la plus étudiée, la création pour le département de la Seine, des asiles de traitement et des asiles spéciaux grâce à une restructuration des établissements déjà existants. Dans les premiers, qui seraient localisés à Sainte-Anne et à Villejuif, les patients présentant un état aigu seraient admis dans des services d'observations. D'après Toulouse seuls ces établissements d'observation et de traitement devront être appelés *hôpitaux*. Quant aux autres établissements, ceux accueillants des patients chroniques, ils devraient être appelés *hospices*. Pour le département de la Seine, aux deux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse s'ajouterait un troisième en construction. Ils seraient alors composés « des services d'épileptiques, d'alcooliques, de vicieux et des services d'assistance pour les malades non susceptibles d'être placés dans des familles.² » Une telle bipartition liquiderait en quelque sorte la réforme institutionnelle de la loi de 1838 de sorte que la disparition de la dénomination esquirolienne d'Asile paraît congruente à cette répartition. Cependant, Toulouse soucieux de maintenir la généalogie aliéniste préconise d'accoler à chaque hôpital ou hospice un nom d'aliéniste différent. A cet égard, l'article premier des conclusions du *Rapport* indique qu'il souhaite que le premier hôpital d'observation et de traitement nouvellement construit porte le nom d'hôpital Esquirol.

Les hôpitaux ou services d'observation et de traitement accueilleraient pour une durée de six mois les patients dans la mesure où jusqu'à présent « 90% environ des maladies guéris ont recouvré leur raison dans les six premiers mois de leur traitement.³ » Un autre facteur devra servir à l'orientation des patients, celui de leur nécessité quotidienne de soins médicaux. Ces hôpitaux devraient être situés, par commodité, le plus proche possible de la ville aussi bien pour les familles de patients hospitalisés que pour les internes en formation. Chaque

¹. Premièrement, il semble d'après les indications de Toulouse que cette commission soit rattachée au Conseil général de la Seine. Et deuxièmement, que le rapport émane d'une sous-commission dont il assura la présidence ?

². Toulouse E. « Les Hôpitaux et services d'observation et de traitement », *Revue de psychiatrie*, n°6, juin 1899, p. 165-178, p. 171-172.

³. *Ibid.*, p. 172.

pavillon composant ces hôpitaux ne devra pas accueillir plus d'une trentaine de patients. Toulouse préconise la présence d'au moins cinq pavillons par hôpital : « 1° Un pour les malades à surveiller, mélancoliques, affaiblis, sujets atteints de maladies intercurrentes [...] 2° Un pavillon pour les malpropres et affaiblis [...] 3° Un pavillon pour les malades agités [...] 4° Un quartier demi-ouvert pour les travailleurs. Les malades jouiront d'une certaine liberté. C'est là que l'on pourra essayer le système de *l'open-door* pour les malades aigus. 5° Enfin, un pavillon tout à fait ouvert pour les malades convalescents ou pour ceux dont les troubles mentaux ne justifient pas l'internement. Dans un asile nouveau, ce pavillon devrait être placé assez loin des autres et constituer un petit hôpital indépendant [...] Les malades placés dans ce pavillon seraient tout à fait libres et ne seraient plus sous le coup de la loi de 1838. ¹» Toulouse estime que ce cinquième type de pavillons où la durée d'hospitalisation ne pourra excéder six semaines, représente un mode d'assistance libéral tout en étant économique, considération toujours présente à son esprit. Il préconise même qu'à l'avenir ces pavillons soient construits hors les murs de l'hôpital². Ainsi que le note Hochmann : « Après avoir humanisé son service de Villejuif, il propose de séparer les services de soins actifs des asiles de long séjour et d'introduire, dans ce qui va s'appeler 'hôpital psychiatrique', des services libres auxquels la loi d'internement ne s'appliquera plus. C'est ainsi qu'il ouvre, à Sainte-Anne, un centre de soins et de recherches –l'hôpital Henri-Rousselle-, autour duquel s'articulent un service social et un réseau de dispensaires d'hygiène mentale construits sur le modèle des dispensaires anti-tuberculeux. ³» Il ouvrit ce « 'service départemental de prophylaxie mentale' (futur hôpital Henri Rousselle) en 1922 ⁴».

En France, on comptait aux côtés de MM Armand, Toulouse⁵ et Roux, qui souhaitaient la dépendance de tels services aux Asiles, Chaslin et Nageotte qui avait publié en 1901⁶ un article prônant la transformation des services fermés en services ouverts pouvant accueillir les aliénés aigus. Toutefois, à leur rencontre, les partisans de services des délirants

¹. *Ibid.*, p. 174-175.

². *Ibid.*, p. 176.

³. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie, op. cit.*, p. 89.

⁴. Haustgen T. « Centenaire de la création du premier service ouvert de psychiatrie en France », in *Synapse*, janvier 1997, n°132, p. 41-44, p. 44.

⁵. Toulouse E. « Les délirants des hôpitaux », in *Revue de Psychiatrie*, 8^{ième} année, 1904, p. 43-44. En réalité la position de Toulouse est complexe : favorable à ce que ces services soient indépendants ou intégrés aux Asiles, il souhait par ailleurs que le nom même d'asile disparaisse, que fut réalisé un effacement des frontières entre les asiles et les hôpitaux généraux et même que leurs malades respectifs ne constituèrent qu'une seule catégorie. On peut en déduire que Toulouse souhaitait la disparition de la psychiatrie en tant spécialité médicale et l'allégeance des médecins psychiatres à la médecine générale.

⁶. Chaslin, Nageotte. « La vraie réforme du traitement des affections mentales à Bicêtre et à la Salpêtrière », in *La presse médicale*, 29 juin 1901.

intégrés dans les hôpitaux généraux étaient majoritaires en France et à l'étranger, et parmi eux, on comptait la Société médicale des hôpitaux de Paris. Gilbert Ballet qui dirigeait le service des délirants de l'Hôtel-Dieu ouvert en 1905, souhaitait même traiter « ceux que l'acuité et le caractère transitoire de leurs troubles mentaux rendent justiciables d'un traitement médical actif plus que de la simple surveillance. ¹» Il incluait dans cette catégorie pour le moins composite, les *hystériques*, *neurasthéniques* et *petits obsédés*. Il opérait là une extension certaine de la clinique des délirants aigus en soutenant que « les curables, devraient être soignés hors la promiscuité avec [les] malades chroniques. ²» Que les délirants aigus et les « nerveux » puissent être traités dans un même service spécialisé annexé à un hôpital général, et le cas échéant vus en consultation externe spéciale, permettra un rapprochement entre la psychiatrie et la neurologie, « ces deux branches de la pathologie gagneraient, d'après Ballet, en effet à se rapprocher, sinon tout à fait à se confondre. ³» Il est clair qu'une telle réforme institutionnelle n'était pas sans enjeux disciplinaires, le discours de Ballet étant exemplaire de la volonté d'effacement de la frontière entre le champ psychiatrique et le champ neurologique fermement défendue quatre-vingt ans plus tôt par Georget⁴. Il paraît opportun de rappeler que Grivois dirigea de longues années le service de l'Hôtel-Dieu créé par Ballet. Peut-être que la profonde ambivalence de Grivois à l'égard de la psychiatrie classique perpétue à sa façon, et en partie, la ferme volonté de soumettre la psychiatrie à la neurologie du fondateur du service des délirants de l'Hôtel-Dieu. Ou tout du moins d'effacer les frontières parfois relatives entre ces deux champs disciplinaires, cliniques et thérapeutiques que le mouvement réformateur de la psychiatrie dans les années d'après guerre, emmené notamment par G. Daumezon puis H. Ey, avait pourtant réaffirmée en obtenant la création du certificat d'études spéciales de psychiatrie le 30 décembre 1968.⁵

Enfin, dans la mesure où de tels services furent fortement plébiscités par les médecins, il est clair que le débat résidait d'avantage sur la localisation de ces services, soit intégrés dans les Asiles soit annexés aux Hôpitaux ou même en dehors d'eux, que sur leur légitimité comme le soulignait Marie : « le débat se limite, dès lors de savoir où réaliser l'hôpital des maladies mentales et nerveuses ; est-ce sur l'asile qu'il faut le greffer, est-ce sur l'hôpital

¹. Ballet Gilbert. « Le service des délirants de l'Hôtel-Dieu », in *La presse médicale*, samedi 15 juillet 1905, p.441-444, p. 443.

². Ballet G. « Le service des délirants de l'Hôtel-Dieu », *op. cit.*, p. 443.

³. *Ibid.*, p. 444.

⁴. Cf *supra.*, p. 49 et sq.

⁵. Castel Robert. *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Editions de Minuit, 1981, p. 34.

ordinaire ou en dehors de l'un et de l'autre ; peu importe ..¹». Une deuxième conséquence de ce débat centré sur la prise en charge institutionnelle des débuts de la psychose fut qu'il généra également des publications portant sur la dimension curative telle que « Les soins et le traitement à donner aux malades des classes pauvres aux périodes de début des affections mentales.²» Sa troisième conséquence concerne les modes d'internement dans la mesure où ces services impliquaient de nouvelles dispositions légales relatives aux hospitalisations libres.

3. Les premiers traitements psychiatriques modernes

Contrairement à un préjugé très répandu, Lantéri-Laura estime que la période de l'ère classique fut une « période où la thérapeutique psychiatrique a connu de grands progrès, de sorte qu'il y aurait une grave sottise à la dater des premiers neuroleptiques³» nés en 1952 de recherches menées France comme nous le verrons plus avant. Dans ce sens, il cite la malariathérapie utilisée en 1917 par J. Wagner von Jauregg dans le traitement de la paralysie générale⁴, l'hypnose et la suggestion promues par Charcot et Bernheim mais aussi les « entreprises psychothérapeutiques plus élaborées⁵» mis en place par Freud, Joseph Breuer ou même Pierre Janet. A ces thérapeutiques, s'ajouteront dans l'entre-deux-guerres, l'insulinothérapie avec M. Sakel, les cures de sommeil avec J. Klaesi, l'usage du cardiazol avec L. von Meduna et la sismothérapie, avec U. Cerletti et L. Blini⁶. Ou bien encore la psychochirurgie inventée en 1935, par le neurologue portugais Egas Moniz : « L'extrême de la chosification des malades mentaux est [dès lors] atteint⁷». Ces méthodes ou traitements de choc « renoue[nt], estime Hochmann, avec les pratiques anciennes du bain glacé ou de l'extraction de la 'pierre de la folie', manifeste[nt] les contradictions d'une époque où l'identification à l'homme souffrant coexiste avec une nouvelle réduction du fou à l'animalité⁸». De son côté, Pierre Deniker l'un des inventeurs des neuroleptiques première génération, estime qu'en 1975 « il est impossible d'imaginer le désert qu'était, il y a 25 ans, la pharmacopée psychiatrique. Les sédatifs classiques, les bromures, le chloral, les barbituriques

1. Marie. « Des hôpitaux ouverts pour malades mentales », *op. cit.*, p. 460.

2. Communication de M. John Sibbald, le 30 juillet 1902, à la British Medical Association, section de médecine psychologique. Cité par Régis E. « Les délirants des hôpitaux », *op. cit.*, p. 646.

3. Lantéri-Laura G. « Cent cinquante ans de psychiatrie française et francophone », *op. cit.*, p. 717.

4. *Idem.*

5. *Idem.*

6. *Ibid.*, p. 718.

7. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*, p 87

8. *Ibid.*, p. 86.

n'avaient que des indications symptomatiques et, seules, les méthodes de choc étaient utiles dans les psychoses.¹». Il est aisé de constater la divergence d'opinion entre Deniker et Hochmann quant à ces méthodes, leur intérêt thérapeutique et leurs implications déontologiques.

I-3. Traitements de l'entrée dans la psychose dans la psychiatrie contemporaine

Il est communément admis de considérer comme une date essentielle de la naissance des thérapeutiques contemporaines de la psychose déclarée et partant de l'entrée dans la psychose, la découverte et les essais cliniques des premiers neuroleptiques en 1952. Restant dans son sillon, les recherches portant sur les thérapeutiques biologiques sont fortement axées sur la découverte de nouvelles molécules et la mise sur le marché de nouveau psychotropes. Très souvent intégrées dans l'approche bio-psycho-sociale inhérente aux modèles de vulnérabilité, ces thérapeutiques connaissent dès lors un réel essor. Connectées à des pratiques telles que les psychothérapies cognitivo-comportementales, la réhabilitation psychosociale et le démantèlement de la nosographie classique, elles laissent croire à l'illusion, déjà dénoncée par ailleurs par R. Gori et M.-J Del Volgo, d'une prise en charge globale du patient.

Au surplus, des recherches situées à la croisée des divers champs disciplinaires intégrés dans ces modèles promurent alors, à titre expérimental tout d'abord, la création d'institutions, de centres ou de services dédiés à l'intervention précoce de la psychose, renouant ainsi en réalité avec une certaine tradition institutionnelle autour des services de délirants. De tels services furent l'objet d'un débat fort animé au début du XX^e siècle auquel participèrent comme nous l'avons déjà vu nombre de psychiatres de renom dont E. Régis², E. Toulouse³ ou encore G. Ballet⁴ praticien à l'Hôtel-Dieu, hôpital emblématique de la « folie aiguë ou subaiguë⁵» pour reprendre les termes de M. Gourevitch et que Jan Goldstein présente ainsi : « Pour ces fous et folles considérés comme encore curables [du fait généralement que leur état s'était déclaré récemment], une seule institution publique existait

¹. Deniker P. « Qui a inventé les neuroleptiques », in *Confrontations psychiatriques*, n°13, 1975, p. 7-17, p. 14.

². Régis E. « Les délirants des hôpitaux », *op. cit.*

³. Toulouse E. « Les délirants des hôpitaux », *op. cit.*

⁴. Ballet G. « Le service des délirants de l'Hôtel-Dieu », *op. cit.*

⁵. Gourevitch M. « Mythes », *op. cit.*, p. 599.

dans la capitale : deux départements de l'Hôtel-Dieu, hôpital délabré, tentaculaire, et à vocation généraliste. L'un pouvait accueillir quarante-deux hommes, l'autre trente-quatre femmes, les fous des deux sexes étant pour la plupart installés à quatre dans ce qu'on appelait les grands lits ¹». L'un des successeurs de Ballet, Henri Grivois a tenté d'élaborer à partir de sa pratique de la psychose naissante, une certaine modalité de rencontre, non dénuée d'originalité et d'intérêt, avec ses sujets entrant dans la psychose. Bien qu'elle soit clairement orientée par la parole du sujet, elle peine tout de même à se dégager de certains préjugés dépréciatifs qui l'enlisent dans une pratique volontariste du clinicien.

1. Thérapeutique de la psychose débutante associée aux modèles stress-vulnérabilité

Accordant une certaine valeur causale aux trois dimensions la constituant, l'approche bio-psycho-sociale leur confère également un rôle dans la prise en charge des sujets entrant dans la psychose. A l'instar de sa prévalence dans l'hypothèse étiologique, la dimension biologique s'avère également dominante dans la thérapeutique sous les espèces des traitements psychopharmacologiques dont nous allons retracer brièvement l'histoire. Ils sont alors la pierre angulaire de *programmes* se voulant spécifiques dans la thérapeutique des sujets entrant dans la psychose. Intégrant les aspects dits psychologiques et sociaux, ces programmes prétendent établir un protocole aux résultats probants où la médecine dite basée sur les preuves ou EBM² fait office d'idéal scientifique. Force est de constater, que la psychiatrie, dans le sillon de la médecine, « passe ainsi, selon G. Pommier, de l'art à la science, selon le vœu de Claude Bernard ³»

1-1. Aperçu historique de la psychopharmacologie

Les thérapeutiques modernes psychopharmacologiques de la psychose désignées plus communément chimiothérapies, sont nées en 1952 avec la découverte, par une équipe française dirigée par le Professeur Jean Delay, de la molécule qui allaient servir d'élément actif dans les premiers neuroleptiques. Après avoir menés des essais cliniques sur l'utilisation

¹. Goldstein J. *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, op. cit., p. 71.

². D'après R. Gori et M.-J. Del Volgo l'EBM ou Evidence Based Medicine « est un terme créé, dans les années 1980, par un groupe de chercheurs de la faculté de médecine McMaster au Canada, pour désigner une stratégie d'étude clinique. ». In *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005, p. 12.

³. Pommier G. *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, op. cit., p. 329

d'une nouvelle molécule, la chlorpromazine, 4560RP du laboratoire Spécia, ils présentèrent, par la voix de Pierre Deniker, leur communication inaugurale intitulée « L'utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560RP) ¹ » lors de la journée commémorative du centenaire de la Société médico-psychologique qui était alors consacrée, il n'est pas inintéressant de le signaler, aux « Thérapeutiques de choc en psychiatrie »². Deniker fit publiquement part des premiers résultats des essais menés de février à mai 1952 sur une vingtaine de malades. Il convient toutefois de reconnaître qu'en cette même année 1952 d'autres publications portant sur les effets de cette molécule avaient déjà été publiées, - notamment la découverte par Henri Laborit, médecin anesthésiste, des « propriétés sédatives d'un dérivé des antihistaminiques ³ ». En outre, il est même possible de considérer avec Deniker lui-même « que les premiers inventeurs des neuroleptiques furent les chimistes de Rhône-Poulenc, qui créèrent la chlorpromazine, et, aussi de Ciba, qui réalisèrent la synthèse de la réserpine ⁴ ». Néanmoins, il n'en demeure pas moins vrai, assure Ginestet, qu'il revient à Delay et à son équipe d'avoir expérimenté les effets de la « chlorpromazine (le largactil) [...] le premier des psychotropes modernes ⁵ » sur des sujets souffrant de troubles mentaux, et partant, d'avoir établi « les principes de la cure neuroleptique telle que nous la pratiquons encore, en monothérapie, en traitement continu et prolongé ⁶ ». Dès lors, les neuroleptiques dont le terme même fut introduit en 1955 par Delay et Deniker⁷, et la psychopharmacologie non seulement reléguèrent les anciennes thérapeutiques médicamenteuses et biologiques, telles que les barbituriques, le bromure et les plus récentes phénothiazines antihistaminiques⁸, mais surtout, ils s'imposèrent comme indispensables à toute prise en charge des sujets psychotiques. Ils modifièrent profondément la clinique même des psychoses notamment le cours de leur évolution, et instiguèrent de nouvelles recherches étiologiques, ne serait-ce que pour saisir les effets suspensifs de ces neuroleptiques sur la symptomatologie psychotique. A cet égard, les travaux du suédois Carlsson furent décisifs dans la compréhension des mécanismes biochimiques relatifs à la dopamine⁹. L'impact

¹. Delay. J, Deniker. P, Harl J.M. « Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560RP) », in *Annales médico-psychologiques*, 110, 1952, p. 112-117.

². Ginestet D. « L'essor de la psychopharmacologie et son impact sur la psychiatrie », in *Annales médico-psychologiques*, 160, 2002, p. 767-771, p. 767.

³. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 98.

⁴. Deniker P. « Qui a inventé les neuroleptiques », op. cit., p. 8. On pourra se reporter à la *Chronologie des premières publications sur la chlorpromazine durant l'année 1952* établit par l'auteur.

⁵. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 98.

⁶. Ginestet D. « L'essor de la psychopharmacologie et son impact sur la psychiatrie », op. cit., p. 768

⁷. Deniker P. « Qui a inventé les neuroleptiques », op. cit., p. 12. Précisément, il fut introduit dans une communication à l'Académie Nationale de Médecine en 1955.

⁸. Ginestet D. « L'essor de la psychopharmacologie et son impact sur la psychiatrie », op. cit., p. 769

⁹. *Ibid.*, p. 767-771.

clinique des neuroleptiques classiques fut tel qu'ils inaugurèrent une nouvelle ère de la psychiatrie « celle de la psychopharmacologie ¹ » au point que l'on a pu parler rétrospectivement d'une « ère pré-neuroleptique ² ». Dans le sillage de la découverte des neuroleptiques, d'autres psychotropes furent mis sur le marché notamment les antidépresseurs tricycliques puis sérotoninergiques.

L'industrie pharmaceutique, soumise aux lois du marché et de la concurrence entre laboratoires, n'eut d'autre choix que de développer en partenariat avec des équipes hospitalo-universitaires des recherches visant à la mise sur le marché de produits aux effets secondaires notamment extrapyramidaux moins pénibles. De là sont nés les neuroleptiques seconde génération, les antipsychotiques dits atypiques ³ qui ont détrônés, spécialement depuis 1996, dans les *guidelines* ⁴ évoquant les prescriptions en première intention, les neuroleptiques classiques. Et à Llorca de résumer : « Pour les différentes recommandations, l'utilisation d'un traitement dit antipsychotique [neuroleptique classique ou neuroleptique dit atypique] est considéré comme indispensable dans le traitement médicamenteux des premiers épisodes. [...] L'utilisation des antipsychotiques atypiques en première intention, qui est la tendance actuelle la plus marquée, est mise en avant par les auteurs du fait de leur bonne tolérance neurologique. ⁵ » Toutefois, une telle affirmation doit être tempérée car comme le souligne Ginestet « ces nouveaux produits ne sont pas anodins : on connaît la surveillance hématologiques nécessaire avec la clozapine mais, selon les molécules, existent des risques métaboliques [prise de poids, diabète] ou cardiovasculaires : troubles de la conduction, allongement de l'espace QT, torsades de pointe. ⁶ »

1-2 Dispositifs ou institutions spécialisés dans la prise en charge de l'entrée dans la psychose

Les premières initiatives de prise en charge institutionnelle de patients entrant dans la psychose sont anciennes comme en témoigne l'existence de l'Hôtel-Dieu à Paris qui

¹. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 98.

². Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », op. cit., p. 67

³. Principalement la rispéridone, l'olanzapine, l'amisulpride, la clozapine selon Llorca P.-M. In « Quels sont les agents pharmacologiques les lieux adaptés au traitement des schizophrénies débutantes ? », *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques*. Conférence de consensus, 23 et 24 janvier 2003, op. cit., p. 247-274, p. 253-254.

⁴. *Ibid.*, p. 257. Les principales *guidelines* ou recommandations sont issues de recherches nord-américaines. Bien que publiée en langue française, celle dirigée par M. De Clercq et J. Peuskens est d'origine belge. *Recommandations de la conférence de consensus belge sur le traitement de la schizophrénie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000.

⁵. *Ibid.*, p. 262.

⁶. Ginestet D. « L'essor de la psychopharmacologie et son impact sur la psychiatrie », op. cit., p. 770.

accueillait les patients présentant depuis peu des troubles psychopathologiques et qui pour cette raison étaient dits curables. Certes, les traitements infligés à ceux-ci entraînaient bien trop souvent la mort prématurée de nombre d'entre eux, mais une telle pratique *inhumaine* disait Pinel existait bien avant la naissance de la psychiatrie. Ainsi que nous l'avons vu, celui-ci instigua une révolution dans la médicalisation de la manie récente. Dans son sillage, Esquirol souhaitait la création d'établissement public, appelé par lui *asile*, dont l'une des caractéristiques était que la population soignée présentait des signes récents d'aliénation mentale.

Par la suite, en 1860, le *Rapport de la commission instituée pour la réforme et l'amélioration des services d'aliénés du département de la Seine* « prévoit un asile central à Paris [Sainte-Anne] pour les folies récentes ... ¹ » note Castel. Au cours des premières années du XX^e siècle, sont ouverts de nombreux services dits de *délirants des hôpitaux* comme nous l'avons vu. Ainsi s'est ancrée, dans le temps et selon diverses modalités, une certaine tradition institutionnelle psychiatrique de prise en charge de l'entrée dans la psychose.

1-2.1. Le plan d'intervention de Pierre Lalonde à l'hôpital Lafontaine de Montréal

Parmi les propositions programmatiques contemporaines de prise en charge des épisodes psychotiques aigus, retenons celles émanant des recherches canadiennes. En effet, Le Canada est un acteur important dans le domaine de l'intervention précoce où des centres de recherches et de traitements ont été mis en place. Citons celui de la Clinique Jeunes Adultes de l'hôpital Louis-H Lafontaine de Montréal où intervient Pierre Lalonde dont nous avons présenté dans la première partie le modèle de stress-vulnérabilité. Les sujets présentant une schizophrénie débutante accueillit dans cette Clinique entre alors dans un programme ou plans d'intervention qui composent une « séquence d'interventions ² » prédéterminée à l'avance, telle un protocole. Cette séquence se déroule en trois phases : le « plan d'intervention à court terme ³ » se déroule sur les deux à trois premières semaines, le « plan d'intervention à moyen terme ⁴ » durant les deux ou trois prochains mois et enfin le « plan d'intervention pour l'année qui vient ⁵ ».

¹. Castel R. *L'ordre psychiatrique, op. cit.*, p. 285.

². Lalonde P, Barabé P. « Le traitement contemporain de la schizophrénie », *op. cit.*, p. 579.

³. *Ibid.*, p. 580.

⁴. *Ibid.*, p. 581.

⁵. *Ibid.*, p. 582.

Plan d'intervention à court terme : 2-3 premières semaines

Une telle première phase située au cœur de la « flambée de symptômes psychotiques positifs ¹» implique inévitablement une hospitalisation où prévaut l'aspect biologique : « Pour un premier épisode schizophréniforme, on a avantage à utiliser de faibles doses, par exemple la rispéridone 1 à 3 mg, l'olanzapine 5 à 10 mg, la quétiapine 300 à 400 mg et bientôt la ziprasidone. [...]. Lors d'un premier épisode psychotique, les symptômes aigus répondent mieux aux antipsychotiques que lors des épisodes subséquents, mais il faut quand même patienter quelque semaines avant d'obtenir l'effet optimal. Une benzodiazépine, tel le lorazépam ou le clonazépam, est ajoutée, sans hésitation pour atténuer l'insomnie ou l'agitation. ²»

Concernant l'aspect psychologique de cette première phase dont on a vraiment l'impression qu'il est réduit à son sens courant, on peut lire : « En présence de symptômes flamboyants, l'essentiel est de fournir au patient une ambiance feutrée, calme, rassurante, de minimiser les stimuli, de favoriser le sommeil, un peu comme une bonne mère qui sécurise son enfant lors d'un cauchemar. ³» Il n'est pas inintéressant de souligner la place et la nature de la parole et du dialogue entre patient et praticien : « Au début on évite de donner des explications compliquées, mais on pourra prochainement identifier les stressseurs [drogues, pressions de performance]. Puis, à mesure que le patient devient plus réceptif, en mettant ses thèmes psychotiques à distance, on commence une thérapie psychoéducative qui permettra de lui expliquer le diagnostic avec des mots acceptables en y associant un espoir réaliste d'amélioration grâce au maintien de l'antipsychotique et d'un programme de réadaptation individualisé. ⁴»

L'aspect social géré lors de deux rencontres avec la famille du patient s'avère un assemblage composite : « La première, souvent quand le patient arrive aux urgences, permet d'obtenir des renseignements complémentaires, de ventiler les tourments et les hésitations des proches à amener leur jeune à l'hôpital. Une deuxième, vers la fin de l'hospitalisation, permettra au patient d'expliquer, avec ses propres mots, sa maladie à ses parents. Le psychiatre complète l'information selon les questions qui émergent et il spécifie les attentes réalistes du suivi à long terme. ⁵»

¹ *Ibid.*, p. 580.

² *Idem.*

³ *Idem.* On retrouve là, une occurrence du courant de pensée affiliant le délire au rêve.

⁴ *Ibid.*, p. 581.

⁵ *Idem.*

Plan d'intervention à moyen terme : 2-3 prochains mois

L'aspect biologique de cette deuxième phase se résume au maintien de la dose minimale d'antipsychotique, en une seule prise, prescrite lors de la première phase.

Le facteur psychologique de cette approche consiste principalement dans cette deuxième phase dans la poursuite de la « thérapie psychoéducatrice [qui] continue d'avoir une place importante pour fournir au patient des explications sur sa maladie, sur les différentes modalités thérapeutiques, incluant l'importance d'une prise régulière de médication, pour soutenir l'espoir d'une amélioration progressive. La technique de résolution de problèmes, qui peut être utilisée en individuel ou en groupe, développe chez le patient sa 'capacité à orchestrer ses différentes habiletés, de façon autonome, à atteindre son but ; ce but étant de gérer une situation personnelle ou interpersonnelle problématique [coping]. » Puis, on lui adjointra « progressivement une thérapie cognitive des symptômes psychotiques [qui] est instaurée afin d'aider le patient à mieux comprendre et maîtriser les pensées qui lui ont causé tant d'inconfort. On incite le patient à téléphoner à la clinique, à l'unité de soins ou aux urgences lors de difficultés transitoires. ¹»

Concernant la dimension sociale : « L'évaluation du niveau d'habiletés du patient dans diverses tâches joue un rôle important à ce stade et elle fonde un entraînement aux habiletés sociales spécifique aux besoins du patient. ²» Comme le promeut Lalonde, arguant d'une réalité clinique fortement induite par le programme lui-même, il ne faut pas laisser au patient le temps d'avoir envie de participer à ces activités : le manque d'envie, [apathie, alogie, anhédonie, etc.] étant d'après lui consécutive à la disparition des symptômes positifs. Dans cette perspective une « évaluation fonctionnelle en ergothérapie avec la méthode AMPS [*Assesment of Motor and Process Skills*] permettra d'instaurer un programme de réadaptation individualisé et intéressant, adapté aux forces et déficits du patient à cette étape de sa maladie. ³» En outre, une étude de Comtois montre que les sujets schizophrènes décompensés mettent en première place les difficultés relationnelles. En conséquence « des groupes d'entraînement à la conversation constituent habituellement la première étape de multiples autres apprentissage sociaux qui suivront. ⁴» Par ailleurs, « certains parents apprécient de participer à des groupes d'entraide psychoéducatifs utilisant les modules

¹. *Idem.*

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 582.

Prélapse ou Pro-famille.¹ » Il nous semble important de signaler à cet égard que depuis quelques années se diffusent dans les services de psychiatrie et hôpitaux de jour français de tels modules dont le P.A.C.T [Psychoses-Aider-Comprendre-Traiter] initié par les laboratoires Janssen-Cilag, qu'eux mêmes définissent comme « un programme pédagogique audiovisuel d'animation de réunions destiné aux patients schizophrènes ainsi qu'à leur famille ² ». Bel exemple nous permettant de souligner que la psychiatrie actuelle, mise à l'heure de la santé mentale, tend à devenir une psychiatrie soumise aux laboratoires pharmaceutiques qui non seulement ont participé au démembrement de la nosologie psychiatrique classique et moderne mais qui tendent aussi par l'intermédiaire de la diffusion de tels programmes *livrés clés en main* aux soignants à orienter et même diriger la pratique de ces derniers. Ce que dénonçait récemment R. Gori : « Donc il fallait, au nom de l'objectivisme médical et technique le plus arrogant, démembrer les grandes entités nosologiques de la psychiatrie que sont les névroses, les psychoses et les perversions. C'est ce qu'a fait le DSM III en 1980 avec son opérateur de 'troubles des comportements' qui permet toujours davantage d'étendre à l'infini le champ de la pathologie des populations. Il fallait, au nom de la science, 'naturaliser' ces mêmes troubles du comportement en les imputant à des dysfonctionnements neurobiologiques, à des parasitages génétiques ou au stress inévitable de l'environnement humain. C'est ce qu'a fait le DSM IV. Le DSM IV, sans vergogne, annonce qu'en matière de diagnostic, de soins ou d'évaluations des thérapeutiques, il n'y a aucune raison de distinguer la psychiatrie des autres spécialités médicales car les étiologies des maladies mentales sont analogues aux autres pathologies médicales. ³ ».

Aussi, la portée commerciale pour ne pas dire propagandiste de ces programmes, où il est fait la promotion des médicaments et de leur observance, ne pose malheureusement que trop peu de problèmes dans les institutions psychiatriques, ni même plus largement, dans le champ de la psychopathologie.

Plan d'intervention pour l'année qui vient

D'après les chiffres avancés par les auteurs de ce programme, 80% des patients présenteront dans l'année qui suit un nouvel épisode psychotique clinique, chiffre qui

¹. *Idem*.

². « P.A.C.T. 'pour dire la maladie' », in *Santé mentale*, Brochure commerciale éditée par Janssen-Cilag, 2007.

³. Gori Roland. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », in *Figures de la psychanalyse*, n°15, 2007, p. 151-165, p. 155.

contredit ou infléchit l'optimisme excessif de Grivois et qui concorde avec l'estimation de 20% de bouffées délirantes aiguës uniques.

La troisième phase du traitement psychologique consiste dans la poursuite de la TCC. Une telle orientation est argumentée de la façon suivante : « Les psychothérapies cognitivo-comportementales permettent de diminuer le degré de conviction face aux idées délirantes ainsi que le sentiment d'envahissement psychique lié à ces idées, sans pour autant provoquer de décompensation dépressive ou de substitution symptomatique. Les patients en viennent à remettre en question leurs délires, à avoir d'autres explications, à tester leurs idées délirantes par des épreuves de réalité ; ils réalisent que leurs croyances émanent de la traduction d'une expérience bien réelle qui devient ainsi compréhensible. ¹» Parmi les psychothérapies citons celle élaborée par Hogarty et al [*personal therapy*] centrée sur les troubles de l'humeur dans la schizophrénie [*affective dysregulation*], mais encore le programme intégratif de thérapies psychologiques [IPT] composé de six sous-programmes [Différenciation cognitive, Perception sociale, Gestion des émotions, Communication verbale, Habilités sociales, Résolution de problèmes].

L'aspect social n'échappe pas lui aussi aux thérapies éducatives associées à des programmes : « L'entraînement aux habiletés sociales et de résolution de problèmes peuvent se développer par l'utilisation du jeu 'Compétence' de Favrod. ²»

Dans leur commentaire de l'article de A. Metton, Lalonde et Barabé affirment que « tous reconnaissent que, lors d'un épisode aigu de schizophrénie, quand le patient est envahi par les hallucinations et les délires, il est peu accessible à la méthode psychanalytique et qu'un cadre plus structurant aide mieux à contenir l'agitation.³ ». Une première objection porte sur l'opposition ou l'exclusivité suggérée entre psychanalyse et cadre structurant : manifestement il semble difficile pour les auteurs de concevoir une pratique impliquant les deux, l'une et l'autre n'étant nullement exclusive. Tout clinicien orienté par la psychanalyse pratiquant en institution psychiatrique serait à même d'en témoigner.

Il appert relativement clairement que le patient est assujéti au protocole et doit se soumettre au bon déroulement du programme, peu de possibilités lui sont laissées de contrevenir à ce dispositif dont il paraît parfois exclu en tant que sujet de la parole. Ainsi « avant la fin de l'hospitalisation, le patient pourra se rendre à quelque rendez-vous en

¹. Lalonde P, Barabé P. « Le traitement contemporain de la schizophrénie », *op. cit.*, p. 582.

². *Ibid.*, p. 583.

³. *Ibid.*, p. 590.

clinique externe afin d'amorcer une alliance thérapeutique avec d'autres intervenants qu'il devra rencontrer dans le suivi qui sera offert pour la suite. Le psychiatre devra aussi se servir du certificat donnant droit aux allocations de subsistance pour motiver son patient à participer à son suivi externe. Puisque le patient reçoit ce certificat à cause d'une maladie invalidante, il est donc convenable qu'il soit invité, avec insistance, à un plan de réadaptation ouvrant à une récupération fonctionnelle. » Il est véritablement malaisé de discerner dans les propos de Lalonde si ce suivi ambulatoire ressort d'un véritable choix du patient ou bien d'une obligation imposée par le dispositif de droit aux allocations qui n'existe pas tel quel en France. Le versement de l'AAH n'est en effet pas assujéti à un tel certificat.

1-2.2. Le programme PSI

Dans une publication très récente, des chercheurs canadiens, pour certains travaillant dans le cadre de la Clinique Jeune adulte dirigée par Lalonde, présentent un programme spécifique d'intervention premier épisode psychotiques noté PSI. D'après ces auteurs, de tels programmes devraient contenir : « l'utilisation de faibles doses de neuroleptiques, l'entraînement aux habiletés sociales et les interventions familiales ¹ ». Le PSI repose sur une évaluation à partir de mesures standardisées au niveau de la symptomatologie psychiatrique [symptomatologie actuelle, début de la maladie, sévérité], des fonctions neuropsychologiques [fonctions attentionnelles, fonctions exécutives, fonctions intellectuelles, fonctions mnésiques], du fonctionnement [ergothérapie, global, fonctionnement social], et des aspects sociaux [besoins et ressources]. Après une réunion visant à la mise en commun des résultats et à leur discussion, un programme spécialisé était établi pour chaque patient. Les interventions de ce programme :

- « * Psychoéducation individuelle dispensée aux patients par des infirmières psychiatriques ;
- * Psychoéducation dispensée aux familles, en regard de la maladie et/ou du traitement en quatre sessions de groupe animées par deux travailleuses sociales ;
- * Programme de thérapie psychologique intégré [IPT], une approche de groupe consistant en des rencontres deux fois la semaine [d'une durée de 1,5 heure chacune] animées par deux ergothérapeutes. Ces ergothérapeutes ont été formés et supervisés par Bettina Hodel et Valentino Pomini [décembre 1996 et septembre 1998] ;
- * Psychothérapies individuelles cognitives dispensées par des infirmières psychiatriques et des psychiatres formés par de sessions dispensées par David Fowler [septembre 1998], David

¹. Nicole et al. « Programme spécialisé pour les premiers épisodes psychotiques », *op. cit.*, p. 639.

Kingdon [octobre 2000] et John Gleeson [juin 2001] et deux séminaires deux fois par mois de 1997 à 2002. ¹»

Il nous faut souligner que le diagnostic utilisé dans de tels programmes est établi à partir du DSM IV de sorte que de telles pratiques en sont le pendant thérapeutique. Dès lors, il est peut étonnant de lire que « seuls les programmes cliniques incluant une démarche évaluative et une culture qui inclut des approches fondées sur l'évidence pourront faire la preuve de l'efficacité de telles interventions et préciser quels patients sont le plus même d'en bénéficier. ²»

1-2.2. Le modèle d'intervention de la schizophrénie débutante d'après Ciompi

D'après Ciompi, les interventions thérapeutiques dans le cadre de la schizophrénie débutante doivent privilégier une amélioration du traitement de l'information. Appréhendés dans son « nouveau modèle psycho-biologique intégratif ³» comme « la conséquence d'un déséquilibre entre les sollicitations de l'environnement et la capacité limitée de traitement de l'information propres aux sujets vulnérables ⁴», les épisodes schizophréniques doivent être traités de deux manières afin de favoriser cette amélioration : « par une clarification et une facilitation de l'information à traiter ; - par un renforcement du système de traitement de l'information. A cet effet, neuf règles thérapeutiques générales ont pu être dégagées :

- Règle 1 : Implication systématique de l'entourage. La famille, les soignants et les proches doivent être partie prenante au sein d'une 'alliance thérapeutique' dans un climat de confiance.
- Règle 2 : Standardisation de l'information disponible. Le patient, les soignants et les proches doivent disposer d'une information similaire et claire sur la nature du trouble, son pronostic, son traitement, la fonction et la responsabilité des divers intervenants.
- Règle 3 : Induction d'attentes positives réalistes. L'information sur le pronostic éventuellement favorable du trouble peut induire des attentes positives et contribuer à une mobilisation des intervenants et du patient lui-même. La meilleure connaissance des risques de décompensation [situations de sursollicitation, atmosphère familiale émotionnellement chargée, événements stressants] peut faciliter la mise au point de stratégies préventives.

¹. *Ibid.*, p. 640.

². *Ibid.*, p. 644.

³. Ciompi L. « Schizophrénie aiguë, vulnérabilité permanente. Un nouveau modèle psycho-biologique intégratif », *op. cit.*, p. 331-334.

⁴. Azorin J.-M. *Les modèles de la vulnérabilité dans la schizophrénie*, *op. cit.*, p. 81.

- Règle 4 : Elaboration progressive de buts thérapeutiques concrets. Sur la base des règles précédentes, il devient possible de fixer, avec l'ensemble des participants, des objectifs à court, moyen et long terme, à partir desquels un travail peut s'organiser. La préférence doit aller à l'atteinte d'objectifs réalisables qui rendent possible une élaboration constructive des conflits sur des bases tangibles.
- Règle 5 : Coordination et continuité des soins. Les discontinuités de la prise en charge qui résultent de facteurs multiples et sont source de confusion pour le sujet rendent nécessaire l'existence d'un thérapeute central qui serve, à long terme, de référence. Le traitement à court terme, durant une hospitalisation pour rechute par exemple, doit toujours être replacé dans le cadre général de la prise en charge.
- Règle 6 : Simplicité et clarté des relations. L'existence de relations authentiques favorise l'intégration des affects et des pensées et renforce les systèmes de référence individuels.
- Règle 7 : Milieu thérapeutique approprié. Le sujet trouvera plus facilement des repères et des points d'ancrage dans un milieu thérapeutique approprié que dans une structure de soins à l'identité 'diffuse'.
- Règle 8 : Eviter l'excès ou le défaut de stimulation. Le 'principe de la stimulation optimale' diminue les risques de symptomatologie productive par sur-stimulation et de tableaux déficitaires par absence de stimulation.
- Règle 9 : Intégration des interventions pharmacologiques, psycho- et socio-thérapeutiques. ¹»

Soulignons que la première règle va à l'encontre de la célèbre règle aliéniste de l'isolement, qui incite fortement à séparer le patient de ses proches. En revanche, dans son modèle de vulnérabilité-stress de la schizophrénie, le canadien Pierre Lalonde préconise aux patients schizophrènes de vivre dans un milieu où seraient peu présentes des sources d'émotions vives et peu stimulant, leur demandant peu de performances et d'efforts afin d'éviter l'hostilité, les relations humaines intenses et intimes ainsi que les pressions de toutes sortes.

1-2.3. Modèle de vulnérabilité et stratégies d'adaptation, le coping

Historiquement, le coping, traduit par stratégie d'ajustement ou d'adaptation, fut introduit aux débuts des années 80, notamment par Lazarus et Folkman [1980, 1984]. Participant de la modélisation reposant sur la notion de vulnérabilité, spécialement dans les

¹. *Ibid.*, p. 81-82.

modèles transactionnels, celle-ci introduit la notion de *sujet à risque* ou « individu ‘à risque’¹ » présentant, de facto, des facteurs de vulnérabilité ou marqueurs de trait. Dans ce modèle de vulnérabilité, les facteurs de risque sont habituellement associés à des facteurs de protection. Lazarus et Folkman [1984] ont avancé la définition suivante : « Le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variables et instables, pour aménager [réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer] la demande interne ou externe [et le conflit entre les deux], faite par la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses propres ressources.² » De sorte qu’entre « l’étude des vulnérabilités et celle des stratégies d’ajustement au stress, il n’y aurait, finalement, qu’une différence assez minime d’attitudes : l’une centrée davantage sur les faiblesses du sujet face au stress, l’autre sur ses ressources, les deux étant finalement complémentaires³ ». Bouisson signale que Gabriel avait déjà envisagé cette complémentarité. Précisons que le coping provient en partie de la théorie selyenne du stress ainsi que le note Rokaya Sauvagnat-Boubakeur et François Sauvagnat⁴, et apparaît alors comme un point de jonction avec le modèle de vulnérabilité des modèles transactionnels. Les auteurs ajoutent que « proposé par Coover, Ursin et Levine [1973], pour caractériser le fait que des rats ayant appris une technique leur permettant d’éviter des chocs, voyaient leur taux de corticostérone monter beaucoup plus faiblement que des rats n’ayant pas acquis cet apprentissage, au moment où le signal d’arrivée des chocs était perçu.⁵ ». De sorte que « le coping désignait donc au départ l’acquisition d’une stratégie permettant d’éviter l’élévation du taux de cortisol, le rat arrivant à développer une stratégie favorable devenant a minimally aroused, behaviorally relaxed, coping rat⁶ ». Aussi, ces auteurs notent que l’utilisation du coping et des psychothérapies psycho-éducatives s’insère dans un ensemble de pratiques homogènes entre elles : « Toute une lignée d’applications comportementalistes [et comportementalo-cognitivistes] en sont dérivées, ayant pour but l’extinction de réactions excessives de stress et un meilleur coping ; ces travaux gardent presque tous une référence militaire importante [implicite ou explicite] : le sujet supposé est essentiellement un

¹. Krebs M.-O, Canceil O. « Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d’un réseau », *op. cit.*, p. 100.

². Lazarus. R. S, Folkman. S. « Coping and adaptation », in Gentry W.D (eds) *The handbook of behavioral medicine*, New-York, 1984. Cités par Graziani. P, Swendsen J. *Le stress*, *op. cit.*, p. 77.

³. Bouisson P. « Le syndrome de vulnérabilité », *op. cit.*, p. 18.

⁴. Sauvagnat-Boubakeur Rokaya, Sauvagnat François. « De la poussée d’adrénaline au syndrome général d’adaptation (stress) : à la recherche d’un corrélât physiologique du trauma », *op. cit.*, p. 196.

⁵. *Idem*.

⁶. *Ibid.*, p. 196-197.

combattant, ne serait-ce que métaphoriquement, et tous les traitements proposés visent essentiellement à le renforcer ou à l'aguerrir ¹».

2. Perspective critique.

Dans les modèles de vulnérabilités et manifestement lors des exposés présentés lors la Conférence de consensus portant sur les schizophrénies débutantes², « nous sommes ici, ainsi que le constate R. Gori, dans une idéologie de *biopouvoir* qui permet à des experts de donner des 'recommandations' aux décideurs pour recomposer la politique de soin, de prévention et de formation ³» mais aussi de prescription. Alors que le constat d'une large diffusion sous des formulations plus ou moins variées, du précepte thérapeutique médicale sur la corrélation entre vitesse de traitement de l'état aigu et effets thérapeutiques, s'impose indéniablement, il est difficile de lui contester une certaine réalité. Depuis les précurseurs Colombier, Doublet et Daquin, les fondateurs Pinel et Esquirol, les élèves Georget et Moreau de Tours ce précepte est invariablement maintenu. On pourrait même avec Moreau de Tours le qualifier d'*axiome*. De ses essais thérapeutiques, il tira une série de motifs dont le premier mérite notre attention : « on pourrait regarder comme un axiome de médecine mentale que tant que le délire (en dehors de la démence) conserve quelque acuité, on ne doit pas désespérer de la guérison ⁴». Il dégage de cette série l'indication suivante : « Conserver au délire tendant à l'état chronique son acuité première, ou bien rappeler cette acuité, la raviver lorsqu'elle menace de s'éteindre. ⁵» Les instaurateurs de la nouvelle ère psychiatrique au milieu du dix-neuvième siècle, J.-P Falret et Morel partageaient eux aussi cet *axiome*. Ce dernier n'écrivit-il pas : « Il n'est pas peut-être d'affection à forme dégénérative, y compris l'aliénation mentale, qui n'ait sa période aiguë où la médecine peut intervenir avec succès, si son secours est imploré à temps. ⁶ » Indéniablement, le discours psychiatrique, au-delà de ses débats nosographiques et étiologiques, assurait, en perpétuant ce précepte, sa spécialisation et, partant, sa légitimité institutionnelle et de surcroît sa scientificité. En partie modelée sur la médecine de l'Antiquité gréco-romaine principalement expectante, la psychiatrie moderne naissante utilisait le moins

¹. *Ibid.*, p. 197.

². *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques*. Conférence de consensus, 23 et 24 janvier 2003, *op. cit.*

³. Gori R. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *op. cit.*, p. 161.

⁴. Moreau de Tours J. *Du haschich et de l'aliénation mentale. Etudes psychologique*, [1970], *op. cit.*, p. 404-405.

⁵. *Idem.*

⁶ Morel B.-A. *Traité des dégénérescences*, *op. cit.*, p. 690.

possible les traitements physiques, leur préférant un traitement moral humaniste. A son encontre, la psychiatrie contemporaine, bien que partageant elle aussi le précepte thérapeutique, lutte pour écourtée au maximum la durée de la psychose non traitée [DPNT]¹.

Néanmoins, il est tout aussi difficile de soutenir les prescriptions massives de psychotropes réalisées au nom même de ce précepte. Malheureusement, ne sont pas retenues comme de sérieuses réserves, les trop fréquentes et mauvaises indications de prescriptions de psychotropes, sans discernement de la dynamique psychopathologique. La prescription d'antidépresseurs à des sujets présentant des symptômes dépressifs peut le cas échéant précipiter certains d'entre eux dans la psychose clinique. L'on peut après-coup en déduire qu'il s'agissait soit de symptômes corrélés à une forme insidieuse d'entrée dans la psychose soit de manifestations de la carence paternelle hors déclenchement. Quoiqu'il en soit, il importe de souligner que la majeure partie des prescriptions de psychotropes dans la clinique de l'entrée dans la psychose le sont, conformément à la réalité décrite par Morel, par le médecin traitant. Et ce dans la mesure où les généralistes prescrivent 80% des psychotropes d'après le *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes* [2006] de la députée Maryvonne Briot². S'appuyant sur une étude menée en Aquitaine en 2001 à partir d'analyse de 500 ordonnances de médecins généralistes, les auteurs estiment que « le résultat le plus notable de cette étude est de montrer que la majorité des prescriptions [64%] sont faites par des généralistes, alors que les indications principales de ce traitement sont les troubles psychotiques, qui sont peu pris en charge en médecine générale. ³» De plus, soulignent-ils, les généralistes ont tendance à prescrire des doses en moyenne plus élevées de rispéridone que celles des psychiatres. Enfin, leur analyse des données chiffrées recueillies leur permettent d'affirmer ce pourcentage affolant qu'« au cours du dernier mois, 82% [des généralistes] ont renouvelé un tel traitement, quel que soit le motif de prescription ⁴»

Porot n'a-t-il pas rappelé que pour Bleuler, inutile de préciser qu'au début du XX^e siècle les neuroleptiques n'existaient pas, les formes aiguës « représentent les deux tiers des

¹. Ce syntagme est la traduction de la version originale Duration of Untreated Psychosis notée DUP, et qui aurait été définie par Larson *et al* et estimée à un an [2001]. Cf. Nicole *et al*. « Programme spécialisé pour les premiers épisodes psychotiques, *op. cit.*, p. 641.

². *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*, juin 2006, par Mme la députée M. Briot. Ce rapport est principalement constitué d'une étude réalisée dans le cadre de l'unité INSERM U 657 « Pharmacologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur la population » coordonnée par le Pr. Hélène Verdoux et le Dc Bernard Bégaud. Disponible sur le site : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp#>

³. *Idem*.

⁴. *Idem*.

modes d'entrées dans la schizophrénie ; un tiers d'entre elles sont susceptibles de guérir si le malade bénéficie très tôt d'une thérapeutique adaptée. ¹»

De nos jours la prudence à laquelle Henri Ey appelait le clinicien estimant que « les formes d'expériences délirantes et hallucinatoires par lesquelles passe au début l'organisation schizophrénique sont, au fond, à peu près du même type que celles qui ne passent pas à la schizophrénie² » est sérieusement amoindrie et même dénigrée au nom des recherches psychopharmacologiques. Et pourtant, Ey ajoutait que « si ce que nous venons de dire sur les difficultés de la quasi-impossibilité de diagnostiquer fermement le processus schizophrénique dans ses formes initiales d'invasion pouvait, sur le plan pratique, commander la prudence au clinicien, nous aurions peut-être mis en garde contre des erreurs que la clinique a le plus de peine à éviter : il faut savoir attendre. ³»

Une autre réserve que l'on peut adresser à ces programmes de prise en charge des sujets entrant dans la psychose réside, dans la relative confusion de la dimension psychologique de « l'homme bio-psycho-social ⁴». Certains analystes ont pu l'entretenir comme par exemple J. Laplanche et J.-B Pontalis lorsque dans leur article portant sur la notion de défense, ils évoquent « l'individu biopsychologique ⁵». Pour notre part, nous nous accordons avec Metton qui affirme qu'elle doit être bien distinguée de la découverte freudienne, ne prenant nullement en compte les catégories lacaniennes : « et que l'on ne rêve pas que ces dimensions soient prises en compte dans le 'psycho'. Le psycho que nous présente Lalonde n'est surtout pas le 'psychia'. Cette psychologie-là a choisi de s'arrêter avant le Sujet de l'inconscient. ⁶» Aussi, l'entrée dans la psychose n'y est nullement appréhendée selon les bouleversements de l'économie subjective. Toutefois, la diffusion dans le champ de la psychopathologie de la notion de schizophrénie débutante associée à l'approche bio-psycho-sociale induit inévitablement des adhésions inattendues, notamment lorsqu'elles impliquent des psychanalystes. Est-ce un effet de mode, ou bien du discours du maître ? Ainsi B. Virole rapporte l'observation d'une psychothérapie analytique d'une jeune femme A.L. présentant une schizophrénie débutante. L'auteur livre ses orientations suivant lesquels il

¹. Porot M. « Modes d'entrées dans la schizophrénie », *op. cit.*, p. 3249.

². Ey H. « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens » [1955], *op. cit.*, p. 287.

³. *Idem.*

⁴. Metton A. « Commentaire de l'article de P. Lalonde », in *L'Information Psychiatrique*, 78, 6, 2002, p. 588-589, p 589.

⁵. Laplanche Jean, Pontalis Jean.-Bertrand. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, p. 108.

⁶. Metton A. « Commentaire de l'article de P. Lalonde », *op. cit.*, p. 589.

mène cette psychothérapie. « D'une certaine façon, la technique même de la psychothérapie d'une schizophrénie débutante contraint à adopter des buts différents de la psychothérapie des névroses où la régression est contrôlée, l'exploration du passé et l'analyse des défenses constituent les axes de travail. Par contre la technique de psychothérapie des schizophrènes doit éviter de favoriser des processus régressifs amenant un revécu [...] Avec cette patiente, nous avons pu progresser dans le sens de la lutte contre la désorganisation cognitive en retraduisant pour elle avec nos mots certaines difficultés de pensées, d'abstraction ou de planification d'action. Ces difficultés étaient ainsi reprises et reformulées de façon différente en positionnant de façon claire que ces difficultés sont produites par un processus pathologique contre lequel nous luttons tous ensemble ; elle comme patiente ; le médecin psychiatre avec son écoute clinique et la prescription ; et moi-même comme psychothérapeute l'aidant dans ses difficultés de tout ordre. ¹ » L'auteur poursuit : « L'axe central du travail de construction psychothérapeutique avec cette jeune patiente a consisté dans la présentation au sujet de ces troubles de pensée comme étant à la fois constitutifs non pas de sa personnalité propre mais de quelque chose d'externe qui doit être réduit en quantité par le traitement médical et en qualité au travers de la signification subjective construite par la psychothérapie. Il est manifeste que le moi de notre patiente ressentait comme hétérogènes et dangereuses les manifestations de la dissociation ² » Il est étonnant de lire que le praticien présentait au sujet l'origine externe de ses phénomènes ne voulant pas lui laisser pas la possibilité d'un *travail de la psychose*. On retrouve là aussi la situation traditionnelle, non pas analytique, mais celle du maître et de l'ignorant³. Sans la moindre réticence, ou retenue ne serait-ce que de formule, Virole estime que « ceci peut nous amener à poser l'hypothèse d'un conflit dans la schizophrénie entre les processus de catégorisation des formes [flux des prégnances biologiques sur les formes saillantes] et les processus de catégorisation sémantique imposés par les structures symboliques externes [règles de parenté, filiation généalogique, structures signifiantes de la langue et de la culture]. ⁴ » En supposant un tel conflit a-subjectif entre processus, l'auteur est bien loin du *conflit générateur* postulé par Freud en 1911 lors de son investigation du cas Schreber.

¹. Virole B. « Désorganisation cognitive et reconstruction du sens dans un cas de schizophrénie débutante », in *L'Information psychiatrique*, 76, 2, 2000, p. 158-163, p. 161-162.

². *Ibid.*, p. 162.

³. Cf *supra.*, p. 449-450.

⁴. Virole B. « Désorganisation cognitive et reconstruction », *op. cit.*, p. 162.

3. Psychose naissante et entretiens précoces

Dès la première formulation de sa théorie de la psychose naissante, Grivois promeut une prise en charge particulière du sujet entrant dans la psychose aux visées très précises. L'objectif majeur de la thérapeutique de la psychose naissante est d'empêcher le passage de celle-ci à la psychose clinique, c'est-à-dire pour Grivois aux hypothèses délirantes, en exploitant l'expérience de la centralité vécue par le sujet. Dans cette pratique que nous sommes enclin à qualifier de pratique *d'empêchement* ou *d'endiguement* le rôle du praticien est crucial : « L'essentiel de notre effort thérapeutique est d'endiguer la recherche de sens et de signification personnels, tout en sachant qu'en demandant au malade de rester neutre sur le monde nous lui demandons quelque chose de quasi impossible ¹».

La thérapeutique précoce associée à la théorie de la psychose naissante est foncièrement infiltrée par les préjugés de son promoteur, notamment en ce qu'il tient pour défavorable la psychose clinique, et ses formes nosographiques, la réduisant à un symptôme psychiatrique. En conséquence, son interventionnisme s'apparente à un volontarisme thérapeutique imprégné d'exigence morale relative au *bien du sujet*. Au demeurant, serait incongrue et inconséquente toute prise en charge excluant par avance et de façon indifférenciée les ressources développées par la psychiatrie biologique contemporaine. Nous examinerons tout particulièrement le positionnement du psychiatre tel qu'il est décrit par Grivois lui-même. Incontestablement, il lui confère un rôle prévalent dans la thérapeutique aussi bien à travers sa parole que ses gestes. Tout d'abord, comme le souligne Grivois : « Il apparaît à l'évidence que le médecin attentif et bienveillant, par ses questions naïvement tactiques, cherche avant tout à amorcer le dialogue ²». Bien qu'un tel dialogue possède un réel intérêt, il nous faut toutefois émettre une réserve sur les vertus curatives d'un tel « dialogue précoce ³». En effet, Grivois se fait partiellement le relais de l'axiome fondamental du traitement précoce récurrent dans toute la psychiatrie moderne depuis les fondateurs. Au reste, bien que n'échappant pas à ce préjugé, Grivois se fait tout de même un critique virulent d'une prévention toujours plus précoce.

Enfin, les travaux de Grivois sur cette dimension thérapeutique de la psychose naissante ont su générer une certaine adhésion parmi les praticiens. A cet égard, une équipe suisse fortement inspirée des recherches de Grivois en arrive à proposer un programme *clés en*

¹. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 47.

². Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 851.

³. Grivois H. *Parler avec les fous*, p. 60-61.

*main*¹, tel un protocole d'où bien évidemment toute prise en compte du transfert s'avère absente. Pire aucune allusion n'y est faite.

1-1. *L'intervention précoce, une pratique de l'empêchement*

Partageant avec la psychiatrie contemporaine une appréhension très restrictive et dépréciative du délire, la démarche thérapeutique de Grivois dans le cadre de la psychose naissante est orientée par la question centrale suivante : « peut-on retarder le passage à la chronicité ou, tout au moins, à la première phase délirante exprimée, en maintenant ce sujet à un niveau de perplexité active et d'alternance instable ? ». Cependant, « sans s'abstenir bien sûr de la traiter [hospitalisation et chimiothérapie si nécessaire] », Grivois porte son intérêt sur un autre type de pratique, celle de la parole : « il s'avère très important de réaliser de véritables soins intensifs et précoces en multipliant avant tout les entretiens dans la journée. Tel est le point où la relation thérapeutique peut joindre l'expérience centrale. Car il ne s'agit pas seulement de faire la preuve de l'épisode central par la clinique, encore faut-il l'exploiter² ». Paru il y a une dizaine d'années ce texte était à sa manière représentatif de la préoccupation envahissante du traitement précoce de la psychose dans le champ psychopathologique. En outre, l'emploi par un médecin-psychiatre de l'expression *soins intensifs* à propos du psychotique naissant indique assez bien le préjugé dépréciatif et mortifère œuvrant dans une telle conceptualisation.

Par ailleurs, Grivois critique fermement les praticiens qui en taxant d'incohérents les propos du sujet psychotique naissant au mieux écourtent le dialogue avec eux au pire le refuse. Ainsi qu'il le souligne, « la plupart des patients en psychose naissante garde le silence. Certains sont néanmoins volubiles. Les auteurs qui jugent incohérentes les paroles des rares volubiles n'hésitent pas à étendre implicitement la sentence à la majorité silencieuse.³ » Partant, Grivois note à juste titre une erreur courante dans l'abord de cette clinique, le trop rapide recours à la notion d'incohérence dont l'on sait qu'elle fut introduite dans une perspective différentielle dans le discours psychiatrique en 1834 par F. Leuret, celui-ci distinguant les incohérents et les raisonnants⁴. Bien au contraire, Grivois préconise de fréquents entretiens d'où émergeront « les repères qui aideront à sortir des contradictions et

¹. Graz B. « L'entretien thérapeutique précoce en cas de psychose récente ou aiguë. Essai de systématisation de la méthode développée par Henri Grivois et al », *Synapse*, n° 221, janvier 2001, p. 43-45.

². Grivois H. *Parler avec les fous*, op. cit., p. 77

³. *Ibid.*, p. 78.

⁴. Leuret F. *Fragments psychologiques sur la folie* [1834], op. cit.

servir d'antidote au délire¹». Ce faisant, il reconduit une conception séculairement transmise par une certaine tradition dans le discours psychiatrique appréhendant le délire comme une cible à éliminer à tout prix. Selon Grivois « rester avec lui dans ce lieu du 'tous moins' est probablement le seul moyen de défaire complètement le système et de tenter le pari de la guérison en évitant les sorties habituelles : le détour victimaire de la P.M.D ou les substitutions, paranoïde ou paranoïaque²». Il est clair que ces sorties éventuelles sont abordées bien différemment par la clinique analytique de la psychose. Grivois poursuit : « En somme, il s'agirait de faire durer l'alternance et la perplexité tout en diminuant l'intensité de l'épisode central et cela sans en modifier le cours et la structure afin d'éviter le passage non pas aux constructions délirantes mais à leur constitution comme objet nosographique et objet unique de l'échange entre malades et psychiatres. Il est souhaitable, selon nous, de laisser ouverte l'expérience centrale et d'y revenir à l'occasion de chaque entretien. Voilà pourquoi je crois à une spécificité de la psychose naissante, à la nécessité de son traitement spécifique et urgent et à l'obligation de présence³». Dans ce sens, Grivois écrit que « faire durer l'alternance et le redoublement issus de l'intensité même des processus initiaux de la psychose naissante, les épuiser par redondance et en maintenant le malade dans une perplexité active, telle est très schématiquement notre approche. Cela permet de traiter les thèmes traditionnels comme des hypothèses ce qu'ils sont au début. Cela nécessite un dispositif de soins intensifs, c'est-à-dire avant tout la multiplication des entretiens quotidiens. Ces soins doivent commencer le plus tôt possible. Voilà pourquoi je crois à la spécificité de son traitement intensif et urgent.⁴» Bien que Grivois ne s'y réfère pas ni ne le nomme, son approche et ses manœuvres s'apparentent à celles de Moreau de Tours sur l'acuité première du délire⁵.

De surcroît, il est manifeste que réside dans ces lignes -un *vouloir* du psychiatre pour le patient. Et si Grivois semble se soucier de la parole du sujet, il ne donne aucune indication concernant ce qui pourrait retenir son attention hormis la polarisation centrale. Serait-elle justement indifférenciée pour lui ? Parmi l'arsenal dont dispose le psychiatre afin d'endiguer « les évolutions délirantes⁶», les « conversations précoces » représentent la véritable pierre angulaire de la pratique promue par Grivois. Leur importance tient justement dans cette fonction de barrage devenant inopérante à être instaurée trop tard : « Si on retarde ces

1. Grivois H. *Parler avec les fous*, op. cit., p. 114.

2. Grivois H, « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », op. cit., p. 853.

3. *Idem*.

4. Grivois H. « Psychose naissante une ascèse catastrophique », op. cit., p. 148.

5. Cf *supra*., p. 479.

6. Grivois H. *Parler avec les fous*, op. cit., p. 15.

premiers contacts, les patients, sortant de leur effervescence initiale, s'efforcent de rendre compte de la situation en donnant seuls un sens à leur expérience. ¹» Plusieurs remarques ou réserves concernant cette pratique de l'empêchement peuvent être émises.

Première remarque. La pratique de soins intensifs préconisée par Grivois est fortement associée à la possibilité d'une guérison. A l'évidence, il s'agit d'une perspective médicale où gît l'idée bien optimiste d'une *restitutio ad integrum*. D'ailleurs, n'écrit-il pas qu'« à défaut de guérison, on fait du délire une évolution souhaitable, une sorte de cicatrice salutaire de la psychose. Le praticien tombe dans ce piège dès qu'il engage le patient à fabriquer son propre mythe. Selon qu'on est freudien, girardien, cognitiviste ou autre, on reliera alors le patient à une histoire passée. ²» Contrairement à la traditionnelle idée du nouvel équilibre, Grivois renoue en quelque sorte avec l'idée d'un retour à l'état antérieur, se distinguant en cela des approches modernes et contemporaines de cette idée de guérison. L'optimisme d'une telle restitution plénière avait déjà été soulignée par P.-H Castel. Grivois dénigre même les nouvelles solutions d'équilibre lorsqu'il déprécie sévèrement le délire : « On gagnerait donc, affirme sans cesse Grivois, à ne pas offrir d'autorité au sujet en crise une hypothèse interprétative pour calmer son délire, là où, paradoxalement, la surabondance d'hypothèses qu'il émet sur ce qui lui arrive, toutes se combattant et se neutralisant, le protège mieux contre 'la' croyance en quoi tout se cristalliserait. C'est une pierre jetée dans le jardin des théories psychodynamiques du délire, que Grivois juge au mieux inutiles, au pire toxiques. Notez qu'en outre, Grivois avance une des très rares conceptions du trouble mental où le but thérapeutique est la reddition ad integrum, le retour à la condition prémorbide. Car, plus souvent, les psychiatres recherchent juste une évolution favorable, où l'épisode laisse du moins des traces non-handicapantes. ³» Nous avons signalé dans la troisième partie qu'environ un quart des bouffées délirantes évoluaient vers une *restitutio ad integrum*, chiffre qui semble inférieur aux perspectives thérapeutiques des *conversations précoces*.

Deuxième remarque. Que le délire ne soit pas l'unique évolution de la perplexité initiale, ni même la plus souhaitable alors qu'il fut le parangon traditionnel du discours psychiatrique, ne doit pas pour autant reléguer ce mode clinique de sortie au rang d'éventualité possible dont la survenue serait assimilée à un échec thérapeutique, position que Grivois tend à adopter. Dans ce sens, il milite clairement pour la détection et l'intervention

¹. *Ibid.*, p. 25.

². Grivois H. « Le point aveugle des psychoses », *op. cit.*, p. 71.

³. Castel P.-H. « Comment peut-on 'être agi' ? ». L'hypothèse Grivois-Proust-Jeanerod », *op. cit.*

précoce dans le cadre de la psychose naissante : « Lors de l'entrée en psychose l'avenir se dessine ainsi sur le modèle unique d'un itinéraire long. Même si le psychotique naissant amorce toutes sortes de modèles potentiels d'évolutions connues, y a-t-il intérêt, si tôt, à s'y référer ? La recherche de signes de psychoses avérée maintient la psychiatrie dans une pratique dépassée et désespérante. La macrocardiologie des délabrements valvulaires se pratiquait jadis au stéthoscope avant l'entrée dans l'aire des investigations hémodynamiques fines et surtout précoces. ¹» A propos de la clinique de la psychose naissante, Grivois écrit : « La nouveauté dans le domaine de l'urgence psychiatrique n'est-elle pas précisément dans le fait de voir les malades plus tôt mais aussi c'est fondamental de s'acharner à tirer quelque chose de cette précocité ? » Loin d'être neutre, le choix du verbe *s'acharner* est en mettre en parallèle avec la locution de *soins intensifs*, sémantique évoquant l'acharnement thérapeutique et la mort du psychotique naissant, au point que l'on pourrait croire qu'ils proviennent d'un médecin réanimateur, profession au demeurant exercée par son fils auquel il a dédié *Parler avec les fous*. En tant que discipline médicale, la psychiatrie devrait, elle aussi, soutenir Grivois, inventer des techniques de détection précoce des pathologies et non plus attendre les signes avérés. Aussi, les anciennes sémiologies et investigations psychiatriques sont dépassées comme elles le sont en cardiologie. Au demeurant si Grivois est un fervent promoteur de la détection précoce, il tente d'élaborer sa propre investigation et ses propres signes. Autant la démarche est la même que la psychiatrie contemporaine relevant de l'approche bio-psycho-sociale autant les moyens d'investigations et la sémiologie divergent. A cette tentation d'intervention toujours plus précoce, « on répond à cela en termes éthiques, d'après Grivois : il faut intégrer le malade psychiatrique dans un projet à long terme. Vu de l'Hôpital général, le dérapage éthique commence bien avant : ne pas examiner ce malade comme tout le monde et plus encore ne pas soigner d'emblée des troubles qui risquent très vite de se chroniciser. » Un tel positionnement porte en lui l'héritage psychiatrique depuis les fondateurs jusqu'aux plus récentes recherches bio-psycho-sociales. Grivois admettant lui aussi la nécessité de soigner le plus tôt possible avant même que des signes avérés ne fussent reconnus pourraient faire siens les propos suivants de J.-P Falret : « lorsqu'il existe seulement des doutes qui n'ont pas été légèrement conçus, il est plus prudent d'agir comme si la folie était imminente que de négliger entièrement les changements moraux qui avaient éveillé la sollicitude. On éprouve souvent des regrets bien amers, lorsque après l'invasion de la maladie

¹. Grivois H. « Psychiatrie d'urgence à l'hôpital général : la tentation du recoin », *Revue de psychiatrie et de psychologie médicale*, décembre 1996, p. 33-36, p. 35.

on se rappelle des circonstances auxquelles il ne fut accordé qu'une faible attention, tandis qu'il fallait y voir le présage d'un malheur qui pouvait être évité. ¹»

Troisième remarque. Discréditant la notion psychanalytique de régression arguant de sa non efficacité dans l'abord de la psychose naissante, Grivois écrit que « suggérer au malade l'ordre nouveau du monde où il est immergé en a une [efficacité] et peut marquer le retour de la communication et d'un lien social ²». Et comme ce sujet perd « toute familiarité avec le monde » alors « le psychiatre doit aller jusque là, c'est-à-dire jusqu'où s'est perdu le sujet de cette psychose. Il est nécessaire d'aider le malade à atteindre ce niveau de décomposition du social pour en parler et recréer un lien, fût-il délirant ³». Cette orientation visant à rejoindre le sujet incline volontiers sur la pente imaginaire, indiquant au clinicien que prendre acte de l'expérience du sujet passe par son identification. Comment prendre acte de la singularité de cette expérience subjective et se proposer comme adresse au sujet confronté au réel afin qu'il puisse s'en dégager, si le clinicien se situe sur un plan imaginaire promouvant une compréhension de cette expérience, pouvant générer à l'occasion chez le sujet un vécu persécuteur. Il est vrai que certains sujets manifestent une très forte propension à se situer sur un plan imaginaire générant un certain vécu d'enfermement ou de vacillement imaginaire chez le clinicien.

Quatrième remarque. Bien que partageant la préoccupation de Grivois à propos de la souffrance éprouvée par le sujet lors de la perplexité angoissée initiale, nous ne pouvons accrédi-ter la mise en place d'interventions cognitives telles qu'il les préconise : « Que faire, dès lors, pour sortir la psychose naissante de son angoisse stérile, de la souffrance qui parfois domine ou de l'incohérence apparente qui trop souvent lui succède ? Il faut lui donner une place majeure et immédiate à des interventions cognitives et transformer la 'connaissance publique' discrète et secrète du psychotique en une connaissance partagée ⁴». A l'instar d'une erreur courante à notre époque, Grivois semble confondre un certain travail de symbolisation par la parole adressée à un clinicien, où le sujet prend appui sur le signifiant, de mise en mots pour le dire simplement, avec une quelconque intervention cognitive. Autant l'on peut saisir la visée que se propose d'atteindre Grivois par ces interventions, c'est à dire que le sujet en vienne à énoncer sa réalité de sorte que le psychiatre en prenne connaissance, la centralité

¹. Falret J.-P. « Marche des maladies mentales », in *Des maladies mentales*, *op. cit.*, p. 309.

². Grivois H. « Psychose naissante. Expérience centrale et reconstruction du lien », *op. cit.*, p. 853.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 854.

devenant partagée, autant son appréhension des effets et des processus psychiques mis en jeu lors de tels entretiens paraît dé-subjectiver cette parole. Nous pouvons légitimement nous demander dans quelle mesure ces interventions cognitives, aux objectifs éducatifs et préventifs, sont-elles apparentées aux psychothérapies cognitivo-comportementales du type coping.

2-2. Positionnement du praticien : un travail d'éducation et de prévention

Pour le moins fidèle à son approche dépréciative du délire, Grivois se fixe comme objectif non seulement d'éviter au maximum que le sujet s'engage dans une telle évolution chronique mais aussi de procéder à la disparition de toute trace de la moindre interprétation délirante : « Il faut en somme que le sujet sorte de cette période sans résidu délirant et ça c'est très important. J'éduque, si l'on peut dire, les malades à repenser les phénomènes par lesquels ils sont passés pour faire en même temps une véritable prévention parce que malheureusement ils rechutent ¹» Aussi, la manœuvre essentielle du praticien vise à montrer au patient que la vérité de sa centralité est subjective et que « dans son emballement [mimétique interindividuel] c'est lui qui s'occupe des autres et non les autres de lui.² ». « Il faut ouvrir au patient sa propre centralité ³». Il poursuit : « il s'agit là d'épouser un des traits majeurs de la centralité psychotique, son instabilité cognitive et affective ⁴». Il faut dévoiler le constat de l'absence de réciprocité chez les autres : « cet angle de vue, en retirant tout rôle à quiconque en dehors de lui, libère le patient de ses premières interprétations concernant les intentions de ses semblables.⁵ ». « C'est peut-être le point le plus important et la seule nouveauté de notre approche que ce respect absolu de la centralité comme événement vécu, comme expérience actuelle n'ayant aucun des statuts pathologiques connus du délire et de l'hallucination. Il dit, ne l'oublions pas, quelque chose d'incroyable et d'extraordinaire que nous ne pouvons lui renvoyer dans nos catégories triviales, quelle que soit la force évocatrice du vocabulaire utilisée. ⁶» Partant, Grivois ramène au sujet et à lui-seul l'illusion des deux invariants, l'universalité et la centralité de sorte que lui apparaît que « le couple qu'il forme avec l'espèce humaine est sans intention ⁷». Il s'agit donc d'intervenir sur le trouble

¹. Grivois H. *Urgence folie*, *op. cit.*, p. 71.

². Grivois H. *Parler avec les fous*, *op. cit.*, p. 177.

³. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.* p. 52.

⁴. *Ibid.*, p. 53.

⁵. Grivois H. *Parler avec les fous*, *op. cit.*, p. 177.

⁶. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 54.

⁷. Grivois H. *Parler avec les fous*, *op. cit.*, p. 177.

générateur de la psychose naissante, c'est à dire aux sources même du trouble de l'intentionnalité, en démontrant au sujet l'inanité de ces interprétations délirantes. Pour quelqu'un qui dit rejeter unanimement la psychiatrie traditionnelle, Grivois en reconduit les plus profondes orientations et préjugés thérapeutiques se plaçant face à l'aliéné comme un maître face à l'ignorant¹.

Toutefois, Grivois infléchit sensiblement son interventionnisme en recommandant de ne pas attaquer trop vite la centralité sinon « les patients ne s'y reconnaissent pas et il arrive qu'ils s'en défendent ». Il vaut mieux utiliser à la place du terme même de centralité, ce qui nous paraîtrait vraiment incongru, « des mots plus communs, plus généraux, moins abstraits ou encore des périphrases. Il s'agit de situer l'expérience du patient là où il la vit, à l'articulation, au foyer, à la charnière entre lui et tous les hommes.² ». Ce n'est pas tout, Grivois préconise de joindre des gestes des mains et des bras à la parole. De sorte que l'on « figure la centralité en dessinant autour de soi une sphère illimitée. On suggère une vaste communication ouverte sans limites sur les gens alentour et au-delà, de chaque côté, comme si beaucoup de monde était rassemblé. » A l'évidence, Grivois souhaite *donner corps* à cette centralité, par le réel de son corps en mouvement. Il poursuit ainsi : « ces mouvements ébauchés montrent au patient qu'on reconnaît à la fois l'existence, l'ampleur et l'immatérialité de ce qu'il vit.³ » Ce faisant, « ces gestes nous rapprochent » puisqu'il « faut aller au bout et s'interroger comme les patients sur l'universalité de l'expérience. Tout le monde serait-il dans le coup ? On rejoint alors les patients au cœur de leur vécu subjectif.⁴ »

Ainsi le travail thérapeutique proposé par Grivois, congruent à sa phase sensori-motrice de la séquence initiale, laisse « une part importante à l'analyse motrice et gestuelle » afin d'en « faire les constituants de cette centralité⁵ ». Ici réside l'intérêt majeur pour Grivois délaissant « la connaissance de l'être en soi ou de l'être au monde du malade⁶ ». Le moins que l'on puisse dire c'est que Grivois recommande effectivement une implication du praticien, à ceci près qu'il s'agit d'une implication imaginaire confinant, quoique que cela soit excessif de dire cela, à une relation en miroir. Grivois a tout de même parfois des formulations qui prêtent à confusion alors que d'autres au contraire sont explicites « il n'est pas nécessaire cependant

¹. Cf *supra.*, p. 479 et p. 485.

². Grivois H. *Parler avec les fous, op. cit.*, p. 168

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 169.

⁵. *Ibid.*, p. 56.

⁶. *Idem.*

de se mettre à leur place pour feindre d'en partager les conséquences. Il n'y a pas de plus sûr moyen de se ridiculiser.¹ » Par ailleurs, il n'est sans intérêt de souligner maintenant un des aspects du lien transférentiel que Grivois rapporte à ces sujets. Non seulement les sujets qu'il rencontre ne lui sont pas insensibles, mais bien au-delà de cette charge émotionnelle légitime que certains sujets engendrent, on peut discerner dans les propos de Grivois sa fascination pour les psychotiques naissants plus précisément pour leur jouissance, « cette aura précoce ² » comme il la désigne. Une autre citation permettra d'éclairer cet aspect : « Pour bien parler de ces patients, le lecteur admettra qu'il faut quasiment être en transe ³ ». L'on peut se demander si la perte ou l'affaiblissement de leur *aura précoce* suite à une prise médicamenteuse ne serait pas douloureuse pour Grivois.

L'accent mis par Grivois sur son éprouvé et ce qu'il en rapporte dévoile une certaine position imaginaire dans la rencontre avec le sujet entrant en psychose. Il est vrai que la dimension *Réel*, très étrange de ces rencontres peut inciter à se défendre du réel et de l'expérience de radicale altérité qui s'en dégage grâce à la mobilisation de l'imaginaire.

2-3. Critique des thérapeutiques passées et actuelles et de la psychanalyse

Dans une sorte de *mea culpa*, Grivois admoneste la psychiatrie traditionnelle, qu'il a lui-même pratiquée, avant d'amender sa façon d'accompagner les sujets psychotiques naissants. Toutefois, non seulement Grivois est excessif mais en réalité sans discernement lorsqu'il écrit que depuis deux siècles de psychiatrie l'on a négligé la psychose naissante, « reléguée dans l'irrationnel et déclarée inabordable.⁴ » Lui pourtant si prompt à évoquer les fondateurs, Pinel et Esquirol, aurait-il oublié le traitement moral promu au début du XIX^e siècle dont nous avons montré les fondements ? Aurait-il oublié que le véritable geste révolutionnaire de Pinel n'a pas été de libérer les fous de leur chaîne mais de considérer la permanence de la raison de l'aliéné même en état de délire le plus manifeste, et, ce faisant, d'élaborer un traitement, certes rationnel, mais psychique de la manie récente, véritable matrice de la pratique aliéniste ?

¹ Grivois H. *Parler avec les fous*, op. cit., p. 169.

² *Ibid.*, p. 35.

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, p. 167.

A propos de la psychiatrie biologique contemporaine, Grivois estime à raison qu'il « nous reste en priorité le devoir d'empêcher que le patient ne s'oriente trop vite vers une psychiatrie pharmaco-sociale actuellement dominante », et que « nous devons nous protéger du recours [...] aux psychotropes et aux doses excessives de neuroleptiques ¹ ». De même, nous nous accordons avec lui lorsqu'il écrit que « nous devons nous garder de l'inertie et du pessimisme qui nous guettent et qui entourent les patients et découragent leurs familles ² ». « Il faut sortir par-dessus tout du pessimisme qui entoure la psychose à ses débuts et conduit à la médicaliser à outrance dans un premier temps, surtout depuis les neuroleptiques. L'idée de chronicité est tellement liée à celle de psychose que la durée est devenue indissociable de son étiquetage diagnostique ³ ». Toutefois, il ne s'agit pas de jeter l'anathème sur tout recours aux psychotropes : « Je ne dirais pas des médicaments qu'on utilise à ce stade qu'ils sont inutiles. Je ne recommencerai pas le coup de la camisole chimique. A doses modérées, ils facilitent l'approche des patients dans des délais plus courts que jadis. Cela est capital dans la mesure où ils atténuent les symptômes et la souffrance des patients. Ils permettent de parler avec les fous. » En reprenant le terme d'invasion utilisé par Ambroise Paré dès 1540, au demeurant devenu traditionnel en médecine, Grivois formule la recommandation suivante : si dans la psychose « l'invasion est interindividuelle », il faut isoler le sujet de ses envahisseurs, les hommes autour de lui. Du reste, reconnaît-il, cette pratique existe depuis la naissance de la psychiatrie moderne française⁴ qui a isolé les patients dans des asiles et plus près de nous, l'emploi de médicaments aux effets isolants. Il n'en demeure pas moins vrai que cette pratique de l'isolement par voie médicamenteuse si elle s'avère une aide précieuse au début de la psychose, peut devenir, sur du plus long terme, contre-productive en réduisant « la vigilance ou la motricité » ce qui par répercussion affaiblit les « capacités d'adaptation des patients sans modifier la psychose elle-même. » Dès lors, déplore Grivois, « cela facilite la réinsertion de certains patients mais on risque ainsi de priver les patients du minimum d'échanges nécessaires à leur survie sociale. La réciprocité de ces patients s'éteint peu à peu. ⁵ »

En outre, Grivois décrie, à raison pensons-nous, certaines pratiques institutionnelles actuelles se considérant d'avant-garde en matière de prise en charge des sujets entrant dans la

¹. Grivois H. « Psychiatrie d'urgence à l'hôpital général : la tentation du recoin », *op. cit.*, p. 36.

². *Idem.*

³. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 46-47.

⁴. Postel notait à ce sujet que l'isolement fut les des deux termes nouveaux inventés lors de la naissance de la psychiatrie française moderne.

⁵. Grivois H. *Parler avec les fous*, *op. cit.*, p. 153.

psychose : « réunir les patients en psychose naissante est une initiative médicale, une truanterie de chercheur. En de tels lieux, on perd la trace de la psychose naissante, on en crée une autre artificielle qu'on pousse, en guise de guérison, vers le délire qui est automutilant¹. De telles unités sont créées pour des maladies et non pour des humains. Dans les unités pour psychose naissante, les patients perdent leur caractère humain fondamental et la folie naissante ainsi amputée devient une maladie et rien d'autre. ²» Nous avons vu précédemment que de tels services relevaient très fréquemment de l'approche bio-psycho-sociale où prédomine les thérapies biologiques contemporaines. Dès lors, on comprend que Grivois considère que « le développement des réseaux d'urgence en psychiatrie est de la poudre aux yeux. Intervenir tôt et traiter les symptômes soulagent l'entourage mais s'opère en générale au détriment de la qualité des premiers contacts. ³»

En revanche lorsque Grivois étend ses critiques aux modèles psychologiques traditionnels dont l'on sait qu'il y inclut la psychanalyse nous nous désaccordons clairement de lui. Ainsi écrit-il que « les psychanalystes, échangeurs de mots plus que de gestes, supportent mal ces malades silencieux, tour à tour prostrés et agités. Cette panne symbolique les met hors jeu. Ils préfèrent les malades sous neuroleptiques, aussi les confient-ils durant ces premières heures à d'autres praticiens. ⁴». Si Grivois semble parler par expérience de psychanalyste, il néglige toutefois les inventions du sujet et le désir de l'analyste. Réduire le symbolique à la parole c'est tenir pour rien le support de symbolisation qu'est la feuille blanche et le travail d'écriture : le sujet peut tout aussi bien y écrire qu'y dessiner. On peut même généraliser cela à toute forme de support par le truchement duquel le sujet peut se dégager de son silence et son impossible à dire. Arguons également en second lieu que l'analyste peut accueillir le sujet mutique entrant dans la psychose dans un être là avec lui afin qu'émerge les prémisses d'un lien transférentiel comme le montre l'observation de D. Vallet étudiée plus avant. En définitive, Grivois reproche aux praticiens qui se réfèrent aux « doctrines et [...] schémas cliniques et psychanalytiques⁵ » un certain confort intellectuel devant la parole ou le silence du psychotique naissant. Il nous faut, en outre, émettre de fortes réserves sur sa vision réductrice et même étriquée de la psychanalyse qu'il réduit au divan⁶ méconnaissant par là l'élargissement des pratiques d'orientation psychanalytique référées à

¹. Bien évidemment nous ne souscrivons pas à cette approche du délire.

². *Ibid.*, p. 75.

³. *Ibid.*, p. 165.

⁴. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », *op. cit.*, p. 45.

⁵. Grivois H. *Parler avec les fous*, *op. cit.*, p. 175.

⁶. Grivois H. « Psychiatrie d'urgence à l'hôpital général : la tentation du recoin », *op. cit.*, p. 36.

une position analytique en dehors de la cure et le ressort même de l'acte analytique dont la vignette clinique rapportée par d'Y. Depelsenaire que nous examinerons plus avant, est exemplaire.

En définitive, ce n'est pas forcer le trait, nous semble-t-il, que de considérer la pratique promue par Grivois comme une « conduite rationnelle » orientée par « un idéal de l'action calculée » pour reprendre les termes de J.-A. Miller. Telle qu'elle nous est présentée, cette pratique semble toute habitée par l'injonction faite par Falret père de ne pas se faire le *secrétaire du malade* mais son contradicteur en quelque sorte, l'avocat de la réalité, de se placer, à l'occasion, en position de maître enseignant dans un débat contradictoire. Cette perspective rejoint celle développée par P.-H. Castel : « Plus mordante peut-être, ma dernière observation portera non sur ce que dit la théorie de la psychose naturalisée, mais sur ce qu'elle *fait* –et justement, sur ce qu'elle fait au psychosé. Elle déporte le regard du clinicien vers sur ce qu'il sait, lui, que le fou ne sait pas : soit sur ce qui l'agit objectivement, tandis que lui 'se sent' juste agi. Or il n'est nullement innocent de comprendre non *ce que* quelque dit, mais les *causes* qui font qu'il vous dit ce qu'il vous dit. Bien sûr, le clinicien n'écoute pas le cerveau du malade, au lieu du malade. Il est même extrêmement empathique, et Grivois là-dessus ne saurait être attaqué [cette empathie, chez lui, remplace les stratégies interprétatives des psychiatres]. En revanche, la référence au cerveau tend à vider de sa portée la signification qui s'énonce, et du coup, elle diminue la force d'interpellation de l'expérience psychotique. Il est acquis d'avance, en quelque sorte, que le fou n'a rien à dire de sa folie, ou du moins, bien sûr, rien d'autre que ce qui confirmera la conjecture [ici psychomotrice] sur ce qui cause qu'il dit ce qu'il dit. L'interprétation sociale, ou morale, ou qui vise la réarticulation de l'épisode à une histoire riche de sens, quelle qu'elle soit, est intrinsèquement exclue par la vision naturaliste ces causes réelles du déclenchement de la psychose. C'est là une suite inévitable de la liquidation du point de vue relationnel ou contextuel sur l'intentionnalité. Or en découle non seulement des effets logiques sur la juste description des faits, mais *une autre pratique de la folie*¹ » qui tend à s'orienter de l'inutilité du récit du psychosé. « Mais, poursuit-il, s'il s'agit de rendre activement tout récit inutile, d'en éteindre même la possibilité, parce que l'affaire est décidée en amont de tout 'sens' revendiqué avec certitude et passion, bref, s'il s'agit de réduire au silence la folie, les conséquences en sont si graves sur la manière dont je travaille chaque jour à rester proche des fous, qu'il me faut un petit peu plus qu'une

¹. Castel P.-H. « Comment peut-on 'être agi' ? ». L'hypothèse Grivois-Proust-Jeanerod », *op. cit.*

éblouissante conjonction de philosophie, de clinique, et de neurosciences pour renoncer aux postures traditionnelles du soin psychique. ¹»

Pour conclure, constatons que la thérapeutique de la psychose naissante connaît un certain intérêt dans le champ psychopathologique ayant même suscitée quelques prolongements. A cet égard, remarquons la formulation de ce qu'il convient d'appeler, à la suite de B. Graz, « une description systématique de la méthode ²» de l'entretien précoce avec le sujet psychotique naissant. Dans cet article, l'auteur entend proposer un cadre très précis reproductible tel un protocole d'entretien précoce. Parmi les caractéristiques de cette systématisation, notons que les entretiens des premiers jours devront être assurés par le même praticien, évitant ainsi toute rupture. De durée variable n'excédant rarement une demie-heure, ils doivent être réitérés plusieurs fois par jour. A rigidifier certaines indications ou manœuvres thérapeutiques dans un protocole systématique aux allures de programme médical, l'auteur dénature ce que la pratique de Grivois recelait d'aléatoire, de particulier, bref de *clinique*.

¹. *Idem*.

². B. Graz. « L'entretien thérapeutique précoce en cas de psychose récente ou aiguë... », *op. cit.*

II. Dans le paradigme du déclenchement de la psychose

Bien qu'il ne s'agisse nullement pour nous d'opposer frontalement deux modes de prise en charge ou d'accompagnement du sujet entrant dans la psychose, n'étant pas dans une certaine mesure exclusif l'un de l'autre, il nous importe tout de même d'examiner celui relatif à l'approche analytique et de le spécifier dans ses orientations. Partant, nous essaierons de montrer grâce à trois observations respectivement rapportées par D. Vallet, Y. Depelsenaire et E. Solano-Suarez, les enjeux et intérêts de la clinique du sujet afférente à la thèse lacanienne du concept de déclenchement de la psychose et les avancées ultérieures de certains de ses élèves. Ils se révèlent être principalement corrélés au repérage des coordonnées du déclenchement ou à la mise en place d'un lien transférentiel. En outre, nous nous intéresserons à la question cruciale formulée par Y. Depelsenaire, « le recours à la psychanalyse est-il vain dans les conjonctures d'urgence ¹ », et particulièrement, lors du déclenchement de la psychose ? Il est vrai que le fondateur de la psychanalyse estimait que les sujets psychotiques ne pouvaient bénéficier du traitement psychanalytique², faute de l'instauration de l'indispensable relation transférentielle, véritable moteur de l'analyse. Cette impossibilité que Freud imputait à la psychose elle-même, dépendait en réalité de sa conception restreinte du transfert. Il ne pouvait décentrer celui-ci de sa modalité névrotique, et ce faisant, appréhender la spécificité du transfert dans la psychose. Ce qui évoque à J.-C. Maleval l'image d'un barrage « dressé par Freud interdisant la psychanalyse aux psychotiques ³ ». A propos de ceux-ci, il précise que dans les années cinquante, « leur inaptitude au transfert est démentie par plusieurs travaux qui font grand bruit et qui ouvrent d'énormes espérances ⁴ ». Toutefois, bien avant ces années-là, des psychanalystes s'étaient aventurés en ces terres interdites par Freud, Jung, *le fils renié* ⁵ ou Karl Abraham. En un sens, ils avaient témoigné de certaines de ses caractéristiques et mises en acte bien avant que Lacan ne prononce son insigne recommandation, « la psychose, c'est ce devant quoi un analyste ne doit pas reculer en aucun cas ⁶ ». Ses recherches amenèrent Lacan à formuler la possibilité d'un autre centrage du clinicien au psychotique. « Bref, si la question du fou peut s'éclairer

¹. Depelsenaire Y. « L'instant de voir le déclenchement d'une psychose », *op. cit.*, p. 53.

². Et pourtant, Freud mena durant quelques années une cure avec le célèbre « Homme aux loups ».

³. Maleval J.-C. « Construction et évolution du concept de Forclusion du Nom-du-Père », *op. cit.*, p. 46.

⁴. *Idem.*

⁵. Jung a vraisemblablement tenté la première analyse avec un sujet psychotique, Otto Gross. Il en témoigne dans sa correspondance avec Freud. On peut y lire également que Freud désigne Jung de « cher fils Alexandros ». In Freud, S, Jung, C.-G. *Correspondance*, 1910-1914, *op. cit.*, p. 33.

⁶. Lacan J. « Ouverture de la section clinique », *op. cit.* p. 12.

par la psychanalyse, ben, ça serait évidemment à partir d'abord d'un autre centrément ¹» où le concept de jouissance joue un rôle majeur : tempérer, border la jouissance envahissante.

Que ce soit dans ses implications cliniques et théoriques, la thèse structurale est orientée par une éthique du sujet au demeurant largement absente comme telle du discours psychiatrique et de ses pratiques dont M. Foucault avait déjà souligné la volonté de *biopouvoir*. A se parer de l'hyper et techno-scientificité de l'approche bio-psycho-sociale développées par les neurosciences, ce discours ne s'institue-t-il pas d'un rejet du sujet ou ne vise-t-elle pas sa *mortification* ? Nous développerons une critique centrée sur les effets contre-productifs des prescriptions massives de psychotropes faites aux sujets entrant dans la psychose. En revanche, un certain consensus semble établi pour promouvoir des prescriptions modérées conjuguées à des entretiens menés en référence à une clinique du sujet. En ce sens, il s'agit de permettre au sujet de parer aux retentissements psychiques de la mauvaise rencontre et de soutenir ses initiatives auto-thérapeutiques au regard notamment de la suppléance antérieure au déclenchement. Le cas d'E. Solano-Suarez est à cet égard exemplaire.

III-1. Une clinique du sujet

1. Enjeux et difficultés du repérage des coordonnées du déclenchement

La thèse lacanienne et ses prolongements invitent fortement le clinicien d'une part à repérer la ou les condition(s) de déclenchement propres à chaque sujet et d'autre part à s'appuyer sur le travail d'auto-thérapie éventuellement commencé par le sujet lui-même. Contrairement à une position récurrente parmi les tenants du discours bio-psycho-social, le repérage de la cause ou des causes conjointes du déclenchement possède une réelle importance pour l'accompagnement du sujet : non pas uniquement dans les premiers temps de son entrée dans la psychose mais également dans une perspective à plus long terme. Il importe aussi pour le clinicien de repérer les situations électives pour un sujet venant le rencontrer plusieurs années après avoir déclenché sa psychose dans la mesure où ce repérage possède une dimension instructive vis-à-vis du point de réel rencontré par le sujet comme en témoigne Jorge Alemán : « cette parenthèse non seulement lui [à son patient] permettait de manier sur

¹. Lacan J. « Petit discours aux psychiatres », *op. cit.*

un autre mode la distance au semblable mais cela lui me permit aussi parfois de faire obstacle à l'émergence de tout point de réel pouvant amener une situation de déclenchement ¹». L'intérêt de ce repérage de la mauvaise rencontre fait l'objet d'un certain consensus corroboré notamment par F. Leguil : « Aussi concerne-t-elle bien autrement le psychanalyste, soucieux de ne pas précipiter le « désastre de l'imaginaire » parce qu'il handicape la poursuite d'une cure. Il importe que soit pressenti le particulier de chaque "conjoncture dramatique", où ce qui est forclos se révèle, "appelé en opposition symbolique au sujet" ²». Dans ce sens, à propos de la psychose maniaco-dépressive, Françoise et Jean-Jacques Gorog accordent eux-aussi un intérêt certain à ce repérage : « c'est pourquoi il est sans doute préférable d'avoir soi-même pu repérer les modalités de déclenchement de l'accès et ses particularités, pour être à même d'en suivre les lignes de force en dehors de l'accès et d'avoir au moins une idée des risques encourus par le patient lors des événements de sa vie qui le mettraient dans l'impossibilité de répondre autrement que par un nouvel accès. Nous savons – ceci n'est pas une invention ni de Freud ni de Lacan – que les circonstances du déclenchement sont identiques pour un même patient, à conditions d'en repérer les traits pertinents. Cette conjoncture de déclenchement est aussi à l'œuvre dans les autres psychoses mais apparaît ici de façon éclatante. ³»

Il s'agit donc pour le clinicien de prendre acte de ce repérage c'est à dire de se faire le *secrétaire de l'aliéné*, ce à quoi l'invitait Lacan de lors de sa leçon du 25 avril 1956. Alors qu'il vient reconnaître au « témoignage [de Schreber] sa valeur incomparable ⁴», Lacan invite ses auditeurs à se « contenter de nous faire les secrétaires de l'aliéné. On emploie d'habitude, poursuit-il, cette expression pour en faire grief à l'impuissance des aliénistes. Eh bien, non seulement nous nous ferons ses secrétaires [à propos de Schreber], mais nous prendrons ce qu'il nous raconte au pied de la lettre – ce qui jusqu'ici a toujours été considéré comme la chose à éviter. ⁵»

Aussi, dans une perspective bien différente du discours psychiatrique, le repérage au plus près de la conjoncture dramatique permet d'en cerner plus aisément les enjeux subjectifs, ce que fait valoir A. Stevens : « Plus on est près de la période où ça s'est déclenché, plus c'est facile dans le travail clinique, dans les entretiens préliminaires, de repérer ce qui s'est passé au moment du déclenchement. ⁶»

¹. Alemàn J. « L'invention d'une parenthèse », in *La revue de la Cause freudienne*, n° 23, février 1993, p. 86-92, p. 91.

². Leguil F. « Le déclenchement d'une psychose », *op. cit.*, p. 75

³. Gorog Françoise, Gorog Jean-Jacques. « Questions sur la structure maniaco-dépressive », in *Phénomènes et structure dans le champ des psychoses*, GRAPP, 1989, p. 127-135, p. 129.

⁴. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, *op. cit.*, p. 233.

⁵. *Idem.*

⁶. Stevens A. « Le déclenchement de la psychose », *op. cit.*, p. 28.

Mais un tel repérage ne possède pas uniquement un intérêt conjoncturel ou même biographique liée aux mauvaises rencontres du sujet, il est l'occasion pour le clinicien d'y entendre le dire d'un sujet, et partant, de reconduire le geste freudien selon A. Zenoni : « Lorsque dans la rencontre avec un sujet psychotique, nous essayons de repérer avec lui le moment où tout ça a commencé, le moment où cela n'a plus été comme avant, nous ne le faisons pas par un simple souci d'anamnèse : nous nous situons à notre tour dans le fil d'une clinique qui consiste à introduire en la matière, comme Lacan le dit à propos de Freud, la notion de sujet comme tel [...] une instance définie par sa relation à l'ordre symbolique comme tel ¹ ». Cette tâche dévolue au clinicien s'avère en réalité congruente avec celle du *secrétaire* en ce sens qu'elle relève de son acte : « Lacan a pu dire que le psychanalyste devait se faire le secrétaire de l'aliéné, mais cela ne veut pas dire simplement se mettre à la place du dispositif de prises de notes. Etre le secrétaire de l'aliéné, c'est aussi faire ce que Freud a fait : introduire le sujet.² ».

Au surplus, il convient de souligner que ces indications thérapeutiques sont directement corrélées au concept de déclenchement de la psychose, et spécialement, aux retentissements subjectifs du déclenchement. A cet égard, l'étude du trajet schrébérien est démonstrative dans la mesure où ce qui fait retour dans le réel avait été initialement rejeté du symbolique. Autrement dit, « ce qui surgit dans le réel, et qui représente pour le sujet ce quelque chose de lui-même qu'il n'a jamais symbolisé ³ » correspond pour Schreber au fait qu'il « n'a jamais intégré d'aucune façon [...] aucune espèce de forme féminine ? ⁴ ». Il s'agit d'une véritable indication dans l'accompagnement du sujet à repérer sur quoi a opéré pour lui la « *Verwerfung*, le jugement qui choisit et qui rejette ⁵ » et qui se dévoile dramatiquement lors du déclenchement.

Cependant, il n'est pas rare que les cliniciens fassent mention des difficultés rencontrées lorsqu'ils entreprennent de repérer les coordonnées du déclenchement de la psychose de leur patient(e) ainsi que le souligne Leguil : « Une difficulté de la clinique du déclenchement réside en ceci- et Lacan le note- que « 'le signal de l'entrée dans la psychose' ne peut être 'placé ailleurs que dans le champ de l'imaginaire' le repérage de ce moment où tout risque de se

¹. Zenoni Alfredo. « La psychose hors déclenchement », in *Zig-Zag*, n°7, octobre 1997, p. 49-56, p. 50.

². Laurent Eric. « Le sujet psychotique écrit... », in *La psychose dans le texte*, Analytica, Paris, Navarin, 1989, 58, p. 113-121, p. 114.

³. Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses*, op. cit., p. 101.

⁴. *Ibid.*, p. 99.

⁵. Lacan J. « Conférence à Yale University, 24 novembre 1975 », in *Silicet*, 6/7, 1976, p. 32-37, p. 36.

réduire à l'alternative duelle est donc nécessaire à tout traitement possible ¹». Une autre difficulté dans le repérage de ces coordonnées réside dans les interprétations après-coup du sujet.

2. Apports et spécificités d'une clinique du sujet

2-1. L'appui du lien transférentiel

L'instauration d'un lien transférentiel dans les temps succédant au déclenchement de la psychose peut assurer au sujet un point d'appui pouvant générer des bénéfices subjectifs non négligeables comme le montre l'observation rapportée par Dominique Vallet. Il s'agit d'une jeune femme ayant déclenché une psychose à l'occasion de la naissance de son premier enfant, naissance intervenant peu après la mort de son propre père. Cette grossesse arriva après cinq années de tentatives infructueuses du couple, grâce à la procréation médicalement assistée. Elle fut accompagnée dès le départ chez cette femme par l'angoisse d'avoir un enfant anormal dont le paroxysme fut atteint lors de l'accouchement. Le retour à la maison de la patiente est « marqué par un profond abattement. Elle ne comprend pas ce qui la fait tant souffrir malgré la présence de cet enfant tellement désiré ; elle reste perplexe face à cette force qu'elle éprouve profondément, et qui la pousserait à mourir avec son enfant pour le présenter à son père mort. ²» D'un banal accident de la circulation elle tire la conclusion suivante : « son père décédé, est à l'origine de l'accident ; le conducteur de la voiture qui les a percutés est le père biologique de l'enfant. » Elle sera hospitalisée dans ce contexte.

Une seconde grossesse donnera lieu à une seconde hospitalisation, la jeune femme ayant fait part de nouvelles idées suicidaires accompagnées d'interprétations portant sur le mari celui-ci étant convoqué par elle à la place de son père mort. A l'occasion d'un stage, et dans un contexte social agité, elle se sent « responsable de tout ce désordre et tout lui indiquait qu'elle devait disparaître. Le regard des gens lui désignait la place qui lui était assignée, celle de la benne à ordures. ³» C'est au cours de cette seconde hospitalisation, note D. Vallet, que cette jeune femme « s'engage un peu plus dans le lien transférentiel. ⁴»

¹. Leguil F. « Le déclenchement de la psychose », *op. cit.*, p. 72.

². Vallet Dominique. « Un vacillement mélancolique », *Revue de la Cause freudienne*, 47, mars 2001, p. 96-99, p. 97.

³. *Ibid.*, p. 98.

⁴. *Idem.*

Sans reprendre exhaustivement l'observation, soulignons que le lien transférentiel, point d'appui pour cette femme, se développe autour de sa place de mère et de ses difficultés à la tenir. D. Vallet note que « dans cette adresse, elle peut trouver à loger autrement la question qui a surgi au moment du déclenchement ¹» à savoir présenter [ou non] l'enfant au *père mort*, la jeune femme ayant éprouvé une certaine perplexité au surgissement de ce phénomène que l'on peut dire élémentaire². Certains éléments familiaux sont congruents avec son sentiment d'abandon, le père alors très malade lui révèle qu'il lui-même fut abandonné par sa propre mère. En outre, plusieurs secrets semblent avoir eu cours dans cette famille remarque D. Vallet. Sans doute est-ce dans ce contexte et soutenu par le lien transférentiel qu'elle veillera à ce que le père des enfants, une fois qu'il seront séparés à son initiative à lui, accueille les enfants. Et que soit ainsi maintenu un lien au père, non seulement qui ne soit pas le sien [père mort] mais celui des enfants, et de surcroît un *père vivant*.

Quoique que le trajet effectué par cette jeune femme doive être distingué de celui d'une cure analytique aux dires mêmes de D. Vallet, il s'agit néanmoins d'une psychose sous transfert dans la mesure où à partir du « point de vacillement [du déclenchement] qui ouvre une béance radicale où elle pourrait disparaître, elle puise dans l'adresse à l'analyste la capacité à y remettre du semblant. C'est ce trajet, du réel au semblant, qu'elle vient construire grâce au transfert. ³» Parallèlement à la fragilité de ce mode de stabilisation, il convient de reconnaître que la mise en place du lien transférentiel, certes lente mais s'instaurant indubitablement par où « dans l'adresse à l'Autre du transfert, elle instaure un Autre à qui l'on peut continuer à présenter l'enfant, ce qui lui permet de mettre un écart entre elle et le père mort ⁴», et son collage à l'idéal d'être une bonne mère lui ont été bénéfiques. En ce sens, ils lui ont permis de se dégager de « l'horreur de sa position de déchet, puisqu'elle est le déchet universel ⁵», et de ne pas à nouveau déclencher d'épisode délirant ou de « grande vacillation subjective ⁶». Elle a pu ainsi reprendre une activité professionnelle depuis longtemps suspendue.

1. *Idem*.

2. Il s'agit donc de la question d'un passage à l'acte de type infanticide.

3. *Ibid.*, p. 99.

4. *Idem*.

5. *Idem*.

6. *Ibid.*, p. 98.

2-2. La psychanalyse une contre-indication ?

Partons du constat largement répandu et rapporté par Yves Depelsenaire : « Par un curieux paradoxe, le psychanalyste est rarement consulté quand se précipite la psychose. En effet, la conjoncture de déclenchement de la psychose est en règle générale si dramatique qu'elle appelle inmanquablement des réponses, dites d'urgence, et que le recours à la psychanalyse en un tel instant est, suivant l'opinion reçue, tenu pour vain.¹ ». En conséquence, l'auteur pose explicitement la question : « Le recours à la psychanalyse est-il vain dans les conjonctures d'urgence ? J'entends les chutes dépressives graves, les accès de confusion anxieuse, les attaques de panique, les passages à l'acte, agressifs ou suicidaires, tous ces moments variables mais également catastrophiques, où, pour un sujet, l'existence se délite, et par lesquels se traduit régulièrement le déclenchement d'une psychose.² » Au surplus, ajoute-t-il, l'inutilité d'un tel recours procède-t-il de la contre-indication : « y a-t-il une contre-indication au recours à la psychanalyse dans ces moments où se précipite la psychose ? ». Question à laquelle Depelsenaire répond par la négative bien qu'il note que les analystes sont partagés face à cette question. Qu'elle ne fasse pas consensus parmi la communauté analytique provient essentiellement, d'après lui, des deux arguments suivants. Premièrement que la mise en place du transfert puisse précipiter une psychose et deuxièmement qu'une telle clinique contrevienne à la neutralité analytique délogeant l'analyste d'une prétendue abstention. A leur rencontre, l'auteur oppose « l'urgence à dire³ », argument plaidant en faveur de l'intervention analytique dans ce contexte clinique d'entrée dans la psychose. Autant il reconnaît une dimension d'urgence dans cette clinique autant il en déplace le lieu ou le caractère, du psychiatrique au subjectif de sorte qu'il s'agit moins pour lui d'une urgence médicale et/ou sociale amenant les intervenants à poser des actes dans ces registres que d'une « urgence subjective » nécessitant une écoute du sujet de ce qu'il a à dire de ce moment de bascule dans son existence. L'acte analytique procédant bien différemment des pratiques d'urgentistes.

Qu'il y ait un risque à ce que l'analyste intervienne, nul ne peut le nier, Depelsenaire en rappelait deux occurrences, mais « à s'y employer correctement, précise-t-il, le psychanalyste est au contraire bien placé pour être pris à témoin par le sujet de ce qui lui

¹. Depelsenaire Y. « L'instant de voir le déclenchement d'une psychose », *op. cit.*, p. 53.

². *Idem.*

³. *Idem.*

arrive et de ce qui en est la cause ¹». L'auteur rejoint là ce que Lacan épinglait, il y a un peu plus d'un demi-siècle, sous les espèces du *secrétaire de l'aliéné*. Une telle place congruente à la place d'adresse dont D. Vallet nous a montré dans son observation tout l'intérêt, est propice au rebranchement sur l'Autre dirions-nous. Au surplus, elle peut permettre au sujet d'éviter le recours à « l'impasse sur l'Autre ²» si l'on accepte de concevoir ainsi le passage à l'acte. Comme le note Depelsenaire, « cette lourde menace du passage à l'acte donne la mesure du réel en jeu dans la clinique des conjonctures dites d'urgence. Et c'est en son nom que l'on repousse généralement à des moments ultérieurs une éventuelle approche psychanalytique. Or c'est en ces moments critiques qu'à rétablir le circuit de la parole, une limite à la jouissance mortifère qui submerge le sujet est pensable. Elle est pensable, non pas à partir d'une rectification normalisante au nom des exigences de la réalité, mais à partir de la présentification d'une faille dans l'Autre du Savoir, où le sujet peut trouver à reloger la question d'un choix à opérer. ³» Il appert d'après ces propos que l'analyste, à l'encontre de la tradition médicale et psychiatrique, ne se situe pas dans une relation maître-ignorant ni même avocat de la réalité-accusé d'erreur des facultés, mais d'un lieu d'accueil où se manifeste le manque dans l'Autre. Le sujet peut dès lors comme dans l'observation de D. Vallet trouver à formuler sa question grâce à la mise en place de l'Autre du transfert qui se démarque de l'Autre réel avec lequel le sujet est en proie. Aussi, rappelant les propos de Serge Cottet, « *“Urgente, [...], est la situation où s'accélère ce sentiment de la malveillance de l'Autre”* », Depelsenaire estime que « de celle-ci, nous n'apprendrons jamais rien de consistant que du malade lui-même. Il s'agit donc de subjectiver cette urgence, afin d'en remettre au sujet la responsabilité. Toutes les mesures de protection sociale, y compris les mieux venues, sont foncièrement impuissantes à rien apaiser sur le fond, si l'urgence à dire n'est pas reconnue comme celle qui compte. Urgence à dire ce qui arrive d'insensé, d'irreprésentable, d'étrange et d'inhumain, mais il importe de rendre, si peu que ce soit, relatif au discours afin de surseoir à la hâte de conclure du sujet. Hâte de conclure par la seule voie encouree ouverte pour s'en sortir, soit celle du passage à l'acte : sortie de la scène du monde, ou coup désespéré porté à l'Autre pour en desserrer l'emprise.⁴» A cet égard, le cas qu'il présente et les effets de sa manœuvre thérapeutique sont probants comme nous allons le montrer.

¹. *Idem*.

². Miller J-A. « Jacques Lacan : remarques sur son concept de passage à l'acte », *op. cit.*, p. 53.

³. Depelsenaire Y. « L'instant de voir le déclenchement d'une psychose », *op. cit.*, p. 54.

⁴. *Ibid.*, p. 53-54.

Agé d'une quarantaine d'années, un homme se met à délirer le jour où reprennent les bombardements américains en Irak. Outre son agitation, il s'est emporté contre ses proches de façon inattendue. « Convaincu de l'imminence d'un embrasement général, il me dit aussi que sa femme veut sa peau. Je lui oppose simplement qu'il m'inquiète beaucoup, lui laissant à trancher si m'inquiète cette prochaine apocalypse, ou si c'est lui même qui m'inquiète. '*Dois-je me faire hospitaliser ?*' me demande-t-il. Je lui propose alors de me téléphoner le lendemain matin pour me rassurer. Ce qu'il fait dès la première heure, soucieux en effet de me rassurer, car il est, lui, tout à fait désangoissé. Deux jours plus tard, je peux vérifier la sédation complète du délire et le calme retrouvé envers sa famille. ¹» Dans le court-circuit de son relatif effet subjectif, ce cas est instructif. « Nulle interprétation » souligne Depelsenaire, « mais une simple remarque sur le caractère 'inquiétant' de ses propos semble avoir suffi à introduire un suspens dans la conviction délirante du sujet. N'est-ce pas que cette remarque avait valeur d'aveu : aveu d'ignorance et de perplexité quant à ce qui lui tombait dessus ? '*Dois-je me faire hospitaliser ?*' me demande-t-il alors. On voit à cette question que la hâte de conclure ne l'a pas pour autant d'un coup abandonnée. Et qu'il m'en remette l'initiative ne dit rien qui vaille. J'ai pris le parti de considérer que sa question témoignait aussi d'un trouble soudain de la certitude. Il n'y avait plus dès lors qu'à prendre congé jusqu'au lendemain, afin d'acter qu'un temps pour comprendre se remettait en place. L'ironie dans cette affaire est bien sûr qu'il ait ensuite été surtout soucieux de me rassurer, moi. Mais ceci ne vérifie-t-il pas la juste distribution du savoir entre nous, celle qu'il convient précisément de rejoindre dans la manœuvre transférentielle avec le sujet psychotique, où, tout à l'inverse de ce qui fait le ressort de l'analyse des névroses, c'est comme figure de non-savoir que l'analyste doit jouer sa partie. ²» Cette figure s'oppose à celle du maître du savoir ou de l'avocat de la réalité et présentifie la faille de l'Autre du savoir notamment lorsque le clinicien demande au sujet *comment cela a-t-il commencé ?* ainsi que le soulignait précédemment Zenoni. A raison, Depelsenaire estime que c'est « une question jamais assez posée. Aucune anamnèse, aucune enquête psychogénétique, aussi minutieuses soit-elles ne peuvent en effet par elles-mêmes rendre raison de la précipitation d'une psychose. Rien de tout cela n'est certes contingent. Mais toujours un gouffre s'ouvre entre le décours de l'existence avant le déclenchement et ce que le sujet articule à propos de celui-ci. Mieux : c'est la nécessité de réinterpréter des pans entiers de son existence que le sujet est bien souvent amené au lendemain du déclenchement de la psychose, dans une temporalité désormais ordonnée autour de ce moment de bascule.

¹. *Ibid.*, p. 54.

². *Idem.*

[...] Réordonner son existence autour du moment de bascule du déclenchement, telle est l'urgence véritable à laquelle le sujet est confronté. ¹»

Ainsi, la clinique de l'entrée dans la psychose est exemplaire de la découverte freudienne : l'accumulation de connaissance du côté du clinicien n'entame en rien la jouissance du sujet. Et si la furieuse recherche d'éléments biographiques, de 'chose à savoir sur le patient', qui s'empare parfois de certains praticiens ou même d'équipes psychiatriques trouve quelque justification médicale notamment dans la formulation de règles à observer, elle démontre surtout l'angoisse de ces professionnels comme imprégnés par celle du sujet qui vient de faire l'expérience dramatique de la faille de l'Autre. Une des réactions de défense les plus fréquentes pour les professionnels consiste à tenter de boucher le trou de l'Autre avec du savoir sur le sujet mais un savoir désobjectivé. Se différenciant de cette entreprise d'étouffement du sujet, le clinicien peut proposer au sujet de recueillir sa parole, le témoignage de sa mauvaise rencontre et ses incidences cliniques. L'une des conséquences d'une telle conception du transfert « qui est d'éthique plus que de technique : ne comprenons jamais rien à la place du sujet lui-même. On vient de voir qu'il y invite mais à se régler sur le bien supposé d'un sujet déresponsabilisé, on le conduit au pire. En revanche, si bridant sa propre angoisse, et oubliant ses trop bonnes intentions, il sait, y accorder toute l'attention nécessaire, l'instant de voir le déclenchement d'une psychose est un moment privilégié pour le thérapeute. Car c'est suivant l'expression de Lacan dans sa thèse de doctorat sur la paranoïa, un 'moment fécond', où se corréle au naufrage où le sujet bascule l'appel à une création ex nihilo d'un monde restauré. ²»

Enfin, soulignons que Depelsenaire a su donner de manière convaincante un exemple accréditant l'indication de Lacan visant à pourfendre l'idée de contre-indication de la praxis analytique à l'entrée dans la psychose, qu'il s'agisse des réserves émises par Lalonde ou de l'une des recommandations énoncées lors des journées de consensus sur la schizophrénie débutante³.

¹. *Idem.*

². *Idem.*

³. *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques.* Conférence de consensus, 23 et 24 janvier 2003, *op. cit.*, p. 224.

2-3. Reprise de la suppléance préventive

Lors de notre troisième partie nous avons déjà présenté l'observation rapportée par E. Solano-Suarez afin d'y montrer la portée structurale du dénouage consécutif à la suspension du pare-psychose. Nous intéressent à présent à l'acte du clinicien dans le cadre du déclenchement de la psychose, cette observation se révèle également fort instructive. Elle montre que le repérage par le clinicien de *l'artifice* avec lequel le sujet opérait jusque-là une suppléance¹ à la carence de la fonction paternelle, lui permettant de s'orienter et de se soutenir dans l'existence, s'avère crucial dans son positionnement et ses manœuvres thérapeutiques. En incitant le sujet à trouver une solution lui permettant de se repositionner dans une relation de vente aux clients, E. Solano-Suarez participa nettement au retour de la suppléance initiale. « Ayant trouvé la clé de cette affaire, nous avons promu auprès de lui l'invention d'une position qui rendrait compatible la fonction de directeur du magasin et la possibilité de garder contact avec les clients. Il pu mettre en place cette formule et, à travers elle, il retrouva son élan vital. Cet artifice lui permit de démontrer ses compétences dans la vente de produits de luxe : il améliora considérablement la situation de ce magasin, qui eut le plus gros chiffre de son histoire ²» Au reste, en accord avec l'auteur, l'on peut estimer qu'une telle perspective clinique trouve argument « dans la construction du bricolage, voire de l'artifice qui permet au sujet de se débrouiller face au réel. ³» Dans ce cas de reprise par le sujet de sa suppléance préventive, la distinction entre suppléance préventive et suppléance curative a peu de sens dans la mesure où elles sont identiques. Il accrédite la thèse où « avant le déclenchement quelque chose avait bien fonctionné au titre de suppléance qui, parfois, peut-être repris en le réaménageant par déplacement métonymique après le déclenchement. ⁴»

Enfin, cette observation plaide en faveur de la portée curative de la thèse du nouage-dénouage des éléments de la structure subjective et montre qu'avec « les nœuds il est possible de théoriser la psychose sur ses deux versants : négatif = dénouage, positif nouage faisant suppléance. Le premier sert essentiellement au repérage diagnostique du simple lâchage à la décompensation, il traduit l'effet de la perte de la propriété de nouer R.S.I. Le deuxième est celui qui nous importe aujourd'hui, il s'agit de la stabilisation de la psychose, effet d'une suppléance. Celle-ci peut être préventive ou curative. Dans les deux cas c'est le sujet qui le

¹. Entendue au sens large.

². Solano-Suarez E. « La clinique des nœuds », *op. cit.*, p. 106.

³. *Idem.*

⁴. Ménard A. « Clinique de la stabilisation psychotique », *op. cit.*, p. 15.

construit, non l'analyste, mais il peut le favoriser ou peut-être simplement ne pas y faire obstacle. ¹» Ménard cerne avec finesse la place que peut occuper le clinicien auprès du sujet entrant dans la psychose et la visée de son acte, celui-ci pouvant à l'occasion consister dans un effacement choisi du clinicien, laissant ainsi le sujet libre de son initiative.

III-2. Quid du sujet dans la psychopathologie ?

1. Psychotropes et subjectivité : perspective critique

Depuis la naissance de la psychiatrie moderne occidentale, et spécialement française, la médication des sujets entrant dans la folie est l'objet d'un débat dont nous allons tenter d'analyser les enjeux. Pour preuve, rappelons-nous la bipartition traitement moral - traitement physique introduite par les fondateurs dont le mérite fut précisément de reléguer au second rang ce dernier. Prenant argument de la mortalité inacceptable par celui prodigué à l'Hôtel-Dieu de Paris, Pinel fit valoir une thérapeutique morale expectante. Assurément, la théorie philosophique des passions fut décisive permettant à Pinel de rapporter la manie récente à une perturbation que nous appellerions de nos jours psychique. Si l'on permet ce saut historique, les traitements psychopharmacologiques largement prescrits depuis plus d'un demi-siècle maintenant ont définitivement rompus avec l'expérience médico-philosophique de la folie. Une telle diffusion apparaît pour beaucoup comme un indéniable progrès, générant quelques effets pénibles mais secondaires. Or, « aucun des traitements actuels ne permet au patient de retrouver la totalité de son fonctionnement psychique et social qu'il avait avant l'apparition des premiers symptômes [Dalery, d'Amato, 1995]. Il est de règle que la chimiothérapie entrave le fonctionnement du sujet, notamment par les effets produits sur la vigilance, l'initiative motrice, et le dynamisme vital. Les neuroleptiques sont des médicaments dont les effets subjectifs, assez imprévisibles, ne se limitent pas à une sédation de l'angoisse. Il arrive parfois même qu'ils l'augmentent. ²» Bien que les neuroleptiques dits atypiques largement diffusés depuis la fin des années 1990 engendrent moins d'effets secondaires pénibles et désagréables, il nous semble tout à fait opportun de rapporter ici, dans la perspective critique qui est la nôtre, le témoignage suivant. Celui d'une psychiatre relatant son auto-observation lors d'une bouffée délirante aiguë il y a maintenant une trentaine d'années : « Au bout de 18

¹. *Ibid.*, p. 14.

². Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *op. cit.*, p. 80.

heures de traitement, j'étais en plein état catatonique. Tous les muscles de mon corps étaient hypertoniques et un curieux phénomène apparaissait. Mon corps s'enroulait sur lui-même en spirale selon l'axe de la colonne vertébrale. Mon visage se tournait irrésistiblement vers l'épaule gauche, laquelle était affectée d'un mouvement de rotation selon un axe parallèle à l'axe vertébral. La force musculaire avec laquelle s'exerçait cet enroulement était incontrôlable par la volonté, et son intensité était telle que j'avais l'impression de devenir une sorte de tire-bouchon. Le plus pénible et surtout le plus angoissant était la rotation du crâne par rapport aux épaules. Celle-ci était si forte que je redoutais que ma tête ne se détachât du tronc sous la force de la poussée rotatoire [...] j'ai stoppé de moi-même ce traitement neuroleptique au bout de 24 heures, car il ne faisait qu'exacerber de façon extrême l'angoisse. La perte de maîtrise de mon corps me faisait redouter mon persécuteur de façon décuplée. ¹» Hospitalisée par la suite, elle décrit ainsi les effets que fit sur elle le nouveau traitement : « Alors, commença la longue torture par les neuroleptiques, torture différente à présent, non plus au niveau corporel mais au niveau mental, intellectuel, affectif. [...] Il m'est très difficile de tenter de verbaliser quelque chose sur cette période de mutisme intérieur, de torpeur affective, de vide mental. [...] Mon affectivité était appauvrie à l'extrême, en intensité et en quantité. J'ai lutté pourtant farouchement pendant quatre mois contre cet enlèvement de mon psychisme ²», mais « les troubles mnésiques, les troubles de la concentration intellectuelle, l'anesthésie affective, tout concourait à l'oubli rapide en quelques heures de ce que j'avais vu. ³»

« Je ne pense pas, poursuit-elle, que l'on puisse mettre ces divers troubles sur le compte de l'état dépressif survenant après une bouffée délirante. En effet, j'ai connu, après avoir stoppé tout traitement neuroleptique, des moments dépressifs importants qui nécessitèrent un traitement à l'Anafranil. Jamais mes sentiments dépressifs ne provoquèrent de troubles de la pensée, des associations, du langage, de la mémoire, de l'affectivité. Jamais je n'ai eu pareil sentiment de mutilation psychique, de tendance à la mort psychique dans un au-delà du langage [...] ⁴». Néanmoins, affirme-t-elle, « je ne récusé pas les traitements neuroleptiques qui m'ont été prescrits. Ils ont été nécessaires à la disparition de mon état délirant. Mais cette guérison s'est accomplie au prix d'une très grande souffrance morale liée à la conscience des effets secondaires de ces médicaments. Il est à noter que les effets secondaires, que j'appellerai de mutilation psychique, ont duré plus que les quatre mois du traitement. Tous ces

¹. Gourevitch M. « Un traitement neuroleptique vécu par un psychiatre », in *L'Évolution psychiatrique*, 1981, 46, p. 97-104, p. 98-99.

². *Ibid.*, p. 100-101.

³. *Ibid.*, p. 103.

⁴. *Idem.*

phénomènes que j'ai décrits n'ont vraiment disparu que sept ou huit mois après le début du traitement. ¹»

Certaines études incitent à prendre en considération les progrès réalisés par les laboratoires pharmaceutiques en matière d'effets secondaires et de tolérance aux neuroleptiques, désormais anti-psychotiques deuxième génération², dans le cadre clinique de l'entrée dans la psychose. Ainsi que le note J.-C Maleval : « Les études concordent pour mettre en évidence que l'efficacité des neuroleptiques s'avère optimale sur les états aigus et sur les formes d'entrée dans la psychose ; tandis que leur influence apparaît beaucoup moins décisive à long terme. ³» Cependant, non seulement les premiers neuroleptiques n'ont pas totalement disparus des prescriptions faites de nos jours mais les anti-psychotiques atypiques possèdent eux-aussi quelques dangers. Rappelons-nous les propos de Ginestet : « ces nouveaux produits ne sont pas anodins : on connaît la surveillance hématologiques nécessaire avec la clozapine mais, selon les molécules, existent des risques métaboliques [prise de poids, diabète] ou cardiovasculaires : troubles de la conduction, allongement de l'espace QT, torsades de pointe. ⁴» Dangers potentiels ou réels que l'on retrouve également dans les indications chimiothérapiques que M.-J Guedj-Bourriau préconise dans le cadre de l'épisode psychotique aigu ou premier épisode : recommandations de bilans [hépatique, NFS etc.], risque de dépressions cardiorespiratoires sévères en cas d'association d'antipsychotiques de benzodiazépines injectables entre autres ⁵. En outre, l'étude menée en Aquitaine que nous avons déjà mentionnée, affirme que « la co-prescription [des antipsychotiques] avec médicament anticholinergique visant à réduire les effets secondaires neurologiques [extra-pyramidaux] est également fréquente [22%], y compris chez des patients traités avec des doses faibles ou modérées, alors qu'un des arguments pour justifier la prescription de ces nouvelles molécules est la rareté des effets secondaires extra-pyramidaux. ⁶»

¹. *Idem*.

². Peut-on croire qu'une telle appellation soit distincte de l'expérience psychiatrique contemporaine de la folie, pour reprendre les termes de Foucault ? Elle nous apparaît très nettement congruente au « racisme anti-fou » moderne décrit par Castel. In Castel R. *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, *op. cit.*, p. 30

³. Maleval J.-C. *Logique de la psychose*, *op. cit.* p. 198-199.

⁴. Ginestet D. « L'essor de la psychopharmacologie et son impact sur la psychiatrie », *op. cit.*, p. 770.

⁵. Guedj-Bourriau M.-J. *Urgences psychiatriques*, Paris, Masson, 2008, p. 437.

⁶. *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*, juin 2006, par Mme la députée M. Briot, *op. cit.*

Dans le cas de prescriptions dosées avec justesse, nous nous accordons avec les observations de Grivois sur une chimiothérapie initiale tempérée conjuguée avec des entretiens réguliers centrés sur les phénomènes élémentaires. Avant lui, Lucien Israël encourageait déjà à une telle conjonction thérapeutique dans le cadre des psychoses aiguës. Ainsi, parlant du sujet en état aigu, il avançait la règle suivante : « Oser accompagner une psychose aiguë sans avoir recours à l'isolement, à l'incarcération, à la chimiothérapie massive constituera pour le médecin qui aura eu ce courage la plus riche des expériences, peut-être le début d'une voie nouvelle. [...] Il ne s'agit pas non plus de priver le psychotique aigu de la chimiothérapie. Ne pas l'assommer ne veut pas dire ne pas le traiter, et l'on découvrira ceci, qui est déjà affaire de spécialiste, que l'association de chimiothérapie et de psychothérapie a dans ce cas de psychoses aiguës sa meilleure indication. ¹» Il s'agit là d'un « problème de tact » comme le souligne G. Pommier : « Il va de soi que l'emploi d'antihallucinogènes dans les moments féconds représente un grand progrès ²» même si le psychotrope « ne joue pas sur l'événement causal ³». Ce à quoi s'attache la pratique psychanalytique.

Quant à cette dimension psychothérapique, nous rejoignons J.-C Maleval écrivant « quand il s'adresse à un analyste le sujet psychotique lui demande d'abord de l'aide pour mettre de l'ordre dans son monde, et il lui suppose volontiers un savoir sur ce point, cependant il affirme lui aussi posséder un savoir, celui que lui ont transmis les phénomènes élémentaires, accepter qu'il en témoigne sans les contester de manière frontale est une condition indispensable à la cure ⁴». Rappelons l'intérêt des travaux de F. Sauvagnat portant sur les manœuvres thérapeutiques des phénomènes élémentaires. Aussi, se faire l'adresse et le témoin du sujet entrant dans la psychose peut permettre au clinicien dans certains cas, de l'amener à dialectiser ce qui s'impose à lui. De surcroît, il est intéressant de considérer la mise en garde formulée par J.-C Maleval dans le cadre d'une clinique élargie à la psychose déclarée contre les deux « attitudes extrêmes ⁵» consistant pour la première à « éradiquer le délire » par le truchement de la psychopharmacologie, et pour la seconde, à fortement déconseiller sinon interdire toute prescription de neuroleptiques. L'une et l'autre, chacune à leur façon, méconnaissent les ressorts de l'économie subjective. L'une l'ignore et annihile ses initiatives et l'autre en ne misant que sur elle, ignore les cas où la nécessité d'une aide

¹ Israël L. *Initiation à la psychiatrie, op. cit.*, p. 56.

² Pommier G. *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse, op. cit.*, p. 356.

³ *Ibid.*, p. 358.

⁴ Maleval J.-C. « Apports de la théorie psychanalytique pour la prise en charge des sujets psychotiques », in *Revue Letterina*, 31, juillet 2002, p. 42-57, p. 50.

⁵ Maleval J.-C. *Logique du délire, op. cit.*, p. 195.

psychopharmacologique s'impose afin justement de mettre le sujet dans de meilleures conditions d'initiative et de ressources personnelles, si bien que « rien n'autorise à se priver des ressources du médicament dans les formes précoces de la psychose ¹» Toutefois, ses ressources ne doivent avoir d'autre but que d'éviter les passages à l'acte comme mode de sortie ainsi que nous l'avons vu précédemment et de permettre au sujet de trouver en lui et à l'occasion grâce à ses rencontres avec le clinicien, les ressources nécessaires afin de se dégager de l'expérience de perplexité angoissante initiale.

Au-delà de la clinique restreinte de l'entrée dans la psychose, toute position rigide faisant prévaloir une normalisation induite au détriment du vécu subjectif induit le contraire de ce qu'elle vise. En effet, « l'appréciation subjective de l'état psychique se règle pour l'essentiel sur l'apaisement de l'angoisse, mais aussi sur la conservation des facultés intellectuelles, et sur le maintien d'un dynamisme vital. Or l'appréciation du psychiatre s'appuie plus volontiers sur la symptomatologie ²» et vise à sa disparition, tout du moins, à sa réduction significative. A l'encontre d'une relative rigidité chez certains prescripteurs, la position du clinicien accorde donc une réelle valeur aux dires du sujet sur son propre état : le mieux subjectif n'est pas automatiquement le mieux psychiatrique, *médical*. D'où parfois la nette impression d'une réelle antinomie entre la réalité subjective et le discours psychiatrique. A cet égard, l'on peut légitimement se demander au regard de l'histoire de la psychiatrie si cette antinomie ne procède pas du souhait d'objectivation immanent à une certaine tradition discours psychiatrique lui-même. Et de rejoindre J.-C Maleval et L. Ottavi lorsqu'ils affirment que « le discours de la science ne s'instaure que qu'à forclure le sujet. ³»

Au reste, il n'est pas exclu que dans le champ analytique, le paradigme structuraliste ait pu générer dans ses excès une certaine mécanisation de l'être humain de sorte que J.-A Miller fut amené à dresser un véritable réquisitoire contre le risque de le concevoir tel un « homme-machine signifiant ⁴» : « notre structuralisme nous a-t-il rendus si mécaniciens que nous soyons maintenant disposés à admettre la forclusion d'un signifiant comme une donnée primordiale et inconditionnée, sans même plus apercevoir qu'elle est corrélative d'une décision de l'être, c'est-à-dire d'une position subjective ? ⁵». Dénonçant ce risque ou les excès

¹. *Ibid.*, p. 199.

². Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *op. cit.*, p. 79.

³. Maleval Jean.-Claude, Ottavi Laurent. « La tentation accentuée de mortification du sujet dans le discours de la psychiatrie », *Nervure*, Tome IV, n°7, octobre 1991, p. 45-52, p. 47.

⁴. Miller J.-A. « Sur la leçon des psychoses », *op. cit.*, p. 143.

⁵. *Idem*.

d'une telle réduction, il rappelait fermement que « la formule de la forclusion [...] est analytiquement impensable sans l'implication d'une position subjective ¹ » et par conséquent que la clinique analytique est une clinique du sujet.

2. Traitement de la subjectivité dans le discours psychopathologique scientifique

D'après Michel Foucault, quatre principes régissent la configuration primaire de la maladie conçue par la pensée médicale au XVIII^e siècle. A propos du quatrième, on peut lire : « la perturbation première est apportée avec et par le malade lui-même. A la pure essence nosologique, que fixe et épuise sans résidu sa place dans l'ordre des espèces, la malade ajoute, comme autant de perturbations, ses dispositions, son âge, son mode de vie, et toute une série d'évènements qui, par rapport au noyau essentiel, font figure d'accidents. Pour connaître la vérité du fait pathologique, le médecin doit abstraire le malade ² ». Pour argumenter son propos, Foucault cite Sydenham, le fondateur de la nosologie psychiatrique : « il faut que celui qui décrit une maladie ait soin de distinguer les symptômes qui l'accompagnent nécessairement et qui lui sont propres, de ceux qui ne sont qu'accidentels et fortuits, tels ceux qui dépendent du tempérament et de l'âge du malade ³ ». Autrement dit : « Paradoxalement, le patient n'est par rapport à ce dont il souffre qu'un fait extérieur ; la lecture médicale ne doit le prendre en considération que pour le mettre entre parenthèses ». Cette position d'exclusion du malade, à traduire dans nos termes contemporains d'exclusion du sujet, constitue la démarche scientifique, et ce particulièrement dans les sciences médicales. Cette position de la science à l'endroit du malade apparaît séculairement récurrente si bien que l'on peut légitimement se demander si elle ne lui est pas consubstantielle. Elle trouve ses partisans et défenseurs dans une littérature psychiatrique contemporaine aux prétentions expansionnistes et même impérialistes. L'étude d'un tel principe nécessiterait de procéder à une histoire des notions de malade et de sujet à laquelle nous ne procéder pas dans le cadre de notre présente recherche. Cependant, nous pouvons noter l'existence de différences majeures entre la pensée médicale du XVIII^e siècle et la psychiatrie contemporaine. Car si depuis la fin du dix-huitième siècle le malade en tant que sujet de la parole ou « parlêtre⁴ », est plus ou moins réduit au silence et emprisonné par le complexe grille nosologique-hypothèse étiologique, en revanche, les

¹. *Idem*.

². Foucault M. *La naissance de la clinique* [1962], Paris, PUF, 2005, p. 6.

³. Sydenham cité par Sauvages et repris par Foucault in *La naissance de la clinique, op. cit.*, p. 6.

⁴. Notion que Lacan forgea dans les années 70. On en trouve une occurrence dans « Joyce le symptôme » [1976] in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 573, p. 565.

manières de considérer le traitement différent. Et ce précisément en fonction de ces variations. De la fin du dix-huitième aux premières décennies du dix-neuvième, la libération de l'aliéné résultait non seulement de sa libération des fers qui l'emprisonnaient et le déshumanisaient, mais elle procédait surtout des premières expériences d'écoute, par le médecin, de la parole de l'aliéné conjuguées à des recommandations de prudence et d'attente vis à vis des médications: « administré trop tôt, dans une intention polémique, le remède contredit et brouille l'essence de la maladie, il l'empêche d'accéder à sa vraie nature, et en la rendant irrégulière, il la rend intraitable ¹ ». Il est évident que cette position apparentée à la médecine expectante hippocratique se situe aux antipodes de l'expérience de la folie telle qu'elle est promulguée par la psychiatrie contemporaine où l'enjeu serait au contraire d'empêcher le plus tôt possible l'éclosion de la maladie comme nous l'examinerons plus avant. Résumons : d'un côté le principe de laisser-aller la marche de la maladie selon son cours naturel sans trop de médication organique, principe soutenu par Pinel à la suite d'Hippocrate ; de l'autre, celui de proposer un traitement médicamenteux le plus tôt possible où la prescription est clairement abordée sur le versant préventif. Au-delà de cette temporalité du traitement médicamenteux, repérons deux principes thérapeutiques nettement imprégnés d'épistémès distinctes : d'un côté une médecine d'observation hippocratique, classificatrice et expectante, supposant que la maladie possède un cours ou une marche naturelle dont l'espace plat se situe dans un tableau, un classe, un genre et une espèce. De l'autre, une médecine expérimentale activiste nourrissant en son sein la ferme volonté de poser un pronostic et de prescrire la médication recommandée le plus précocement possible afin de faire avorter la maladie, réduite à un complexe tridimensionnel, dans son expression clinique. Entre les deux, participant aux origines de la méthode anatomo-clinique en psychiatrie, la thèse Bayle de 1822 sur la paralysie générale initie un discours dont Moreau de Tours se fera bruyamment l'écho allant à l'encontre des thèses que Pinel et Esquirol avaient promues jusque-là sur l'existence d'une certaine subjectivité à l'œuvre dans l'aliénation mentale. A cet égard, J.-C Maleval et L. Ottavi estiment que les premières manifestations de cette mortification du sujet dans le discours psychiatrique sont corrélatives de la découverte par Bayle de l'origine neurologique de la paralysie générale. Par mortification du sujet, les auteurs entendent « l'oblitération de la dimension du sens dont il est créateur, la négligence de sa dynamique originale, la contrainte abusive exercées sur l'espace de liberté qui lui est propre. ² » A partir de là, comme nous l'avons déjà souligné, certains aliénistes se sont crus autorisés à importer cette étiologie

¹. Foucault M. *La naissance de la clinique*, op. cit., p. 7.

². Maleval J.-C, Ottavi L. « La tentation accentuée de mortification du sujet... », op. cit., p. 45.

neurologique dans le champ psychiatrique. Et à faire de la paralysie générale, la figure matricielle et exemplaire de la pathologie mentale et, partant, d'entrer dans le cadre scientifique imposé par l'Ecole de Paris¹. Geste que Bayle lui-même aurait désavoué avec une certaine ambivalence si l'on en croit G. Lantéri-Laura.

L'une des lignes de partage majeures établies par M. Foucault dans son *Histoire de la folie* consiste précisément à reconnaître la portée novatrice du geste freudien. « C'est pourquoi il faut être juste avec Freud. Entre les 5 Psychanalyses et la soigneuse enquête sur les Médications psychologiques, il y a plus que l'épaisseur d'une découverte ; il y a la violence souveraine d'un retour. Janet énumérait les éléments d'un partage, dénombrait l'inventaire, annexait ici et là, conquérait peut être. Freud reprenait la folie au niveau de son langage, reconstituait un des éléments essentiels d'une expérience réduite au silence par le positivisme ; il n'ajoutait pas à la liste des traitements psychologiques de la folie une addition majeure ; il restituait dans la pensée médicale, la possibilité d'un dialogue avec la déraison. Ne nous étonnons pas que la plus psychologique des médications ait rencontré si vite son versant et ses confirmations organiques. Ce n'est point de psychologique qu'il s'agit dans la psychanalyse : mais précisément d'une expérience de la déraison que la psychologie dans le monde moderne a eu pour sens de masquer ² ». Foucault opère un partage entre la psychologie de Janet³ et la psychanalyse freudienne à partir de leur expérience respective de la folie. La situation contemporaine est dans un rapport analogue à celle décrite par Foucault au point que l'on puisse dire que sa différenciation est toujours pertinente. Au reste, c'est à Lacan que nous devons certaines des indications les plus essentielles pour le traitement analytique de la psychose.

La séparation foucauldienne du début du XX^e siècle préfigure celle contemporaine entre les 'sciences positivistes' spécialement le conglomerat des neurosciences et la clinique, particulièrement, celle psychanalytique. Dans la droite ligne de l'argumentation développée par J.-C Maleval et L. Ottavi, il y a tout lieu de penser que l'interaction multifactorielle proposée par le modèle de stress-vulnérabilité représente un des derniers avatars scientistes. Aussi, se laissant appréhender comme la convergence de la psychiatrie biologique, de l'approche neuro-développementale, de la génétique, de la neuropsychologie, et enfin des

¹. Cf *supra.*, p. 68.

². Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, op. cit., p. 428.

³. Il peut s'agir aussi bien de la psychologie pathologique que de la psychologie clinique, certains historiens faisant de Pierre Janet l'un de ses précurseurs. In Carroy Jacqueline, Ohayon Annick, Plas Régine. *Histoire de la psychologie en France. XIX^e-XX^e siècles*, Paris, La Découverte, 2005, p. 84.

recherches psychosociales, comportementales et cognitives, ils résultent de la conjonction de recherches auparavant séparées voire opposées, notamment la psychologie cognitive et le comportementalisme, afin de construire un modèle bio-psycho-social. Mais la volonté totalisante des modèles de vulnérabilité regroupant ces trois niveaux ne s'embarrasse pas de rigueur épistémologique de sorte que cette modélisation apparaît comme un conglomérat composite permettant de résoudre en apparence l'aporie relative « au reste insaisissable ¹» des autres approches. Ne s'arrêtant pas aux trois niveaux d'analyse communément admis par les tenants de ces modèles dans l'abord du trouble mental, nommément biologique, social, et psychologique, J.-C Maleval et L. Ottavi font valoir un quatrième niveau, « celui de la psychanalyse et du sujet de l'inconscient, qui est à distinguer nettement de celui de la psychologie ²». Il ne faut pas s'y tromper, le niveau psychologique correspond à ce qu'en promeuvent les psychologies cognitive et comportementale s'annexant ainsi, dans un mouvement réductionniste, le domaine psychologique pourtant beaucoup plus vaste. Bien qu'au demeurant jamais vraiment défini, une mise en perspective historique invite néanmoins à supposer que le facteur psychologique renvoie à la psychologie des facultés et de la conscience c'est à dire à la psychologie dite scientifique née en France à la fin du XIX^e siècle avec les travaux de Théodule Ribot, de Pierre Janet et d'Alfred Binet que viendront asseoir ceux d'Henri Piéron au début du XX^e³.

Pour J.-C Maleval et L. Ottavi la découverte freudienne « se soutient de sa portée heuristique ⁴» et, non pas, des seuls effets thérapeutiques de la pratique analytique. Considérant à la fin de sa vie que le délire « procède avec méthode », le fondateur de la psychanalyse avance qu'il recèle « un morceau de vérité historique ⁵», au sens de l'histoire subjective. A tenir compte de cette hypothèse « on renoncerait à la peine de persuader le malade de la folie de son délire et de la contradiction qui l'oppose à la réalité, et on baserait plutôt le travail thérapeutique sur le fait de reconnaître avec lui le noyau de vérité contenu dans son délire. Ce travail consisterait à débarrasser le morceau de vérité historique de ses déformations et de ses appuis sur la réalité actuelle et à la ramener au point du passé auquel il appartient [...] Je pense que de tels efforts déployés auprès de psychotiques apporteront beaucoup de connaissance, même s'ils ne sont pas couronnés de succès ⁶» anticipe Freud

¹. Maleval J-C, Ottavi L. « La tentation accentuée de mortification du sujet... », *op. cit.*, p. 46.

². *Ibid.*, p. 51.

³. Carroy J, Ohayon A, Plas R. *Histoire de la psychologie en France. XIX^e-XX^e siècles*, *op. cit.*

⁴. Maleval J-C, Ottavi L. « La tentation accentuée de mortification du sujet... », *op. cit.*, p. 47.

⁵. Freud S. « Constructions dans l'analyse » [1937], *op. cit.* p. 279.

⁶. *Ibid.*, p. 279-280.

relativement pessimiste. De telles lignes dénotent chez Freud la conviction qu'à la mesurer au cadre restreint et a-subjectif de la guérison médical, la psychanalyse est une thérapeutique inopérante chez les sujets psychotiques.

Les thérapies dites scientifiques ne sont pas sans effets de sorte que comme le souligne les auteurs, « l'argument pragmatique dans ce champ [clinique] est sans valeur [...]. Dans le domaine de la psychopathologie ; les techniques qui ont produit la preuve de leur efficacité s'avèrent innombrables : la bio-énergie, le cri primal, l'analyse transactionnelle, la Gestalt-thérapie ne sont peut-être guère inférieures aux précédentes sous ce rapport. ¹» De même É. Roudinesco a pu montrer que résidait là un des soubassements ou conditions d'existence de la médecine dite parallèle². Mieux, elle énonce la thèse selon laquelle plus la médecine officielle scientifique durcit ses positions plus la médecine parallèle se développe. Plus le psychisme est récusé et forclos du discours médical plus il revient sous différentes formes et nominations dans des pratiques plus ou moins parallèles voire sectaires. Aussi ces auteurs contestent sévèrement cette hyperscientificité en leur dénombrant quatre effets délétères : « Si nous récusons les thèses scientistes, c'est d'abord au nom d'un effort de réflexion qu'elles s'épargnent quand elles ne parviennent pas à concevoir le caractère limité de leur approche de l'humain. La mortification du sujet est corrélative d'une paresse de la pensée qui entraîne de lourdes conséquences éthiques, qui possède un rôle de frein à l'égard des études psychopathologiques, qui déshumanise les institutions psychiatriques en objectivant les patients, et qui sclérose la formation des différentes catégories de soignants. ³» Cela se vérifie malheureusement dans certains enseignements dispensés dans les cursus médicaux ou paramédicaux⁴ au point que certaines institutions psychiatriques ont entrepris de développer des formations pour les jeunes diplômés intégrant leurs services⁵. Poursuivant leur argumentation, J.-C Maleval et L. Ottavi avance avec raison que « la prise en considération du sujet de l'inconscient dans la pratique psychiatrique a pour conséquence première de ne pas occulter la dimension d'un sens imprévisible non seulement à l'égard du symptôme, mais aussi quant aux réponses des soignants. Le style de l'institution s'en trouve marqué de manière décisive. Certes la vérité inconsciente ne saurait se dire toute entière, c'est pourquoi il faut maintenir ouvertes les possibilités de l'interroger. Il s'ensuit nécessairement des

¹. Maleval J.-C, Ottavi L. « La tentation accentuée de mortification du sujet.... », *op. cit.*, p. 47.

². Roudinesco Élisabeth. *Le patient, le thérapeute et l'Etat*, Paris, Fayard, 2004.

³. Maleval J.-C, Ottavi L. « La tentation accentuée de mortification du sujet.... », *op. cit.*, p. 48.

⁴. J'ai pu m'en rendre compte notamment au sein des IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) où j'interviens.

⁵. Comme c'est le cas au sein du Centre hospitalier spécialisé dans lequel je travaille.

conséquences éthiques et politiques qui orientent vers la préservation de l'irréductible champ de liberté inhérent au sujet ¹» et qui concernent, de surcroît, ses choix à l'égard de la jouissance.

Il semble évident qu'un certain nombre d'enjeux œuvrant dans les paradigmes du déclenchement de la psychose et de l'apparition de la psychose sont radicalement différents et même hétérogènes, aussi bien dans leurs cadres nosologique et épistémologique qu'en ce qui concerne *l'éthique*. La *mortification du sujet* ne se produit-elle pas au nom d'un *bien-être* médicalement institué sur une normalisation induite centrée sur un idéal surmoïque et l'amour du prochain dont il nous faut ici donner la version lacanienne : « C'est un fait d'expérience – ce que je veux, c'est le bien des autres à l'image du bien. Ça ne vaut pas si cher. Ce que je veux, c'est le bien des autres, pourvu qu'il reste à l'image du mien. Je dirais plus, ça se dégrade si vite que ça devient -pourvu qu'il dépende de mon effort ²». Forçant à peine le trait, on pourrait retrouver dans ces termes quelques présupposés explicites dans le discours médical et implicites dans la perspective thérapeutique de la psychose naissante d'Henri Grivois.

¹. Maleval J.-C, Ottavi L. « La tentation accentuée de mortification du sujet... », *op. cit.*, p. 51.

². Lacan J. *Le séminaire VII. L'Éthique de la psychanalyse* [1959-1960], Paris, Le Seuil, 1986, p. 220.

III. Examen critique des notions de prévention et d'intervention précoce dans le paradigme de l'apparition de la psychose

Assurément, l'ère des neuroleptiques inaugurée en 1952 opère par ses développements les plus récents, une rupture sans précédent tant au niveau psychopathologique qu'au niveau thérapeutique. Néanmoins, le socle idéologique sur lequel elle repose trouve quelques linéaments dans les ères précédentes au point qu'à examiner ceux-ci et à en chercher trace dans les siècles antécédents, il nous faut reconnaître que la détection et la prévention de la psychose ont toujours possédé un certain intérêt dans le discours psychiatrique depuis sa naissance. Certes quelques figures majeures de l'ère classique s'imposent incontestablement tels B.-A. Morel et É. Toulouse, mais il serait erroné de croire que cette dimension préventive ne fut l'apanage que de quelques uns ou bien d'une époque datée, de sorte que nous voudrions faire valoir et développer dans les lignes suivantes, la thèse suivante, déjà partiellement avancée, notamment par J.-F. Reverzy¹ : dans ses fondements, la psychiatrie française moderne appelait de ses vœux la détection et la prévention de la folie manifeste. Au-delà des écoles doctrinales et des paradigmes historiques, la psychiatrie a nourri en son sein depuis sa naissance, ce vœu d'intervenir avant que ne s'exprime cliniquement les troubles psychopathologiques de la folie, au nom notamment, d'une corrélation supposée entre précocité du traitement et pronostic. Et rejoindre ainsi, sur le terrain de la validité et des outils scientifiques, son modèle plus ou moins proche, la médecine scientifique native de la méthode anatomo-clinique. Ses sources médicales remonteraient même à en croire J.-F. Reverzy à la médecine antique, affirmant que « les premières pratiques préventives d'hygiènes publiques se retrouvent dans les médecines dites 'archaïques' [Mésopotamie, Egypte] et surgissent avec les premières concentrations urbaines² ». Mais la prévention ne prend une valeur doctrinale « où prévaut l'action » « qu'avec l'école de Cos qui culmine avec les écrits hippocratiques [460-377 avant Jésus-Christ]³ ». Pour le Père de la médecine, dont l'on sait la place majeure qu'il occupe pour Pinel, « prévenir importe donc tout autant que guérir.⁴ »

¹. Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine et en psychiatrie en Occident », in *Soins Psychiatrie*, n°16, février 1982, p. 27-35, p. 29.

². *Ibid.*, p. 27.

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

L'approche bio-psycho-sociale¹ de l'entrée dans la psychose et sa thérapeutique « fondées sur des données probantes² » plus connue sous sa dénomination originale d'*Evidence Based Medicine*, tendent très fortement à l'instauration de programmes protocolaires préventifs, qui apparaissent comme l'aboutissement, en quelque sorte, de la logique à l'œuvre dans ce type de discours. Partant, les modèles contemporains de vulnérabilité à la psychose ont fortement remis au goût du jour, en reprenant l'élément majeur de la théorie hérédité-dégénérescence, le précepte de prévention et, partant, du dépistage d'une psychose potentielle et de l'intervention précoce. De tels modèles se situent donc, comme l'ont souligné R. Gori et M.-J. Del Volgo, à la confluence du modèle statistique de diagnostic incarné par le DSM et des pratiques idéologiques de la détection précoce³. *La pratique de l'intervention précoce*, expression que l'on trouve sous la plume de Robert Castel dès 1976⁴, désigne d'une part la détection précoce c'est à dire le repérage le plus tôt possible de sujets présentant les prodromes annonciateurs d'une éventuelle psychose clinique à venir, et, d'autre part l'intervention thérapeutique précoce devant empêcher précisément le développement clinique de la psychose. Si les fondateurs accordaient une certaine valeur au repérage de signes avant-coureurs de l'aliénation déclarée, leur traitement n'intervenait sur eux que de façon incidente. En effet, à cette époque avait également cours l'idée qu'il fallait laisser se dérouler la marche naturelle de la maladie. A l'opposé des principes pinelliens d'origine hippocratique consistant à laisser évoluer l'aliénation dans un environnement propice à sa résolution naturelle, les thérapeutiques depuis le milieu du XIX^e siècle eurent le souci grandissant d'une intervention toujours plus précoce malgré l'absence de corrélation avérée entre signe prodromique et psychose clinique jusqu'à ce que surgissent certaines dérives étatiques consacrant l'eugénisme comme méthode préventive mais aussi d'extermination au service d'une idéologie nazie ou fasciste.

Dans un contexte politico-économique contemporain, et même anthropologique, où l'industrie pharmaceutique et son lobbying, participe nettement à un certain démembrement de la psychiatrie et plus largement des sciences humaines, les thérapeutiques biologiques préventives tendent sans aucune justification clinique ni même épidémiologique à s'imposer.

¹. Lalonde P, Barabé P. « Le traitement contemporain de la schizophrénie », *op. cit.*, p. 580.

². *Idem*. Traduite en français par *médecine basée sur des preuves*.

³. Cf. Gori R, Del Volgo M.-J. *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, *op. cit.*

⁴. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, *op. cit.*, p. 76.

III-1. De la naissance de la psychiatrie au milieu du XX^e siècle.

1. A l'ère aliéniste

Il y a tout lieu de croire, d'après J.-F Reverzy, que c'est au cœur même des œuvres des Idéologues, des hygiénistes et des philanthropes où se mouvait l'héritage de l'Aufklärung, ou concept de la Raison, que « s'affirme, pour la première fois, une politique de prévention dont nous restons toujours tributaires. ¹» S'inscrivant dans un large mouvement médico-social corrélé notamment à l'utopie des Idéologues, la prévention affectera inévitablement le champ psychiatrique : « En jetant les bases de l'hygiène et de la santé publique, les médecins pourront de la sorte éclairer législateurs et souverains. La naissance de cette nosopolitique va se concrétiser autour de certains pôles précis : l'enfance et la famille [création des premières institutions pour enfants trouvés et handicapés sensoriels], l'aliénation mentale avec P. Pinel et V. Chiarugi, l'hygiène et la médecine légale au sens étroit du terme, enfin la lutte contre la misère et la réforme des hôpitaux. ²» Non seulement il s'agissait de médicaliser la folie mais aussi de prévenir tout désordre social liée à l'aliénation mentale : « Le concept de prévention, on le verra, portera cette espérance médicale d'inscrire son intervention à la fois avant la nécessité de la répression par la force publique, et avant que la famille ne se dessaisisse elle-même de son pouvoir. Cette même conception de la prévention disqualifiera aussi l'intervention de la justice [...] Ainsi tout le système basculera de la répression d'actes commis à l'anticipation d'actes à commettre, et de la réparation d'un désordre objectif à la prise en charge de structures subjectives en voie d'altération. ³» Elle procédait alors d'une certaine subjectivation de la folie.

1-1. Pinel : le précurseur d'une prévention en psychopathologie

Dans le contexte européen de la fondation de la psychiatrie moderne occidentale, les pratiques préventives développées en médecine prennent pour objet la folie. A cet égard, Pinel publia une recension du second volume de l'ouvrage d'Arnold, *Observations sur la nature,*

¹. Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine et en psychiatrie en Occident », *op. cit.*, p. 29.

². *Idem.*

³. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, *op. cit.*, p. 33.

*les espèces, les causes de la manie, avec les moyens de la prévenir*¹ [1786]. Aussi, dans la première édition de son *Traité*, Pinel invite à « pressentir l'approche des accès pour prévenir les accidents de l'explosion² ». En note, il écrit : « Je remarquerai que la décoction de chicorée, avec quelques gros de sulfate de magnésie, est très-efficace lors des signes précurseurs des accès, et que cette boisson réitérée peut quelquefois les prévenir. ³ » Dans son refus des thérapeutiques physiques traditionnelles qualifiées d'inhumaines et, au surplus, très souvent mortelles, Pinel fait preuve d'un optimisme hippocratique en encourageant la prescription de plantes : « J'ai fait remarquer, en parlant des accès de la manie périodique, qu'ils sont pour la plupart précédés d'une sorte de constipation et d'une sensibilité extrême du conduit intestinal, en sorte que si on donne à temps une boisson abondante d'une décoction de chicorée avec quelque sel purgatif, on ramène la liberté du ventre et on fait disparaître tous les avant-coureurs d'une explosion prochaine. ⁴ » Toutefois, Pinel considérait que le repérage de préludes à l'accès maniaque impliquait parfois d'intervenir en recourant « à des moyens coercitifs ⁵ ». On en déduit que Pinel pratiquait les médications préventives lorsque étaient repérés des signes prodromiques.

2-1. Esquirol

Sans conteste, le traitement moral possédait en lui-même, dès ses fondements, une dimension préventive. En août 1803, Esquirol rapporte l'observation d'un jeune homme hospitalisé en prévention d'un troisième accès de manie. Sans entrer dans le détail de celle-ci, précisons que le jeune homme présente quelques symptômes qui font craindre un nouvel accès maniaque. Alors que celui-ci semble s'annoncer, Esquirol par « des paroles douces et consolantes » tout d'abord, puis, poursuit-il, par « un langage énergique pour ébranler fortement son imagination, exciter son courage abattu, et rappeler sa confiance » réussit à empêcher ce nouvel accès. Car « n'est-ce pas ici un accès de manie avorté ? ⁶ » demande-t-il.

Deux plus tard, dans sa thèse, Esquirol préconisait, sur le modèle de la médecine traditionnelle repérant et traitant les prodromes, d'intervenir médicalement sur les signes

¹. Pinel a écrit une recension du livre d'Arnold *Observations sur la nature, les espèces, les causes de la manie, avec les moyens de la prévenir*, in *Gazette de la santé*, n°5, 1787, p. 17-18. Réédité in Postel J. *Genèse de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 174-176.

². Pinel P. *TMP 1* [1800], *op. cit.*, p. 43.

³. *Idem*.

⁴. Pinel P. *TMP 2* [1809], *op. cit.*, p. 266.

⁵. Pinel P. *TMP 1* [1800], *op. cit.*, p. 236-237.

⁶. Esquirol E. « Observations sur l'application du traitement moral de la manie, par M. Esquirol ; médecin d'une maison de traitement d'aliénés, située vis-à-vis la Salpêtrière », in *Journal Général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie*, t.17, Août 1803. Repris in *Des passions*, *op. cit.*, p. 4.

prédictifs de l'aliénation mentale et, ce faisant, soutenait l'idée de la présence de signes prodromiques dès l'enfance : « Si les scophules, la phtisie pulmonaire, la goutte, les engorgements abdominaux, peuvent être annoncés par un habile observateur, pourquoi, à des signes sensibles, ne prédirait-on pas l'aliénation, et ne prescrirait-on pas des moyens propres à la prévenir ? Presque tous les aliénés confiés à mes soins avaient offert quelques irrégularités dans leurs fonctions, dans leurs facultés intellectuelles, dans leurs affections, long-temps avant d'être malades, souvent dès la première enfance ; irrégularités qui avaient échappé à leurs parents, mais desquelles je les ai fait souvenir, en les questionnant sur l'état antérieur de celui pour lequel j'étais consulté. Les uns avaient été d'un orgueil excessif ; les autres très-colères, ceux-ci souvent tristes ; ceux-là d'une gaieté ridicule ; quelques autres, d'une application opiniâtre à ce qu'ils entreprenaient, mais sans fixité ; plusieurs, vétilleux, minutieux, craintifs, timides, irrésolus ; presque tous avaient eu une grande activité des facultés intellectuelles et morales, qui avait redoublé d'énergie quelque temps avant l'accès ; la plupart avaient eu des maux de nerfs [...] ¹» A l'évidence, la clinique médicale dans ses prérogatives préventives fait figure de modèle pour Esquirol, l'important sans réticence dans le champ psychopathologique.

2. De l'ère classique à la Biocratie des années 1930

2-1. J.-P Falret

Ainsi que l'affirme en 1843, J.-P Falret, « il est peu de maladies qui aient une *incubation* plus insidieuse et plus lente que l'aliénation mentale, comme en même temps il en est peu qu'on puisse traiter plus efficacement quand on est assez habile pour en démêler les signes avant-coureurs [...] ²» de sorte que « le moment le plus opportun pour traiter l'aliénation mentale, c'est assurément la période d'incubation ³». Quelques années plus tard, dans sa neuvième leçon [1850-1851], Falret réaffirme sa position : « il n'est peut-être pas de maladie naissante qu'on puisse faire le plus souvent avorter que l'aliénation mentale, quand on a saisi les symptômes précurseurs, chez des personnes dociles aux conseils de l'expérience. C'est assez dire combien il importe de fixer son attention sur les prodromes de la folie. Malheureusement il faut l'avouer, le médecin est rarement consulté à cette période de

¹. Esquirol E. *Des passions considérées comme...*, op. cit., p. 28-29.

². Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], op. cit., p. 37-38.

³. *Ibid.*, p. 72.

la maladie, et d'ailleurs il n'y a guère que les médecins spécialistes qui soient capables d'apprécier la valeur des anomalies mentales qu'on pourrait leur faire connaître, alors que la folie n'est encore qu'imminente.¹» Car, comme il le souligne lui-même, « il est [...] nécessaire d'avoir une grande expérience de pareilles situations pour interpréter convenablement les phénomènes observés, pour ne pas méconnaître la valeur des signes inquiétants, et pour ne pas exagérer la signification de quelques anomalies sans portée.²» Falret n'est pas sans sous-estimer les erreurs possibles dans le repérage clinique et le pronostic qui en dérive. Mais, ainsi qu'il le note, « malheureusement, les signes avant-coureurs de cette grave maladie sont souvent méconnus, et souvent encore, quand les soupçons et les craintes ont été pénétrés dans les esprits, on a le tort de ne pas adopter une ligne de conduite vigilante ferme et persévérante. On laisse les germes du mal faire des progrès, et lorsque enfin la folie éclate, on exhale sa peine en regrets superflus. Mais, dira-t-on, dans l'ignorance et l'incertitude du résultat final des phénomènes insolites qu'on observe, faut-il traiter comme un malade quelqu'un qui peut n'offrir que de bizarreries transitoires d'humeur et de caractère ? Et pourquoi pas ? Puisque ce traitement consiste surtout en précautions hygiéniques, en influences morales de même ordre que celles qu'emploie l'homme judicieux en matière d'éducation, quel *inconvenient* peut-on trouver à l'employer, Qu'il s'agisse d'erreurs ou de vices naissants, ou bien de prodromes d'une maladie mentale, ne sont-ce pas toujours des désordres à surveiller, à prévenir ? Ainsi, point d'excuses pour la négligence. Du moment qu'on a conçu le soupçon d'incubation de la folie, le premier soin doit s'appliquer à découvrir les causes, le second à les éloigner³».

Aussi, « il est donc bien important, quand apparaissent les signes avant-coureurs de l'aliénation mentale, de rechercher s'il n'y a pas quelque habitude ou quelque accident de la vie physique qui réclame une attention spéciale [...] nous voulons parler des erreurs et des écarts d'hygiène, qui exercent une influence malheureuse sur la production de la folie, comme cause primitive ou auxiliaire. De ce nombre sont les excès de vin, de liqueurs, de café, de thé, de tabac prisé ou fumé, les veilles, les insomnies, l'abus des plaisirs sexuels, le jeu, enfin les habitudes de désordre et de dissipation de toute espèce. Il est urgent de modérer de pareils écarts et d'y mettre un terme, ils précipiteraient l'invasion de l'aliénation mentale⁴» Dans ce sens, poursuit-il, « il ne suffit pas d'une direction morale, vigilante et éclairée ; la sobriété, la

¹. Falret J.-P. « Marche des maladies mentales », *op. cit.*, p. 308

². *Idem.*

³. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales », *op. cit.*, [1843], p. 72-73.

⁴. *Ibid.*, p. 77.

tempérance, un exercice physique qui dispose au sommeil, sont parmi les premiers besoins des malades durant les prodromes de la maladie ¹» En nommant *direction morale*, la pratique qu'il recommande, Falret père donne à lire explicitement le type de relation médecin-patient qu'elle induit. Sans doute accentuée et formalise-t-il, certaines indications présentes à l'état parcellaire chez les fondateurs, Esquirol notamment, et plus décisivement chez Leuret.

Une mise en perspective historique indique clairement que la question énoncée par Falret à propos des prodromes, *faut-il traiter ?* est toujours d'actualité dans le champ de la psychiatrie. La simple référence au titre d'une publication relativement récente « Prodromes : faut-il traiter ou non ? ² » atteste de son existence contemporaine. Il convient de souligner que l'éventualité d'un traitement, la question de sa mise en place trouve déjà chez Falret une réponse positive, celui-ci alléguant différemment les regrets tardifs superflus et les traitements préventifs sinon inoffensifs du moins sans *inconvenients*. Certes, la légitimité clinique de traiter ces signes avant-coureurs n'est pas établie, mais l'enjeu et la nature du traitement l'autorisent d'après Falret. Sur ce second point, il est peu dire que l'arsenal des traitements s'est bien modifié surtout depuis 1952 et la mise sur le marché des premiers neuroleptiques. Nous verrons plus avant quels autres arguments sont déployés par les tenants de la prévention médicamenteuse.

Autant invite fortement à traiter par *prudence* les prodromes tout en reconnaissant que de tels signes ne permettent nullement un pronostic assuré, autant, relativisant précisément la valeur pronostic des signes avant-coureurs, il n'enjoint nullement à interner le sujet : « Si les signes n'étaient pas trop souvent équivoques jusqu'au moment où le délire a éclaté, nous ne balancerions pas à nous prononcer pour l'affirmative ; mais dans l'incertitude, il est à peine proposable de conduire dans une maison d'aliénés une personne qui n'est pas reconnue folle et qui peut même ne pas le devenir, tandis qu'il n'y a aucun inconvénient à la traiter [...] à combattre les idées fixes, à réprimer les vices et tous les écarts d'hygiène. Le seul isolement qu'on puisse conseiller sans crainte, jusqu'à l'explosion du délire, c'est celui des personnes et des choses qu'on sait exercer une fâcheuse influence sur le malade. ³ »

Plusieurs remarques méritent être formulées concernant l'argumentation de Falret en faveur d'un traitement des prodromes. Outre sa pointe moralisatrice, elle possède quelques

¹. *Idem*.

². McGorry PD. « Prodromes faut-il traiter ou non ? », in *L'Encéphale*, Sp I, p. 7-11, 2001.

³. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 77.

incohérences. Comment Falret peut-il avancer que l'aliénation est l'une des maladies dont l'on soigne le mieux l'invasion alors qu'il reconnaît lui-même le peu de valeur pronostic des prodromes ? Comment Falret peut-il écrire que seuls les médecins formés et expérimentés sont capables de repérer des signes avant-coureurs alors que la corrélation de ceux-ci est la moins assurée ?

Il appert de ces lignes que la volonté d'amener la psychiatrie dans le giron de la médecine dite scientifique a pu produire quelques aberrations méthodologiques, cliniques et thérapeutiques. Ainsi dans le cadre d'intervention précoce, Falret accrédite le positionnement de maître ou d'avocat de la réalité visant à ébranler les convictions naissantes du sujet : « dans les prodromes d'une folie ambitieuse, une logique forte, et, selon les caractères, un langage caustique, ironique, opposés à la chimère sont susceptibles d'impressionner le monomane et de servir à son rétablissement ¹» Par l'ironie qu'il préconise, Falret rejoint à nouveau Leuret et sa méthode persuasive où l'ironie, et non pas l'humour, est une arme du *maître*².

2-2. B.-A Morel (1809-1873) : doctrine de la dégénérescence, prophylaxie et hygiénisme

A partir du milieu XIX^{ième} siècle, l'aliénisme fut l'objet de sévères critiques dans ses trois composantes, respectivement dans « son monument législatif avec le début des campagnes contre les internements arbitraires, son bastion asilaire avec l'ouverture du débat sur 'les différentes manières de traiter les aliénés', son fondement théorique avec la critique des symptomatologies par une orientation organo-génétique inspirés des travaux de Morel sur la dégénérescence.³» Dès lors, une nouvelle ère de la psychiatrie pouvait s'ouvrir. Bien qu'il serait historiquement erroné d'oublier ou même de minimiser le rôle majeur joué par J.-P Falret dans ce changement de paradigme, son texte de 1854 étant à cet égard exemplaire, le nouveau discours psychiatrique des années 1850-1860 s'institue de manière prépondérante sur la doctrine de la dégénérescence⁴. On ne sera d'ailleurs guère étonné d'apprendre que Morel qui fut l'élève de Falret, voyait en « ce savant médecin, dit-il, mon premier maître en aliénation, et devenu depuis mon meilleur ami.⁵ »

¹. Falret J.-P. « Considérations générales sur les maladies mentales » [1843], *op. cit.*, p. 75.

². Cf *supra.*, p. 479, p. 485, et p.490.

³. Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, *op. cit.*, p. 233.

⁴. Egalement appelée théorie de l'hérédité-dégénérescence. In Carroy J, Ohayon A, Plas R. *Histoire de la psychologie en France. XIX^e -XX^e siècles*, *op. cit.*,

⁵. Morel B.-A. *Traité des dégénérescences*, *op. cit.*, p. XI.

Incontestablement, Morel voulut « rattacher, plus fortement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, l'aliénation mentale à la médecine générale ¹ ». De surcroît, il insuffla à la notion médicale de dégénérescence un sens chrétien mêlant ainsi discours scientifique et dogme religieux, confluents tout deux au discours positiviste. En effet, d'après F. Bing, le terme de dégénérescence « apparaît en français au XIV^e siècle, avec le sens latin de 'perdre les qualités de sa race', il prend rapidement un sens médical précis. Pour Laennec, il s'agit d'une 'transformation pathologique d'un tissu'. Pour Lamarck ou Buffon, il s'agit d'une 'déviations naturelle de l'espèce'. Morel en fera, quant à lui, une 'déviations maladie de l'espèce', idée qui implique bien le concept de transformation, mais non de type darwinien, lié aux processus adaptatifs de l'évolution entraînant l'homme vers des formes nouvelles. Il s'agit, poursuit-il, pour Morel d'une transformation pathologique survenant sur l'homme parfait, tel que Dieu l'a créé au commencement des temps. La cause première de ce processus inéluctable étant, bien entendu le péché originel. ² » En ce sens, Morel rapporte l'événement inaugural de la dégénérescence humaine à sa « chute originelle ³ », qui en plaçant l'homme dans des conditions nouvelles et spéciales d'existence ont généré chez lui ces déviations pathologiques. Il ne manquait à Morel qu'à postuler l'existence de mécanismes de transmission héréditaire de la folie « dont la nature se réserve le secret ⁴ » pour parfaire son discours scientifique. Alors qu'il croyait éclairer la transmission des dégénérescences il la renvoie à l'obscur de la nature.

De sa nouvelle méthode nosographique basée sur les causes dégénératives, Morel dégagea non seulement une classification novatrice mais il en déduisit l'importance des traitements préventifs de sorte que le fondateur de la doctrine de la dégénérescence doit être considéré à maints égards comme un des principaux instigateurs de la prévention, au sens moderne du terme, dans le champ psychopathologique. Elle dérive des recherches qu'il développa sur les causes dégénératives du type primitif de l'espèce humaine qui l'amènèrent à promouvoir, certes les bienfaits du traitement curatif, mais surtout ceux de la prophylaxie et de l'hygiène mentale. En effet, Morel avança que les maladies mentales, et notamment les folies héréditaires, pouvaient être traitées selon deux modalités thérapeutiques, l'une curative consistant à soigner grâce aux traitements physique et moral la maladie dans son expression psychopathologique, l'autre préventive trouvant à se justifier « dans la prophylaxie et l'hygiène

¹. *Ibid.*, p. XII.

². Bing F. « Folie et guérison, éléments d'histoire », *op. cit.*, p. 133.

³. Morel B.-A. *Traité des dégénérescences*, *op. cit.*, p. 4.

⁴. *Ibid.*, p. 518.

qui président aux mariages régénérateurs ou dans l'application d'une pédagogie spéciale ¹». Et ce d'autant, affirme Bing, que « la dégénérescence porte en elle un remède efficace, puisqu'elle aboutit 'naturellement' à la stérilité au bout de quelques générations. Le rôle du médecin se limitera à aider la nature, en tentant de limiter les effets des causes prédisposantes par des règles d'hygiène, et d'enrayer la progression dégénérative par des conseils eugéniques ²». Ce que confirme les propos suivants de Morel lorsqu'il avance que le dégénéré « devient non-seulement incapable de former dans l'humanité la chaîne de transmissibilité d'un progrès, mais il est encore l'obstacle le plus grand à ce progrès, par son contact avec la partie saine de la population. La durée de son existence enfin est limitée comme celle de toutes les *monstruosités*. ³»

A l'évidence, les traitements curatifs qu'il décrit ne présentent guère d'originalité. Bien qu'elle conserve le nom même de traitement moral, la thérapeutique promue par Morel est une version dégradée du traitement moral des fondateurs, selon Castel⁴. A son encontre, la dimension préventive apparaît comme relativement inédite par ses fondements et son ampleur. Il s'agit dans cette perspective d'intervenir aussi bien chez les ascendants du malade potentiel que d'intervenir auprès de la famille, de l'entourage, de l'instituteur ou professeur d'un enfant ou d'un jeune présentant quelques potentialités à devenir un *aliéné*. Et à F. Bing d'affirmer qu'« en déplaçant la problématique de la maladie mentale sur le terrain de l'hérédité, la théorie de la dégénérescence allait déplacer la problématique du traitement individuel sur celui de la prévention, de sorte que les ouvrages se multiplient autour des intitulés d'eugénisme, de prophylaxie, d'hygiène voire de dressage des jeunes dégénérés. ⁵» A ce propos, notons que Morel définit la prophylaxie comme « la science qui a pour but de combattre les causes des maladies et de prévenir leurs effets. [...] Ajoutons que la prophylaxie qui se confond du reste dans beaucoup de cas avec les prescriptions de l'hygiène physique et morale, nous ouvre une perspective des plus consolantes pour tout ce qui regarde l'amélioration de l'espèce.⁶ » Cette seconde modalité préventive, présidant fortement à la rédaction du *Traité des maladies mentales* de 1860, pourra être exercée aussi bien selon la

¹. *Ibid.*, p. 589.

². Bing F. « Folie et guérison, éléments d'histoire », *op. cit.*, p. 134-135.

³. Morel B.-A. *Traité des dégénérescences*, *op. cit.*, p. 6. Le terme de monstruosité est souligné par nous. Il est démonstratif de la position de Morel à concevoir l'aliénation comme une déviation malade de la nature, et de là l'aliéné comme un monstre.

⁴. Castel R. *L'ordre psychiatrique*, *op. cit.*, p. 283.

⁵. Bing F. « Folie et guérison, éléments d'histoire », *op. cit.*, p. 135.

⁶. Morel B.-A. *Traité des dégénérescences*, *op. cit.*, p. 690.

« prophylaxie défensive ¹» par l'intermédiaire de laquelle la société se protège d'individus dangereux, elle équivaut alors à la sécurité publique, que selon la « prophylaxie préservatrice », celle-ci visant à « les armer pour ainsi dire contre eux-mêmes afin d'atténuer le nombre de récidive. ²» Néanmoins, et sans entrer dans le détail, mentionnons que « la moralisation des aliénés ³» sera différente de « la moralisation des prisonniers ⁴». Mais, comme le souligne Castel, « si la société toute entière est ainsi l'horizon d'une intervention préventive, ce sont biens évidemment ses lignes de faiblesse, les foyers de désordre et de misère, qui sont en priorité visés ⁵» de sorte qu'elle sera électivement appliquée lors des moments majeurs de l'existence, des mariages, de la scolarisation, débouchant même dans ses visées sur des pratiques ségrégatives de lieux pouvant apparaître comme une cause dégénérative.

Ainsi Morel encourageait les premières applications d'un programme progressiste de source divine tendant à l'amélioration de l'homme, que Magnan essaiera de laïciser, avant qu'il ne réapparaisse partiellement sous les espèces de la *biocratie* d'Édouard Toulouse.

Les mariages

Au regard de ses conclusions, le promoteur de la doctrine de la dégénérescence estime qu'un des moyens propres à prévenir l'aliénation mentale consiste à éviter certains mariages à *risque*. A cet égard, Calmeil que cite abondamment Morel, tient une position très ferme de prudence sur les mariages pouvant potentiellement engendrer une descendance d'aliénés. Quant à lui, Morel estime que dans les cas de mariages d'individus nés de parents aliénés « peuvent naître des enfants et d'autres préservés. ⁶». En conséquence, lorsqu'il est consulté pour un avis, Morel est plutôt favorable à leur contraction, excepté dans les cas de folie à évolution progressive où il s'y oppose fortement. Dans les cas de mariage entre individus déjà aliénés, sans que la folie ait existé dans leur ascendance, Morel s'avère être plutôt favorable à leur contraction dans la mesure où ils peuvent rompre la chaîne de la transmission de la dégénérescence. Toutefois, les soins d'hygiène et de prophylaxie devront être assurés aux descendants. Ainsi, écrit-il : « Dans les familles où existent des prédispositions

¹. *Ibid.*, p. 691.

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. Castel R. *L'ordre psychiatrique, op. cit.*, p. 280.

⁶. Morel B.A. *Traité des maladies mentales*, Paris, Masson, 1860, p. 637.

compromettantes pour les ascendants, les mariages peuvent introduire un sang nouveau de bonne nature, et conséquemment régénérateur. L'hérédité suit alors ce que j'appelle une marche ascendante dans le sens d'une modification ou rénovation heureuse du principe héréditaire chez les enfants issus de ces mariages. Leur avenir est sauvegardé, et celui de leurs enfants peut être amélioré. Mais pour obtenir ces résultats favorables, il faut que l'hygiène et la prophylaxie interviennent de manière intelligente dans l'évolution des phénomènes subséquents. Lorsqu'il en est ainsi, les individus, comme je l'ai constaté en maintes occasions, tendent à remonter vers un type meilleur et leurs descendants sont soustraits aux influences fatales qui pesaient sur leurs ascendants. ¹»

De manière générale, lorsque les conjoints ont quelques liens de consanguinité, leur mariage doit être proscrit. Au reste, Morel constate que « les médecins sont plus souvent consultés, à propos des conséquences malheureuses des mariages chez les individus qui ont transmis à leurs enfants de mauvaises conditions héréditaires, que sur l'opportunité de ces mariages. ²» Présentes dès le milieu du XIX^e, Morel citant d'ailleurs l'ouvrage de Francis Devay *Traité spécial d'hygiène des familles, particulièrement dans ses rapports avec le mariage au physique et au moral et les maladies héréditaires*³ paru en 1858, de telles préoccupations deviendront de véritables pratiques eugéniques dans « certains états [qui] iront dans les décennies futures jusqu'à l'interdiction du mariage, voire jusqu'à la stérilisation. ⁴»

L'éducation : préventive et spéciale

Appelée à connaître des développements majeurs durant les premières décennies du siècle suivant, l'éducation spéciale et plus largement le domaine de l'enfance en difficulté furent privilégiées dès les années 1860 par le courant de la médecine sociale. « C'est ainsi qu'à l'instigation de Seguin s'est ouverte dès le milieu du XIX^e siècle, à l'hospice de Bicêtre, une 'école spéciale' pour les idiots qui constituera une sorte de laboratoire où se sont forgés les premiers outils de la psycho-pédagogie. ⁵»

¹. *Ibid.*, p. 515.

². *Idem.*

³. Devay Francis. *Traité spécial des familles, particulièrement ses rapports avec le mariage au physique et au moral et les maladies héréditaires*, 1858.

⁴. Bing François. « La théorie de la dégénérescence », *op. cit.*, p. 223-238, p. 238.

⁵. Castel R. *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, *op. cit.*, p. 56.

Dans ce sens, Morel se réfère abondamment, dans son *Traité* de 1860, aux conseils que Calmeil a pu adresser aux instituteurs sur les conduites à tenir avec les enfants *à risque*. Il en dégagera la nécessité d'« une éducation spéciale ¹» dont nous verrons plus avant les développements dans les années 1930 et qui aboutira notamment à la création en 1925, dans le cadre de l'Hôpital Henri Rousselle créé et dirigé depuis 1922 par Édouard Toulouse, de la Clinique annexe de neuropsychiatrie infantile dirigée par Georges Heuyer [1884-1977]².

La ségrégation

Ainsi que le souligne Reverzy, « lutter contre la propagation des dégénérescences va donc être l'objectif de l'eugénisme dont la première mesure sera la ségrégation des dégénérés. » Loin de reconduire dans ses visées thérapeutiques l'isolement du sujet prôné par les instigateurs du traitement moral, les applications thérapeutiques de la doctrine de la dégénérescence chercheront autant à soigner les aliénés en les séparant du milieu pathogène ou de la cause occasionnelle à l'origine de leurs troubles qu'à protéger la société des transmissions possibles de la folie qu'ils pourraient perpétuer. Et comme le note Reverzy, cette pratique ségrégative « cherchera de nouvelles formules notamment dans le champ de l'enfance avec la création des colonies familiales et agricoles [reprenant ainsi le vieux projet de Villermé] ³»

Le traitement moral

Fortement dénaturé par F. Leuret, puis par J.-P Falret, dans le sens d'une thérapie par la persuasion, Morel dénatura lui aussi profondément le traitement moral des pionniers devenant dans sa doctrine une moralisation des masses. A l'évidence, la dimension psychique que pouvait posséder le terme de *moral* en son sens premier disparut pour laisser place à une dimension religieuse : « Le traitement moral qui n'est que l'application des devoirs imposés par la loi morale, divine, fixe, et immuable n'est pas une chose nouvelle. ⁴». Le discours médical apparaît alors comme un savoir et une méthode efficace dans cette perspective progressiste : « Sans doute, la loi morale n'est pas une chose nouvelle mais l'exposé clair et

¹. Morel B.-A. *Traité des maladies mentales*, op. cit., p. 647.

². Carroy J, Ohayon A, Plas R. *Histoire de la psychologie en France. XIX^e -XX^e siècles*, op. cit., p. 242.

³. Reverzy J.F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine et en psychiatrie en Occident », op. cit., p. 30. René-Louis Villermé qui participa, rappelons-le, à la création en 1829 des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*.

⁴. Morel B.-A. *Traité des dégénérescences physiques*, op. cit., p. 685.

méthodique, fait au point de vue médical, de toutes les questions qui ont trait à l'amélioration intellectuelles et physique des masses, autrement dit, à leur *moralisation*, est une science encore tout nouvelle. ¹» Bien qu'il admette que « traitement moral et traitement physique se complètent » dans le champ de l'aliénation mentale, Morel affirme, à l'encontre de Leuret, que « la folie ne se discute pas elle se traite ²»

Une préfiguration de la biocratie de Toulouse

La doctrine de la dégénérescence dont l'une des conditions de possibilité pour son émergence au milieu du XIX^{ième} siècle fut sans doute le courant positiviste initié par A. Comte dans les 1830, participa ensuite à son essor dans le champ de la psychopathologie. Morel adhéra à l'idéologie positiviste promouvant un modèle médical scientifique de la folie ce qu'atteste la première phrase de l'introduction débute par ces mots : « *Le Traité des maladies mentales* est une œuvre spécialement destinée aux médecins non aliénistes. ³ » On peut y voir deux raisons qui en réalité se rejoignent.

Première raison. Si Morel adresse son message à l'attention de la « jeunesse médicale à laquelle je dédie spécialement ce livre ⁴», précise-t-il, c'est qu'il l'investit d'un rôle qui préfigure sensiblement le discours biocratique d'Édouard Toulouse. « J'ai traversé, pour ce qui me regarde, cet âge heureux où le cœur de l'homme déborde d'espérance, mais je puis affirmer que ma foi en l'amélioration des destinées futures de l'humanité n'a pas faibli, et je crois que toutes les forces de mon âme à l'intervention heureuse, et je dirai même nécessaire, que les médecins sont appelés à exercer sur ces mêmes destinées. ⁵»

La seconde raison est congruente à la première dans la mesure où c'est précisément cette jeunesse médicale, ces médecins non aliénistes qui « sont les premiers appelés à soigner dans le sein des familles. ⁶». En outre, écrit-il, « je ne dois pas oublier qu'un ouvrage destiné aux médecins praticiens autres que ceux qui dirigent les asiles d'aliénés, doit contenir des indications précises, tout en ne négligeant point le côté général et philosophique des questions. Ceci est d'autant plus important qu'au début de la maladie nerveuse ce sont les médecins

¹ *Ibid.*, p. 686.

² Morel B.A. *Traité des maladies mentales*, *op. cit.*, p. 611. Note 1.

³ *Ibid.*, p. I.

⁴ Morel B.-A. *Traité des dégénérescences physiques*, *op. cit.*, p. XVI.

⁵ *Ibid.*, p. XVI.

⁶ Morel B.A. *Traité des maladies mentales*, *op. cit.*, p. IX.

ordinaires des familles qui sont consultés, à l'exclusion des spécialistes. ¹» Morel s'adresse donc aux médecins, que l'on appellerait de nos jours généralistes, afin de les instruire et de les former à cette clinique et à sa thérapeutique. Aussi, écrit-il, « je crois que l'étude des causes dégénératives et leur traitement est une des plus importantes, des plus utiles, des plus fécondes qui puissent occuper l'esprit d'un médecin, et qu'il est du devoir de chacun de concourir dans la mesure de ses forces à empêcher la généralisation des maux que j'ai signalés, et à se rattacher au programme parfaitement défini dans les termes suivants : Amélioration intellectuelle, physique et morale de l'homme, ou si l'on préfère, sa Régénération. ²» Soulignons qu'au regard de cette démarche, le consensus contemporain de formation des généralistes à la prévention et à la détection du premier épisode psychotique perd de son originalité. Toutefois, pour les tenants de la prophylaxie et de l'hygiénisme contemporains, le nombre de psychiatres praticiens, tendant constamment à diminuer depuis quelques années accroît la nécessité de sa mise en œuvre par les généralistes. De sorte que se réalisera peut-être le souhait de Morel, qui en 1860, annonçait que ses «vœux seront atteints du jour où je verrai grossir le nombre des médecins dont les efforts auront pour but l'AMELIORATION intellectuelle, physique et morale de l'espèce humaine. ³» L'histoire a montré à maintes reprises certaines des conséquences dramatiques de cette logique de l'amélioration de l'espèce humaine où gît en son fond et prêt à surgir, le pire de l'homme.

2-3. É. Toulouse [1865-1947] : la Biocratie et la prophylaxie en psychopathologie

Attesté depuis 1793, le terme de prophylaxie est défini dans *Le nouveau petit Robert*, comme une « méthode visant à protéger contre une maladie, à prévenir une maladie ⁴». Synonyme de prévention, le terme de prophylaxie renvoie dans le champ psychopathologique au contexte précis de la doctrine de la dégénérescence et, plus directement encore, au mouvement hygiéniste initié par Édouard Toulouse dans les années 1920-1930. Entre ces deux phases du mouvement, « l'impact des grandes découvertes microbiologiques de la fin du XIX^e siècle va bouleverser le paysage de l'hygiène sociale et lui permettre d'étendre le champ de ses projets : l'œuvre de Pasteur, comme celle de Koch ou de Neisser, vont faire surgir la notion de prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses qui servira désormais de

¹. *Ibid.*, p. 607.

². Morel B.-A. *Traité des dégénérescences*, *op. cit.*, p. 693.

³. *Ibid.*, p. XIX.

⁴. *Le Nouveau Petit Robert*. Article, *Prophylaxie*, *op. cit.* L'adjectif prophylactique est plus ancien puisque attesté depuis 1537.

référence tant au niveau de l'asepsie, que de la vaccination et des mesures générales de salubrité.¹» De sorte que « le fléau social va trouver son agent causal et permettre la technicisation des pratiques préventives²» qui donneront naissance aux dispensaires antituberculeux inaugurés pour le premier d'entre eux en 1901 à Lille³. « C'est aussi, rappelons-le, une époque de mutation dans l'organisation de l'appareil de production industrielle, avec l'introduction de techniques rationnelles de rentabilisation du comportement [Taylorisme ou Stakhanovisme] et l'ébauche de la société programmée, utopie seconde des sociétés industrielles. Le fléau social est donc tributaire des carences sociales, d'un manque d'organisation et de surveillance de l'individu dans son existence biologique. Il convient donc de développer les appareils de contrôle qui visent surtout à prévenir la transmission héréditaire de la tare biologique, ce qui rejoint les vieilles théories eugéniques qui connaissent alors un regain de vigueur.⁴»

C'est dans ce contexte de révolution industrielle et scientifique que Toulouse définit les objectifs de sa prophylaxie : « Comme dans le domaine physique l'hygiène mentale a d'abord pour objet des moyens propres à éviter les maladies nerveuses et les psychoses. Sont-elles évitables ? Elle le sont certainement, autant que les autres⁵». De manière élective, et « au moment où, dans la suite de Pasteur, les programmes de santé publique [vaccinations, déclarations obligatoires des maladies contagieuses, mise en œuvre d'un dépistage et d'une surveillance des tuberculeux] se multiplient⁶», la tuberculose et la syphilis sont les deux infections qui lui servent de modèle dans le champ de la prévention psychiatrique. A cet égard, remarquons que P. Mâle affirme que la syphilis est non seulement la « cause prépondérante, pour ne pas dire exclusive de la paralysie générale⁷» mais estime également qu'il y a en règle générale une part importante de « l'héredo-syphilis dans les troubles mentaux ».

Porté par ce contexte favorable, Toulouse « ouvre, à Sainte-Anne, un centre de soins et de recherches –l'hôpital Henri-Rousselle-, autour duquel s'articulent un service social et un

1. Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine... », *op. cit.*, p. 31.

2. *Idem.*

3. Rappelons-nous que nos actuels *Centre médico-psychologique* succédèrent il n'y a pas si longtemps que cela aux fameux *Dispensaires d'hygiène publique*.

4. Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine ... », *op. cit.*, p. 32.

5. Toulouse É. « La Conduite de la vie », in *La prophylaxie mentale*, n°17, 1^{er} juin 1929, p. 3-9, p. 3

6. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 88-89.

7. Mâle Pierre. « La syphilis et les troubles mentaux », *La prophylaxie mentale*, n°17, 1^{er} juin 1929, p. 13-18, p. 13.

réseau de dispensaires d'hygiène mentale construits sur le modèle des dispensaires anti-tuberculeux. ¹». Si les analyses de Reverzy corroborent celles de Hochmann sur ce point, elles ouvrent par ailleurs des perspectives plus larges s'appliquant à la psychiatrie infantile : « L'organisation de la lutte antituberculeuse qui prendra volontiers des allures de croisade pendant l'entre-deux guerre servira de modèle aux autres domaines de la médecine sociale, en particulier, à la psychiatrie générale, puis à la psychiatrie de l'enfant. ²» Que Toulouse considère en partie la syphilis et la tuberculose comme « la sanction cruelle d'une mauvaise discipline ³» laissait présager l'orientation disciplinaire, moralisatrice et hygiéniste des pratiques préventives dont la charge revient à la puissance étatique. : « Partisan d'une politique interventionniste de l'État, il fait de la santé un devoir du citoyen, et de la prophylaxie une véritable morale républicaine. Avec les instruments psychotechniques qu'il a mis au point dans son laboratoire, il veut dépister les inégalités biologiques et les corriger par des traitements adaptés et par solidarité. S'il compte sur une rationalisation de la procréation, une éducation sexuelle et une lutte contre les maladies vénériennes pour limiter l'incidence des maladies mentales, s'il préconise une veille aux frontières pour contrôler les immigrants anormaux, il reconnaît que nos 'connaissances en matière d'hérédité ne sont pas assez sûres pour légitimer la réclamation d'aucune loi tendant à limiter l'union de certains malades.' ⁴» L'on saisit alors les fondements rénovateurs de son nouvel État : « Ainsi la conduite des peuples, de l'humanité toute entière, ne sera organisée rationnellement que lorsqu'on aura réalisé un État où le gouvernement des personnes sera basé sur les sciences de la vie, c'est à dire une *Biocratie*. ⁵». Disciple d'Auguste Comte, à qui il emprunte le terme même de biocratie⁶, Toulouse se montre également dans sa pensée, le disciple de « Saint-Simon et des premiers technocrates, bien que sa référence soit plus biologique que sociologique. ⁷». Dès 1905, il fonde avec André Antheaume la revue *L'Hygiène mentale*.

En vue de réaliser son idéal positiviste, et conforté « par un important mouvement qui se développe sous l'influence de Clifford Beers, de William James et d'Adolph Meyer ⁸», à partir des années 1910 aux Etats-Unis, Toulouse crée avec Georges Génil-Perrin le *Comité*

¹. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 89.

². Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention... », op. cit., p. 31.

³. Toulouse É. « La Conduite de la vie », op. cit., p. 3-4.

⁴. Huteau M. *La biocratie d'Edouard Toulouse*, Paris, L'Harmattan, 2002. Cité par Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 90-91.

⁵. Toulouse É. « La Conduite de la vie », op. cit. p. 9.

⁶. Carroy J, Ohayon A, Plas R. *Histoire de la psychologie en France. XIX^e-XX^e siècles*, op. cit., p. 179.

⁷. Ohayon A. *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre (1919-1969)*, op. cit., p. 27.

⁸. Ohayon A. « Les médecins hygiénistes français face à la politique raciale allemande. 1933-1939. », in *L'Évolution psychiatrique*, 66, 2001, p. 348-356, p. 350. Selon l'auteur Clifford Beers, « journaliste n'avait aucune compétence en psychiatrie, si ce n'est qu'il sortait d'un asile où il avait été interné pendant deux ans. » (note 3, p. 350)

*français d'hygiène mentale*¹. Lui succédera la *Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale* dont Toulouse dirigea également l'organe officiel², la revue *La prophylaxie mentale*. Elle avait pour rédacteur en chef Génil-Perrin, l'un des promoteurs de la doctrine constitutionnaliste. Au regard de notre recherche, deux publications nous intéressent particulièrement.

D'une part celle que Badonnel, médecin assistant à l'Hôpital Henri-Rousselle, a consacrée aux formes insidieuses d'entrée dans la psychose : « Souvent l'entourage qualifie le changement de l'humeur et du caractère, d'« originalité » ou de « maniaquerie » les premiers symptômes par lesquels se manifeste un état morbide. Le médecin est rarement consulté à ce stade d'apparition de la psychose, et ce n'est, en général, que par l'interrogatoire qu'il peut ultérieurement le reconstituer. Or, de même que pour toute affection, le succès du traitement n'est-il pas compromis du fait qu'il est institué plus tardivement ? C'est pourquoi nous croyons qu'il y a un intérêt à connaître ces petits signes par lesquels la maladie manifeste son éclosion. ³» Clairement congruents avec la tradition psychiatrique, ces propos reprennent le précepte ou *axiome de médecine mentale* selon les termes de Moreau de Tours⁴ sur la corrélation supposée entre la vitesse de la mise en place d'un traitement médical et la qualité du pronostic.

Et d'autre part, celle de Courtois sur les liens entre l'âge du sujet et son entrée dans la psychose. Il affirme l'utilité des recherches épidémiologiques en matière d'entrée dans la psychose. « Il est bon que chacun sache à quel âge chaque psychose s'observe avec le maximum de fréquence pour mieux l'éviter par une hygiène préventive et un traitement prophylactique efficaces. Au même titre que les affections dites physiques les maladies sont curables ; de plus beaucoup sont évitables et la connaissance de la période habituelle de la vie où elles surviennent le plus fréquemment apparaît comme un élément de la prophylaxie ⁵». Là aussi, les pathologies mentales sont traitées sur le modèle des pathologies organiques. On comprend alors pourquoi l'auteur argue en faveur d'examen préventifs tout au long de l'existence : « Que chacun retienne donc la nécessité de l'examen préventif pour éviter autant qu'il se peut les affections qui guettent chacun de nous à tous les âges de la vie. C'est la pratique d'un examen préventif périodique qui permettra à la médecine et à la psychiatrie d'acquiescer pleinement le rôle prophylactique le plus efficace pour l'individu et le plus utile pour la collectivité. La connaissance de l'âge, où pour chacun, telle affection devient plus

¹. *Ibid.*, p. 351. Le Comité d'hygiène mentale américain fut fondé en 1909.

². Fondée notamment par Édouard Toulouse, elle fut reconnue d'utilité publique en 1922.

³. Badonnel. « Les maladies mentales à début insidieux », *La prophylaxie mentale*, n°17, 1^{er} juin 1929, p. 10-12, p. 10.

⁴. Cf *surpa*, p. 479.

⁵. Courtois. « Le début des psychoses et l'âge », *La prophylaxie mentale*, 1930, p. 184-190, p. 184.

redoutable aidera à fixer pour ces examens périodiques les dates les plus favorables. ¹» D'ailleurs, pour son fondateur Édouard Toulouse, l'hôpital Henri Rousselle où devait être réalisés ces examens, était « conçu comme un hôpital de médecine générale, s'opposant à la vieille formule de l'asile. ²». Dans ce cadre, poursuit-il, « je me suis efforcé d'abord de faire porter le plus possible l'examen du malade sur le terrain objectif et biologique. Car une des causes qui ont retardé la psychiatrie c'est qu'elle s'est trop longtemps cantonnée dans des problèmes purement cliniques, où une psychopathologie de simple observation jouait le rôle essentiel. Pour réagir contre cette tradition étroite, j'ai été amené à créer des laboratoires qui peuvent donner aux examens mentaux une base biologique : chimie et chimie physique, sérologie, bactériologie, hématologie, psychologie et psychotechnique, anatomie pathologique. ³» Ils préfiguraient sans doute, dans l'esprit tout du moins, les examens actuels des recherches neuroscientifiques.

Plaidant en faveur de l'examen des enfants présentant des convulsions, Courtois voit un autre intérêt dans celui-ci car « c'est pendant l'enfance, en effet, à l'âge scolaire, lors des premiers contacts avec les autres que se manifestent les caractéristiques des tendances fondamentales de l'individu. On y voit les meneurs et les passifs, les hypomaniaques et les tristes, les orgueilleux, les irritables ou ceux qui s'isolent dans la lecture loin des jeux bruyants, qui payeront lors de l'adolescence le plus lourd tribut à la démence précoce ; les méticuleux toujours insatisfaits que guettent les états anxieux à l'âge adulte ; les pervers, menteurs, voleurs, fugueurs, méchants avec les animaux, avec les camarades plus faibles qui fourniront plus tard le groupe dangereux des assassins, des égorgeurs et qui bien souvent, bien avant vingt ans, auront maille à partir avec les tribunaux. ⁴» Aussi estime-t-il que « beaucoup de ces enfants pourraient être ramenés à la vie normale par une hygiène mentale et des soins physiques souvent élémentaires. Mais il n'y a en France aucun centre organisé pour étudier cette question de l'enfance capitale pour la vie de la nation. ⁵» On saisit mieux l'importance accordée à cette question de l'enfance lorsque l'auteur la relie directement à la nation. On pourrait formuler la démarche prophylactique en œuvre dans ces lignes comme suit : une nation forte et saine nécessite une population infantile en bonne santé. Le patriotisme implique dès lors que la question de l'enfance soit traitée par des réponses institutionnelles

¹. *Idem*.

². Toulouse É. « Les hôpitaux psychiatriques, biopsychiatrie et biopsychologie », *La prophylaxie mentale*, mai-juin 1931, p. 369-380, p. 369-370.

³. *Idem*.

⁴. Courtois. « Le début des psychoses et l'âge », *op. cit.*, p. 185-186.

⁵. *Ibid.*, p. 186.

tant curatives que préventives. D'après Courtois, Toulouse avait souhaité dès cette époque l'ouverture d'un service pour enfants au sein même de l'hôpital Henri-Rousselle, composé lui-même de services d'hospitalisation et d'un dispensaire d'hygiène mentale ouvert sur l'extérieur pour des prises en charge ambulatoires¹. C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'ouvrira, sous l'égide de Georges Heuyer, le premier Centre médico-psycho-pédagogique. A ce propos, notons qu'aussi paradoxal que cela puisse paraître, Toulouse participa, par l'intermédiaire justement de G. Heuyer à l'implantation et aux développements institutionnels de la psychanalyse lorsque celui-ci engagea notamment, au début des années 1920, Eugénie Sokolnicka, Sophie Morgenstern, Françoise Marette future Dolto, Jenny Aubry et Pierre Mâle².

2-4. *Dérives eugéniques des années 1930-40*

Impulsée par le mouvement social et la doctrine de l'hérédité-dégénérescence, *l'Eugénique*, que Toulouse définira en 1929 comme « la science de la bonne procréation ³», a dans ses prolongements les plus dramatiques conduit au pire de l'humanité. Bien que la France connût elle aussi certaines dérives, Alexis Carrel étant l'une de ses figures majeures, « les conceptions eugéniques vont faire fortune dans les pays où se développent une idéologie de perfectionnement racial tel que l'Allemagne national-socialiste.⁴» Aussi, l'Eugénisme et l'idéologie du perfectionnement participeront à l'émergence des « tribunaux de l'hérédité, en Allemagne, en 1933, chargés de dépister les dégénérés afin de les isoler dans un premier temps, puis de les stériliser et enfin de les envoyer dans les camps de concentration. ⁵» D'après Hochmann, « dans les pays anglo-saxons, les idées eugéniques lancées par Galton, à la fin du XIX^e siècle, se mêlent à une lecture déformée de l'œuvre de Darwin, pour condamner, au nom de la nécessité de la sélection naturelle, tous les programmes d'aide sociale qui protègent les inaptes, et pour préconiser des haras humains. ⁶»

¹. Créée et dirigée par Toulouse depuis 1922 au sein de Sainte-Anne ouvert depuis 1867. Toulouse assumera par ailleurs la fonction de directeur de la revue *La prophylaxie mentale* pendant toute sa période d'existence de 1925 à 1936.

². Ohayon A. *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre (1919-1969)*, op. cit., p. 180-181.

³. Toulouse É. « La Conduite de la vie », op. cit., p. 8

⁴. Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention... », op. cit., p. 32.

⁵. Bing F. « Folie et guérison, éléments d'histoire », op. cit., p. 134-135.

⁶. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 90.

En France, « la circulaire Ruquart que promulgue le gouvernement du Front populaire, va officialiser le rôle de la prévention ¹» en consacrant le dispensaire d'Hygiène mentale comme « pivot de cette action préventive en l'intégrant aux offices publics d'hygiène sociale (OPHS).² » Bien qu'il faudra attendre le décret du 20 mai 1955 sur le financement étatique de ces dispensaires et partant leur réelle ouverture, on peut constater que cette circulaire de 1937 reconduit le précepte ou *axiome de médecine mentale*, afin de justifier là aussi l'institutionnalisation de la prévention : « Jusqu'à nos jours, la lutte pour la prophylaxie mentale est restée sur un plan intérieur, par rapport aux moyens engagés pour combattre les autres fléaux sociaux. Or, les maladies mentales soignées précocement sont aussi curables que les maladies physiques et la prophylaxie leur est applicable au même titre, avec les mêmes possibilités de résultats positifs.³ ».

III-2. Prévention de la psychose : information, détection et intervention précoce dans la psychiatrie contemporaine

Depuis quelques décennies, la prévention s'est développée selon plusieurs niveaux dans les programmes d'action préventive que ce soit en médecine⁴ ou en psychiatrie. Mieux, la prévention dans le champ psychiatrique reproduit foncièrement celle émanant du champ médical inaugurée par des actions préventives contre la tuberculose : « Ainsi peut se dégager dans l'après-guerre un modèle type des actions préventives strictement décalqué sur le modèle de la conception pathogénique de la tuberculose et que l'on appliquera à la psychiatrie [modèle d'abord défini par l'OMS et qui est repris par la circulaire du 16 mars 1972] : ' La prévention primaire concerne l'action à entreprendre pour prévenir l'apparition des troubles. La prévention secondaire, le dépistage et la lutte contre les maladies mentales avant l'apparition des troubles. La prévention tertiaire vise, grâce aux effets du traitement, à limiter les séquelles et les incapacités consécutives à la maladie.' ⁵». De toute évidence, et nous le montrerons, la prévention secondaire s'est fortement diffusée dans le champ psychiatrique.

¹. Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention... », *op. cit.*, p. 32.

². *Idem*.

³. Ruquart. Circulaire du 13 octobre 1937. Cité par Reverzy J.F. In « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine et en psychiatrie en Occident », *op. cit.*, p. 32.

⁴. G. Pommier évoque la « croyance organiciste » à l'oeuvre dans le cas américain du minimal brain damage [atteinte minimale du cerveau] où l'on soigne par médication, au nom d'une supposée lésion du cerveau pourtant encore non prouvée. In *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 363.

⁵. Circulaire du 16 mars 1972. Citée In Reverzy J.F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine et en psychiatrie en Occident », *op. cit.*, p. 34.

Une telle propagation s'avère dépendante de la montée de modèles expérimentaux neuroscientifiques et hypernormatifs pressentie par Reverzy qui se demandait de manière presque prémonitoire : « Le combat pour la prévention en psychiatrie et en médecine ne risque-t-il pas d'être aujourd'hui surdéterminé par les modèles informaticiens de l'automatisation, du feed-back et de la programmation ? » De sorte que « la psychiatrie et la notion de Santé mentale vont de la sorte se trouver englobées et dépassées par l'utopie technologique de Skinner et Watson, qui proposent, grâce au conditionnement opérant et à l'éducation programmée, 'un contrôle total' du comportement humain. [...] La prévention se mue donc en programmation. ¹»

L'introduction, la diffusion massive et enfin la relative hégémonie actuelle des modèles de vulnérabilité ont eut pour corollaire une subordination toujours plus accentuée du discours psychiatrique au discours médical de sorte que, comme le constate Gori, « les facteurs de risque de développer des troubles mentaux proviennent davantage de la période des naissances, des 'lésions cérébrales de type hémorragique ischémique', de 'l'exposition à certaines virus durant la grossesse', des 'carences nutritionnelles ou 'd'exposition à des substances psychoactives', des variations géographiques' et 'génétiques' que des facteurs de risque psychoaffectifs des mères durant la grossesse. ²»

Certaines hypothèses ont amené nombre de chercheurs à développer une pratique préventive où convergent détection précoce et intervention précoce. Elles semblent en effet indissociables : « De nos jours, cette question [de la détection précoce de la psychose] se pose essentiellement du point de vue de la décision de mise en route d'un traitement par des molécules dites antipsychotiques ³ ». Il est même des auteurs pour écrire que « tout retard de prise en charge adaptée pourrait, rétrospectivement, être considéré comme une absence fautive de soins adaptés. ⁴» Un tel essor de la prévention de la psychose clinique est contemporain du développement, hors les murs des institutions psychiatriques, de centres spécialisés dans la détection et l'intervention précoces. De nombreuses initiatives existent à travers le monde : en Belgique, au Canada, aux Etats-Unis, en Hollande, en Grande-Bretagne, en Australie où fut ouvert vraisemblablement l'un des tous premiers centres l'EPPIC, [Early Psychosis Prevention and Intervention Center] situé à Melbourne. Mais aussi en Suisse où a

¹. *Ibid.*, p. 35.

². Gori Roland. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *op. cit.*, p. 161. Les propos cités par R. Gori se trouvent in : Expertise collective sur les « Troubles mentaux, dépistage, et prévention chez l'enfant et l'adolescent », 2002.

³. Garrabé J. « Voies d'entrées dans la schizophrénie » in *Synapse*, mars 2001, n°174, p. 57.

⁴. Puig-Vergès N, Schweitzer M.-G. « Détection précoce des psychoses et élimination des faux positifs dans les troubles de l'adolescence » in *Annales médico-psychologiques*, 159, 2001, p. 302-306, p. 304.

été inauguré un dispositif sanitaire spécialisé composé de centres regroupant des unités ambulatoires spécialisées dans la reconnaissance précoce et dans le dépistage des premiers signes de troubles psychotiques ainsi que des unités hospitalières spécialisées¹. En France, en 2003, Vidon et Canet ne recensaient qu'une seule équipe spécialisée dans la banlieue parisienne, à Plaisir, désignée par l'acronyme ERIC [Equipe Rapide d'Intervention et de Crise]². Toutefois, au moins deux Consultations de dépistage de la psychose furent ouverte en région parisienne, au centre Corot dans le 16^{ième} arrondissement de février 1997 à décembre 1998 et aux espaces Santé jeunes des communes de Vanves et d'Issy-les-Moulineaux à partir de décembre 2000. Toutes deux dépendantes d'un secteur psychiatrique parisien.³

1. Information et dépistage

Une des procédures de la détection et de l'intervention précoce réside dans des démarches informatives : « Les actions d'informations sur la schizophrénie entreprises auprès de la population générale, des acteurs de santé et en milieu scolaire contribuent à déstigmatiser la maladie et à faciliter le dépistage précoce et l'accès aux soins⁴». De même, Élisabeth Lines, responsable d'une étude canadienne relative au domaine des interventions précoces de la psychose, estime que « pour réduire, par exemple, la durée de la psychose non traitée, la collectivité dans son ensemble, y compris les professionnels qui travaillent auprès du public [comme les enseignants et les médecins de famille], devra participer activement au dépistage précoce des jeunes ayant des symptômes psychotiques. Elle devra aussi faciliter le rétablissement des jeunes atteints de psychoses.⁵» De tels propos peuvent légitimement être inscrits dans la tradition médicale hygiéniste initiée par Morel et développée par Toulouse.

Beaufils rapporte qu'en Norvège, dans le secteur pilote de Rogaland, a été lancé un programme de sensibilisation du grand public [presse, cinéma, radio] consistant en la

¹. Neury D.J.B, Merlo M.C.G, « Reconnaissance et traitement de la psychose débutante » in *L'information psychiatrique*, n°3, mars 2001, p. 255-258.

². Vidon G, Canet E. « Quelles sont les structures de soins les mieux adaptées pour la prise en charge des schizophrénies débutantes ? », in *Conférence de consensus 23 et 24 janvier 2003, op. cit.*, p. 231-244.

³. Germain. C, Petitjean. F. « Schizophrénies débutantes : formes à début insidieux, prodromes. Mise en place de consultations de dépistage précoce », in *Annales médico-psychologiques*, 162, 2004, p. 483-487.

⁴. Dervaux Alain. « Prodromes de la schizophrénie : dépistage et traitement préventif sont-ils possibles ? », *Perspective Psy*, vol 41, n°5, décembre 2002, p. 406-410, p. 410.

⁵. Lines Élisabeth. « L'intervention durant les premiers stades de la psychose », février 2000, p. 15. Texte rédigé dans le cadre d'une initiative nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'ACSM. Disponible sur le site internet www.cmha.ca.

formation de certains professionnels, infirmières, éducateurs, médecins généralistes à l'aide de vidéo, brochures, séminaires. Selon l'auteur, les premiers résultats sont particulièrement intéressants « le délai moyen d'accès aux soins [DUP] est nettement plus court [114 contre 17 semaines] ¹ ». Cependant, il convient de se demander ce que cette réduction du délai apporte aux sujets concernés, tant du point de vue de la qualité de leur accompagnement actuel que de leur évolution. Il n'est pas sûr que les critères hygiénistes sur lesquels reposent de tels programmes soient véritablement congruents avec le vécu de chacun des sujets concernés. L'auteur fait également mention d'une autre initiative, en Angleterre cette fois-ci, dans le comté de Buckingham, et consistant dans la mise en place d'un programme de formation des généralistes qui travailleront ensuite en collaboration avec des équipes mobiles dédiées à la détection et à la prise en charge précoce de la schizophrénie. Un tel programme aurait « permis de diminuer l'incidence de la schizophrénie de 7,4 à 0,75 cas pour 100 000 habitants ² » Etant donné que ces chiffres ne sont nullement mis en perspective diachronique, détachés de l'évolution même de la schizophrénie dont l'on sait avec R. Kahn que son évolution est indépendante d'un traitement ou de son absence, il convient de tempérer leur valeur argumentaire³.

2. La détection précoce de la psychose : les prodromes

Les recherches actuelles sur les prodromes visant à la détection de sujets dits à risque ou vulnérables à la psychose encouragent la pratique du dépistage grâce notamment à l'éducation des professionnelles de la santé et à l'éducation de la population nationale. Toutefois, le bien-fondé sémiologique de tels dépistages reste à venir en ce sens que la valeur pronostic des prodromes décrits restent à prouver. Il va sans dire qu'une telle prédiction reste inefficace dans le cas des manifestations prémorbides. Bien plus, la notion même de prodrome nécessite d'être interrogée. Car, si l'on « tente de plus en plus d'identifier les cas potentiels de psychose au stade prodromique dans le but de prévenir ou de retarder le déclenchement de la maladie, et d'en réduire l'impact. [...] l'une des difficultés principales réside dans l'élaboration

¹. Beaufils B. « Traitement des premières manifestations psychotiques », in *Annales médico-psychologiques*, 159, 2001, p. 307-311, p. 308.

². *Ibid.*, p. 309.

³. Kahn R in « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? », D'après les communications des Prs P. McGorry et R. Kahn, in *Journal de Nervure*, 16, 4, 2003, p. 13.

opérationnelle suffisamment concise du concept de prodrome ¹». El Khazen et al se font l'écho de perspectives divergentes estimant qu'il serait plus approprié de parler, citant Eaton et al, de « signes et symptômes précurseurs ²» ou selon McGorry d'« état de risque mental ³» à développer une psychose en ce qu'ils indiquent un risque d'expression clinique et non une certitude. Aussi, peut-on schématiquement percevoir deux points de vue : d'une part ceux qui considèrent l'existence de prodromes ou d'une période prodromique avant l'entrée dans la psychose et d'autre part ceux, tel Yung et al, qui sont enclins à les intégrer dans l'épisode psychotique lui-même.

Les premiers estiment que la phase prodromique est composée de troubles non spécifiques d'allure thymique ou 'névrotique' auxquels succèdent des symptômes psychotiques atténués et/ou intermittents rapporte Beaufile⁴. Il signale également que Chapman diverge de cette approche, en considérant que « les symptômes non spécifiques sont secondaires [et réactionnels] à des manifestations subjectives précoces et relativement spécifiques [troubles de l'attention, des perceptions, du langage, de la motricité, phénomènes de blocage..] ⁵» Etant donné que le sujet se trouve dans un état particulier où les troubles ne sont pas pathognomoniques, certains auteurs ont préféré faire valoir la notion traditionnelle de période prodromique, tel McGorry. Dans cette perspective, la période prodromique apparaît comme une phase intermédiaire de la chronologie allant de la phase prémorbide à l'épisode psychotique. D'après Lines et conformément à sa définition séculaire « le terme 'prodrome' désigne la période qui précède l'apparition des symptômes psychotiques, mais qu'on ne détecte souvent qu'après le déclenchement de la maladie. Avec du recul, la plupart des personnes qui ont traversé un épisode psychotique peuvent en reconnaître les signes ou symptômes avant-coureurs. Au nombre de ces signes, on compte la méfiance, la dépression, l'anxiété, la tension, l'irritabilité, les sautes d'humeur, la colère, les troubles du sommeil, le changement d'appétit, le manque d'énergie ou de motivation, les problèmes de mémoire, les perceptions déformées, la détérioration des habitudes de travail ou scolaires, l'isolement social et les croyances inhabituelles ⁶». On peut lire dans la continuité, « il est parfois difficile d'interpréter les signes associés au prodrome et de les distinguer des états transitoires qui accompagnent un grand nombre de situations quotidiennes, d'étapes développementales,

1. Lines É. « *L'intervention durant les premiers stades de la psychose* », *op. cit.*, p. 2.

2. Cités par EL Khazen. C, Chauchot. F, Canceil.O, Krebs. M.-O, Baylé. F.-J. « Les symptômes prodromiques de la schizophrénie », in *L'Encéphale*, XXIX, 2003, p. 469-477, p. 476.

3. *Idem*.

4. Beaufile B. « Traitement des premières manifestations psychotiques », *op. cit.*, p. 308.

5. *Idem*.

6. Lines E. « *L'intervention durant les premiers stades de la psychose* », *op. cit.* p. 4.

d'affections ou d'autres états ¹». Tout comme Pinel et Esquirol qui le notaient déjà, des recherches récentes montrent que rétroactivement certains troubles préexistaient dans l'enfance et/ou l'adolescence à la psychose clinique. Ainsi celles de El Khazen et al qui précisent que « les principales études sur ce sujet notent que près de la moitié des futurs patients schizophrènes présentent des troubles du comportement et de l'adaptation 10 années avant la première hospitalisation ²». Plus précisément, « les symptômes de type négatif tendent à s'exprimer en premier, 2 à 6 ans avant la première admission, en moyenne 4,6 ans. Les symptômes non spécifiques, de type pseudo-névrotique comme l'anxiété, l'agitation et la dépression apparaissent aussi relativement tôt. En revanche, les symptômes de type positif sont plus tardifs, en moyenne deux ans avant l'admission. ³» De plus, l'amplitude de durée de la période prodromique va de un à deux ans.

Grivois et Grosso rapporte dans leur ouvrage sur *La schizophrénie débutante* les neuf signes prodromiques les plus fréquemment repérés dans les études portant sur le premier épisode psychotique, reprenant là les travaux de Jung et McGorry. Par ordre de fréquence :

1. Concentration et attention réduites
2. Pulsions et motivations réduites, anergie
3. Humeur dépressive
4. trouble du sommeil
5. Anxiété
6. Retrait social
7. Méfiance
8. Détérioration du fonctionnement social
9. Irritabilité

Source : Yung et McGorry⁴

Les auteurs présentent un autre tableau : *Symptômes et signes observés dans la période prodromique de la schizophrénie. Synthèse de la littérature.*

¹. *Idem.*

². El Khazen. C et al. « Les symptômes prodromiques de la schizophrénie », *op. cit.*, p. 470.

³. *Ibid.*, p. 471.

⁴. Yung AR, Mc Gorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis : past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*, 1996, 22 : 353-70. Rapporté par Grivois et Grosso in *La schizophrénie débutante, op. cit.*, p. 152.

Symptômes 'neurotiques'	Symptômes d'ordre thymique	Modifications du comportement
Anxiété	Dépression	Altérations* du fonctionnement social
Inquiétude	Anhédonie	Repli social
Instabilité	Sentiment de culpabilité	Impulsivité
Colère	Idées de suicide	Comportement bizarre
Irritabilité	Oscillations d'humeur	Agressivité
Modifications cognitives physiques	Modifications de la volonté	Symptômes
Troubles attentionnels	Apathie	Plaintes somatiques
Baisse de la concentration	Perte de l'élan vital	Perte de poids
Préoccupations	Ennui	Perte d'appétit
Rêveries diurnes	Perte d'intérêt	Trouble du sommeil
Barrage idéique	Fatigue	
Difficulté d'abstraction	Perte d'énergie	
	Autres symptômes	
Manifestations obsessionnelles compulsives	Modification de la psychomotricité	Modifications de la conscience
Phénomènes dissociatifs	Troubles du langage	Méfiance
Sensitivité exacerbée	Troubles de la perception	Modification de l'affectivité

* Baisse du rendement scolaire, professionnel, ou autres. Adapté d'après Yung et McGorry¹

¹. Yung AR, Mc Gorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis : past and current conceptualizations. Schizophr Bull, 1996, 22 : 353-70. Rapporté par Grivois et Grosso in la schizophrénie débutante, *op. cit.*, p. 153.

Deux remarques s'imposent. Premièrement que toutes ces démarches de dépistage des prodromes se rapportent à un cadre clinique précis et donc limité, celui de la forme insidieuse de l'entrée dans la psychose et spécialement celle de la schizophrénie. D'où une portée limitative des résultats qu'elles semblent valider. Deuxièmement, elles reposent sur des études rétroactives laissant intacts les déterminants du passage à la psychose clinique. De surcroît, de nombreux travaux montrent l'écart entre la valeur supposée prédictive de certains signes et leur valeur réelle de pronostic et de diagnostic. Aussi paradoxal que cela puisse paraître au regard des études menées, un large consensus s'établit autour de la non-spécificité des prodromes. Dans ce sens, Neury affirme que « les signes de la psychose débutante [symptômes prodromiques] sont aspécifiques ¹», ce que confirmaient tout récemment Delamillieure et al². En outre, El Khazen notent avec Yung et al d'une part et Docherty et al d'autre part que « les symptômes prodromiques font référence à l'expérience vécue du sujet et donc à sa subjectivité et à son jugement. Or les descriptions syndromiques, telles qu'elles sont proposées dans les classifications actuelles [DSM surtout], reposent sur de descriptions de comportement. ³» De sorte que la liste des neuf manifestations prodromiques présente dans le DSM III, a été retirée dès le DSIII-R⁴. De même, dans la CIM-10, la période prodromique a été tout simplement supprimée étant donné que les auteurs de l'ouvrage réfutent l'existence de prodromes spécifiques permettant de poser un diagnostic sûr. Mais également, au regard de la littérature afférente à ce sujet, les auteurs estiment qu'il n'existe pas de symptômes invariablement prédictifs de l'entrée dans la psychose, des patients pouvant présenter des prodromes et ne pas entrer dans la psychose clinique, ces sujets étant alors qualifiés de « faux positifs ».

De surcroît, la reprise de la notion de prodrome porte à confusion. En effet, attesté depuis le quinzième siècle, le terme de prodrome provient initialement du champ médical. Dans son article de 1842, Chomel nous apprend que les « phénomènes qui signalent cet état de transition de la santé à la maladie sont désignés tour à tour sous les noms de prodromes, de préludes, de phénomènes précurseurs ou de signes avant-coureurs. ⁵» A noter que l'on trouve

¹. Neury D.J.B, Merlo. M.C.G. « *Reconnaissance et traitement de la psychose débutante* », *op. cit.*, p. 256.

². Delamillieure. P, Couleau. M, Dolfus. S. « *Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques* », *op. cit.*, p. 80.

³. El Khazen. C, et al. « *Les symptômes prodromiques de la schizophrénie* », *op. cit.*, p. 470.

⁴. Azorin J.-M. « *Comment peut-on caractériser les signes prodromiques des schizophrénies ?* », in *Conférence de consensus*, *op. cit.*, p. 51-60.

⁵. Chomel. Article « *Prodrome* », in *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique par MM. Adelon, Béclard, Béclard et al*, 2^{ème} éd, tome 26, Paris, Béchét Jeune, 1842.

plusieurs occurrences de ces trois dernières désignations dans les textes des fondateurs Pinel et Esquirol. L'auteur ajoute que « la connaissance exacte de ces phénomènes n'est pas sans importance en médecine, et peut avoir quelque fois sur le traitement préventif ou curatif des maladies la plus heureuse influence. ¹» Ainsi, dès les origines du discours psychiatrique furent repérés des prodromes à l'aliénation mentale. Ils seront rassemblés par la suite dans le cadre d'une *période prodromique* à l'instar de celle décrite par Brierre de Boismont² dès 1860 dans le cas de la paralysie générale, qui sera à l'époque moderne désignée de *phase prépsychotique*. Dans cette perspective, ils doivent permettre et accréditer le repérage de cette phase³. Or, l'on peut contester comme nous l'avons déjà fait, l'existence de cette phase prépsychotique supposée située entre la phase prémorbide et la phase clinique en faisant valoir notamment que le passage de la phase prodromique à la phase psychotique n'est nullement automatique : les données chiffrées sont à cet égard explicites. Aussi, il devient problématique de faire coïncider le début de la psychose avec le début de la période prodromique comme cela est le cas dans les recherches relatives à l'approche bio-psycho-sociale. Le schéma des différentes phases évolutives précoces de la schizophrénie présenté par P. Delamillieure et S. Dolfus⁴ à partir de celui de Larsen et al, 1996 est à cet égard démonstratif. Or, comme le reconnaît McGorry, l'une des figures historiques majeures de cette approche, « une grande marge d'incertitude existe entre la détection des prodromes et l'apparition d'une schizophrénie franche. L'évolution ne se fait heureusement pas systématiquement vers la maladie. ⁵»

En outre, comme le signale Darcourt⁶ les résultats annoncés dans les différentes études varient en fonction des critères prédictifs et prodromes retenus par les chercheurs de sorte que leur comparaison perd de leur rigueur scientifique.

¹. *Idem*.

². Brierre de Boismont Alexandre. « Études médico-légales sur la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2^{ème} série, tome XIV, juillet 1860, p. 405-431.

³. Azorin J.-M. « Comment peut-on caractériser les signes prodromiques des schizophrénies ? », in *Conférence de consensus*, *op. cit.*, p. 52.

⁴. Delamillieure P, Dolfus S. « Quelles sont les caractéristiques cliniques des formes de début insidieux des schizophrénies ? », in *Conférence de consensus*, *op. cit.*, p. 21.

⁵. McGorry. « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? », *op. cit.*, p. 13.

⁶. Darcourt G. « Introduction : quels sont les enjeux actuels concernant les aspects diagnostiques et thérapeutiques des schizophrénies débutantes ? », in *Conférence de consensus*, *op. cit.*

3. Le traitement psychotrope de prévention secondaire ou primaire ?

Sans conteste, depuis quelques décennies, la pratique psychiatrique s'est foncièrement orientée pour une large partie dans une perspective interventionniste auprès de sujets dits à *risque*. A l'aide de son arsenal psychopharmacologique le plus récent, elle met en œuvre et applique de manière spacieuse l'*axiome de médecine mentale* de l'intervention précoce dont l'on trouve, comme nous l'avons montré, quelques linéaments chez les fondateurs de la psychiatrie moderne. Rappelons-en la teneur : *plus les symptômes psychotiques sont traités précocement meilleur est le pronostic*. On a lu sous la plume de Doublet et Colombier la première occurrence de cette liaison concernant l'aliénation commençante¹. Nombre d'auteurs contemporains s'accordent à reconnaître l'existence d'un lien serré entre précocité du traitement et pronostic dans le cadre d'une prévention secondaire, Qu'il s'agisse de Dervaux écrivant, « plus les troubles psychotiques sont traités tôt, meilleur est le pronostic ² ». Ou bien de Neury et Merlo estimant qu'« une importante base de recherche montre que plus les troubles psychotiques sont pris en charge rapidement, meilleure est l'évolution de ce trouble ³ ». Arguant d'une telle corrélation, certains inclinent volontiers à affirmer l'utilité d'une prévention secondaire en prescrivant un traitement préventif à des sujets présentant quelques prodromes dont nous avons vu le peu de portée pronostique. Dans ce cas-là, ne s'agit-il pas plutôt d'une prévention à prétention primaire ?

Dans l'application de ce précepte idéologique à visée préventive, où les médicaments psychotropes apparaissent comme les *outils majeurs* du traitement préventif, le bien-fondé d'une telle intervention s'avère trop peu souvent évoquée, les objectifs sanitaires méritant qu'on leur épargne toute discussion éthique. Ainsi sont balayés les enjeux éthiques concernant l'acte même de prescrire des neuroleptiques à des sujets ne présentant pas de symptômes psychotiques avérés. Des questions relatives à cette intervention ont pu être formulées comme suit : « Quels sont les signes prodromiques d'un processus schizophrénique qui rendent légitime le recours à la chimiothérapie en quelque sorte préventive, puisque prescrite avant même le début de la psychose manifeste et visant non pas à réduire la symptomatologie psychotique mais à empêcher l'éclosion ? Quel 'antipsychotique' choisir, à quelles doses et

¹. Cf *supra.*, p. 29.

². Dervaux A. « Prodromes de la schizophrénie : dépistage et traitement préventif sont-ils possibles ? », *op. cit.*, p. 256.

³. Neury D.J.B, Merlo M.C.G. « Reconnaissance et traitement de la psychose débutante », *op. cit.*, p. 256.

pour combien de temps le prescrire ?¹». Lorsque l'on sait la non spécificité et le peu de valeur prédictive des prodromes de telles questions manifestent l'absence de toute réflexion éthique dans la pratique de prescription médicamenteuse. Pourtant cette volonté interventionniste se manifeste dans de nombreuses publications et sur le terrain par un écho favorable chez certains soignants et les autorités officielles en la matière. Et la non spécificité des prodromes pourtant largement reconnue n'y fait rien. Ainsi, Darcourt dans son introduction à la *Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes* qui s'est tenue en 2003, rappelle dans que les travaux de Van Os montraient que seuls 50% d'un groupe de sujets à risque de développer une schizophrénie « aurait justifié une thérapeutique² ». Il se trouve même des chercheurs accréditant cette absence de fiabilité des prodromes mais qui trouvent tout de même à justifier les prescriptions préventives en alléguant une hypothétique nocivité cérébrale : « Il paraît évident que la psychose est nocive pour le cerveau, comme l'ont montré les données issues d'études où les patients répondent d'autant mieux aux neuroleptiques que la durée d'évolution avant instauration du traitement est courte. Cela suggère que la phase active de la schizophrénie refléterait un processus morbide qui aurait déjà débuté dès le stade prodromique / présymptomatique, et qui, s'il pouvait persister, détériorerait les capacités du patient à répondre au traitement³ ». Raison pour laquelle « une idée actuellement à la mode est la possibilité d'intervenir précocement sur la schizophrénie en instaurant un traitement dès la phase prodromique par des neuroleptiques atypiques, avant l'éclosion des symptômes psychotiques actifs [stade2]. Cette stratégie fait l'objet de débats et de controverses, car aucune assurance ne permet d'affirmer qu'une intervention puisse améliorer l'évolution de la schizophrénie, surtout si le diagnostic n'est pas absolument certain au moment de l'intervention oriente le déclenchement. » Si Stahl met en doute l'impact réel des traitements médicamenteux précoces sur l'évolution de la schizophrénie arguant fort justement de réelles difficultés de diagnostic lors de cette phase prodromique, néanmoins, il trouve à les justifier en invoquant l'existence de lésions cérébrales potentielles « puisqu'il est possible que la psychose crée en elle-même des lésions cérébrales du fait du phénomène d'excitotoxicité neuronale lors de la phase aiguë, on peut émettre l'idée provocante que l'on puisse faire avorter la maladie et modifier son histoire naturelle grâce à une intervention précoce⁴ ».

1. Garrabé J. « Voies d'entrées dans la schizophrénie », *op. cit.*, p. 57.

2. Darcourt G. « Introduction : quels sont les enjeux actuels concernant les aspects diagnostiques et thérapeutiques des schizophrénies débutantes ? », in *Conférence de consensus, op. cit.*, p. 2.

3. Stahl S. M. *Psychopharmacologie essentielle*, Paris, Flammarion, 2002, p. 397.

4. *Ibid.*, p. 393.

De nombreuses études psychopharmacologiques tentent d'établir un lien positif entre la précocité du traitement médicamenteux et le pronostic pour le patient. Il semble que l'on doit reconnaître en Falloon l'instigateur des premiers essais de prescription médicamenteuse avant l'apparition des symptômes psychotiques, qui eurent lieu en Angleterre entre 1984 et 1989¹.

C'est dans le cadre de ces recherches, où les laboratoires pharmaceutiques prirent une place toujours grandissante afin de ménager leurs intérêts financiers, que les psychiatres en vinrent à prescrire des neuroleptiques première génération puis des antipsychotiques seconde génération de manière toujours plus précoce et de nos jours à titre préventif. Sans entrer précisément dans l'histoire de la psychopharmacologie, et de l'évolution des neuroleptiques, contentons-nous de signaler que furent développées de nouvelles familles de neuroleptiques qui aboutirent en 1994 à de nouveaux produits dénommés initialement en Amérique du Nord « antipsychotiques atypiques ». Ainsi que le rappelle Ginestet, il en est de même en France depuis la décision prise, en 1996, par l'agence française du médicament. Si Ginestet, assure sans hésitation que les neuroleptiques ont révolutionné le traitement biologique des psychoses, il convient toutefois ajoute-t-il, de « ne pas céder à la tentation pseudo-scientifique de l' « Homme-synapse » et de traiter un désordre biologique au lieu d'une personne.²»

Se référant aux travaux récents du Pr. McGorry, directeur du programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'université de Melbourne, El Kahzen et al s'accordent sur la légitimité des stratégies préventives actuelles qui « reposent sur la détection de sujets à risque de développer une psychose, avec pour but d'éviter l'apparition de l'épisode psychotique constitué ou d'en minimiser l'importance et les conséquences.³». Pour ces auteurs, « la relative bonne tolérance des nouveaux anti-psychotiques autorise cette attitude thérapeutique, ce d'autant qu'il est presque admis qu'un traitement précoce améliore le pronostic de la maladie⁴». Soulignons la prudence des auteurs qui n'est pas toujours de mise à propos de l'efficacité de tels traitements préventifs, ce qui ne les empêche pas toutefois de les préconiser. Et ce d'autant que les nouvelles molécules sont moins pénibles à supporter par le sujet. En forçant le trait, il semble que l'attitude qui prévaut ressort du proverbe 'si ça ne fait pas de bien en tout cas ça ne fait pas de mal'. On retrouve en ces termes l'argument à peine modifié de Falret père⁵. Aussi « le recours aux neuroleptiques à faible dose est actuellement la pierre angulaire des interventions thérapeutiques offertes au cours des

¹. Lines É. « L'intervention durant les premiers stades de la psychose », *op. cit.*, p. 12.

². Ginestet D. « L'essor de la psychopharmacologie et son impact sur la psychiatrie », *op. cit.*, p. 769.

³. EL Khazen. C, et al. « Les symptômes prodromiques de la schizophrénie », *op. cit.*, p. 470.

⁴. *Idem.*

⁵. Cf, *supra.*, p. 522 et sq.

premiers stades de la psychose ¹». Il est même possible de lire qu'un traitement préventif permettrait de diminuer la résistance au futur traitement curatif : « Il serait donc possible que les patients reçoivent un traitement précoce, efficace et continu, soient protégés contre la progression de la maladie ou tout au moins contre le développement d'une résistance au traitement ²». Appuyant notamment sa légitimité sur un tel argument, la prescription généralisée de neuroleptiques chez des sujets non avérés peut être initialisée de sorte que le seuil entre la prévention secondaire consistant dans le dépistage et le traitement précoce de troubles cliniques spécifiques et la prévention primaire centrée sur des sujets possédant caractères étiologiques de la maladie semble relativement franchi. On comprend ainsi la frénésie de certaines recherches censées découvrir l'origine étiologique de la psychose permettant de légitimer cette prévention primaire et, partant, rejoindre la noble médecine générale. Mais d'ores et déjà, le seuil entre ces deux préventions se trouve franchi par certains. Les chiffres du *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes* de la députée Maryvonne Briot, le suggèrent malheureusement³. En effet, ce *Rapport* cite une étude portant sur les prescriptions des médecins généralistes d'un Comté du Royaume-Uni entre 1991 et 2000. Les auteurs notent que « de manière notable, moins de 10% des sujets chez qui un traitement neuroleptique/ antipsychotique était initié souffraient de troubles psychotiques, les indications les plus fréquentes [50%] étant les troubles dépressifs et anxieux, suivis des démences. ⁴» De surcroît, l'étude menée en Aquitaine et déjà mentionnée, montre que « l'indication d'un traitement antipsychotique est relativement banalisée en médecine générale. Si l'on rappelle que les AMM [autorisation de mise sur le marché] de ces médicaments sont relativement restreintes, car actuellement limitées aux pathologies psychotiques et aux accès maniaques de l'adulte, il est donc très probable que nombre des nouvelles prescriptions d'antipsychotiques soit faites hors AMM, et correspondent à des extensions d'indication. ⁵»

Autant les bénéfices d'une prévention primaire en médecine générale ne peuvent aucunement être déniée, autant affirmer leur existence dans le champ de la psychopathologie s'avère problématique. Est-ce là sans doute, au-delà de la réalité des effets de prévention, une connexion recherchée entre les deux champs afin de poursuivre et de parachever l'annexion du psychopathologique par le médical. Les enjeux ne seraient pas uniquement circonscrits à

1. Lines É. « L'intervention durant les premiers stades de la psychose », *op. cit.*, p. 8.

2. Stahl S.M. *Psychopharmacologie essentielle*, *op. cit.*, p. 386.

3. *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*, juin 2006, par Mme la députée M. Briot, *op. cit.*

4. *Idem.*

5. *Idem.*

l'intervention précoce dans la psychose, mais bel et bien d'opérer définitivement l'annexion tant souhaitée par certains depuis plus de deux siècles, tout d'abord avec la neurophysiologie puis avec la *biopsychiatrie* de Toulouse, la neurologie, la neuropsychiatrie et maintenant avec les neurosciences. Il n'est pas accessoire de repérer la récurrence du préfixe neuro- dans trois de ces adversaires de la spécificité du champ psychiatrique. Sa médicalisation par le truchement de l'effacement des frontières entre pathologies générales et pathologies mentales permet donc d'asseoir la légitimité de la prévention en psychiatrie grâce à celle de la médecine générale. En accord avec R. Gori considérons que « cette médicalisation des souffrances repose sur un postulat simple sans cesse martelé comme une évidence par les promoteurs de ce type de santé mentale ¹» et que McGorry formule ainsi : « Notre position est que les enjeux éthiques de ce traitement préventif, sont, en psychiatrie, les mêmes que pour toutes interventions précoces en médecine. La question centrale en pratique est celle-ci : comment minimiser le taux de faux positifs, et maximiser les chances de ceux qui ont un fort risque de transition du syndrome vers la maladie. ²» En effet, la non spécificité des prodromes et l'existence avérée de sujets dit *faux positifs* représentent deux réserves fondamentales aux traitements préventifs secondaires à prétentions primaires.

Afin d'élucider autant que cela soit possible les soubassements médicaux, économiques et idéologiques d'une telle diffusion du traitement préventif, il convient de donner tout son poids au préjugé kraepelinien³ de l'évolution démentielle de la schizophrénie. En effet, le préjugé kraepelinien perdure encore de nos jours apparaissant même pour certains comme un justificatif au traitement précoce. Car comment comprendre que des chercheurs ayant certainement eu connaissance des études largement diffusées de E. Bleuler, de Ciompi ou même d'Henri Ey puisse continuer à laisser croire à une future évolution sinon démentielle du moins extrêmement pessimiste de la schizophrénie. Tel McGorry affirmant que « la prévention joue rôle essentiel dans la mise en place d'un traitement précoce pour une maladie qui constitue un risque majeur entre 14 et 30 ans avec des conséquences souvent dramatiques sur le plan personnel et familial. Or, trop souvent le traitement n'est disponible qu'après la constitution du trouble psychotique. Même s'il est encore efficace pour diminuer

¹. Gori R. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *op. cit.*, p. 160.

². McGorry. « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? », *op. cit.*, p. 13.

³. La notion de schizophrénie décrite par E. Bleuler dérive en partie de la démence précoce de Kraepelin. Mais Bleuler ne reconduit pas ce préjugé.

les symptômes, les conséquences psychosociales sont difficiles à réparer. ¹» En pourtant, ce préjugé a été infirmé à plusieurs reprises par des études à long terme. Celles de M. Bleuler en 1972, de Ciompi et Müller en 1976 et de Huber, Gross et Schüttler en 1979 convergent vers une même évolution bipartite dans la mesure où les évolutions considérées comme favorables [faite de l'addition des rémissions totales et des troubles légers] sont respectivement de 53%, 49% et 57%². Or, si Beaufils avalise un tel préjugé à l'instar de nombreux praticiens, ce n'est d'après nous, que pour justifier une intervention précoce de la psychose. En effet, il considère que cette conception « d'inéluctable progression vers la 'démence' justifiant le pessimisme et la passivité de nombreux psychiatres, est largement battue en brèche au profit d'attitudes nettement plus actives, voire interventionnistes. ³» En revanche, J.-C Maleval considère que rien ne permet de confirmer un tel préjugé. Mieux, les états auxquels il se réfère, « établissent bien au contraire que les tendances évolutives [de la psychose sont] favorables ⁴». Ainsi l'étude d' H. Ey portant sur l' évolution de 43 psychoses aiguës sans traitement se distribue selon J. Laboucaré : « - 50% des cas ont une rémission immédiate et définitive, confirmée après 25 ans d'évolution, - 10% ont une évolution périodique secondaire, 40% aboutissent à une évolution chronique. ⁵»

S'embarrassant relativement peu de ces études et des réserves qui en découlent, McGorry se fixe sur la dimension synchronique préférant se rapporter au « taux de transition vers la psychose [qui] est de 35% en un an en l'absence d'intervention spécifique ; il pourrait, semble-t-il, descendre à 10% avec un traitement adapté lors de la phase prodromale, diminuant donc le risque d'évolution vers la maladie sous sa forme invalidante. ⁶» Partant, une telle supposition accrédite « la stratégie actuelle de recherches des prodromes de la schizophrénie [qui] consiste, dans la population la plus large possible, à multiplier les bilans et les tests psychologiques de dépistage. L'attention est portée sur la présence de symptômes

¹. McGorry. « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? », *op. cit.*, p. 13.

². Ciompi L. « Schizophrénie aiguë vulnérabilité permanente. Un nouveau modèle psycho-biologique intégratif », *op. cit.*, p. 332. Précisément les évolutions défavorables sont composées des troubles moyens et des troubles graves.

³. Beaufils B. « Traitement des premières manifestations psychotiques », *op. cit.*, p. 309.

⁴. Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *op. cit.*, p. 69.

⁵. Laboucaré J. « Le devenir des schizophrénies délirantes aiguës et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire », *op. cit.*, p. 35.

⁶. McGorry. « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? », *op. cit.*, p. 13.

psychotiques éphémères, atténués ou subliminaux ; ou encore sur l'existence d'une histoire familiale, avec une diminution des performances cognitives. ¹». Deux remarques s'imposent.

Premièrement. En ce qui concerne le traitement, McGorry se réfère aux *guidelines* largement influencées par la médecine dite basée sur les preuves (Evidence Based Medicine), prescrivant « une surveillance régulière ²» et dont l'idéologie ainsi que la formulation nous évoquent la société de surveillance que redoutait M. Foucault.

Deuxièmement. S'il convient au regard de l'histoire du discours psychopathologique de reconnaître l'existence de signes cliniques repérables relativement tôt, il nous en revanche faut discerner derrière cette histoire familiale évoquée par McGorry, l'idée-force de la théorie de la dégénérescence, celle de la *transmission héréditaire au sens de génétique de la folie*, et donc la contester. Et par conséquent nous joindre à R. Gori lorsqu'il écrit : « nous sommes ici dans une idéologie de *biopouvoir* qui permet à des experts de donner des 'recommandations' aux décideurs pour recomposer la politique de soin, de prévention et de formation. ³». L'idéologie à l'œuvre dans les recommandations faites par le jury de la Conférence de consensus sur les *Schizophrénies débutantes* est à cet égard probante. Il s'en dégage un *homme bio-psycho-social* pour ne pas dire un *homme bio-vulnérable* prisonnier des modèles de vulnérabilité et des alliances explicites avec l'industrie pharmaceutique. Car comment lire autrement les lignes suivantes écrites par l'un des intervenants à cette conférence, quoique dans une autre publication : « Les modèles de vulnérabilité accentuent en fait la distinction des effets curatif et préventif des neuroleptiques et leur donnent une base conceptuelle. Il n'est pas impossible que, dans un avenir plus ou moins proche, des molécules voient le jour, qui soient pourvues des effets préventifs sans les effets curatifs des neuroleptiques. ⁴» La mise sur le marché de tels produits participera de la légitimation de leur prescription et de la validité de la réalité clinique supposée par leur existence. Ils rejoindront dans cette perspective les psychotropes ciblant les supposés troubles bi-polaires participant à la naissance de ce *nouveau sujet de la santé mentale* évoqué par Gori : « La traque des 'dysfonctionnements' de toutes sortes [dyslexiques, dysorthographiques, dyscalculiques, dysphoriques, dys-érectiles, etc.] participe de cette fabrication *d'un nouveau sujet de la santé mentale* qui transforme la psychiatrie en simple gestion sociale et en maintenance administrative des populations à risque. La psychiatrie s'occupait du diagnostic et du soin des souffrances psychiques et sociales, la santé mentale fabrique un nouveau sujet 'anomalique'

¹. *Idem.*

². *Idem.*

³. Gori R. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *op. cit.*, p. 161.

⁴. Azorin J.-M. *Les modèles de la vulnérabilité dans la schizophrénie*, *op. cit.*, p. 83.

que l'on dépiste et que l'on sécurise dans de nouveaux dispositifs de quadrillage et de normalisation des conduites. ¹» L'auteur poursuit : « Dans ce champ de la santé mentale, l'individu n'est plus appréhendé comme sujet tragiquement divisé et en conflit avec lui-même, mais en tant que 'segment de population', 'archives de l'information génétique', 'exemplaire de l'espèce', performances cognitives et support de réseaux neuronaux. Ce qui importe alors, c'est moins d'analyser la structure psychique ou l'écologie sociale du sujet que de mettre en place et en acte de nouveaux dispositifs qui assurent la traçabilité de ses comportements et le modelage de sa rationalité. ²»

Si l'on enlève à ces modèles leur gangue contemporaine composée de résultats les plus récents, apparaît alors l'idéologie matricielle, homogène à celle des neurosciences qui, estime G. Pommier, est « celle de l'homme machine, chère à la Mettrie, remise au goût du jour. ³»

Au cœur même des études relatives aux modèles de vulnérabilité repérons l'idéologie à l'œuvre dont nous avons montré qu'elle avait trouvé dans la tradition médicale hygiéniste un terreau favorable, amenant certains chercheurs, comme le signale S.-M. Stahl, à « l'idée d'intervenir chez des parents du premier degré asymptotiques de patients schizophréniques. Sera-t-il possible de modifier ou d'arrêter l'évolution de la schizophrénie ? Voilà un sujet de recherche particulièrement intéressant pour le futur ⁴». Effectivement, le ravalement de la psychose à une pathologie pouvant être éradiquée grâce à un traitement en amont des ascendants n'est pas sans rappeler l'idée d'eugénisme déjà présente dans la théorie de l'hérédité-dégénérescence de Morel et développée dans la *biocratie* de Toulouse. Clairement dans la médecine occidentale, le sujet « est devenu une victime de ses gènes ou de ses neurones. Son handicap provient d'un mauvais héritage génétique dont la vulnérabilité a favorisé le développement perturbé de son cerveau et, à terme, le dysfonctionnement de ses stratégies cognitives. ⁵ » Aussi, l'importance et l'impact des recherches menées dans le sillage du Pr. McGorry procèdent du « 'biopouvoir', [de] la 'biopolitique' des populations ⁶». Ce qui paraît manifeste à la lecture des lignes suivantes : « A la question initiale ['avons-nous le droit de traiter... ?'] notre réponse est donc : oui ; mais nous devons aussi conduire plus de

¹. Gori R. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *op. cit.*, p. 153.

². *Idem.*

³. Pommier Gérard. *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 321. L'auteur précise qu'elle date de 1748.

⁴. Stahl S.-M. *Psychopharmacologie essentielle*, *op. cit.*, p. 397.

⁵. Gori R. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *op. cit.*, p. 156.

⁶. *Ibid.*, p. 160.

recherches en neurobiologie et en épidémiologie clinique, évaluer les essais et les services de santé, afin de mieux savoir qui traiter, quand, où, et pendant combien de temps. ¹»

A l'encontre d'une telle position, il convient de souligner que des objections visant ces traitements médicamenteux préventifs émanent de partisans de ces modèles. En effet, certains tenants de cette approche biopsychosociale émettent de sérieuses et franches réserves sur l'extension préventive de ces modèles la jugeant encore peu assurée, et ce d'autant qu'elle implique la prescription de psychotropes : « Les prodromes ne sont pas suffisamment spécifiques et ne justifient pas à eux seuls la mise en route d'un traitement neuroleptique. Il ne nous apparaît en effet pas éthique de traiter par des neuroleptiques à ce stade des prodromes car un bon nombre de sujets [52% selon l'étude de McGorry] présentant des prodromes n'évolueront pas vers une schizophrénie. ²» Bien qu'ils retournent contre McGorry les chiffres de sa propre étude l'aidant à justifier ses prescriptions, et qu'ils trouvent dans ce cadre clinique la prescription de neuroleptique injustifiée, les auteurs adhèrent cependant à une démarche médicale de surveillance car estiment-ils « ces prodromes constituent par contre des signes d'alerte qui doivent attirer l'attention du médecin et qui doivent faire redouter une évolution vers une schizophrénie. Ils justifient donc une surveillance et peuvent justifier des évaluations cliniques régulières à la recherche des premiers symptômes psychotiques ainsi qu'une prise en charge individuelle et familiale. ³» On peut souligner dans les propos de ces auteurs une certaine ambivalence provenant, pensons-nous, du discours médical auquel ils souscrivent : *surveiller mais pas prescrire*.

Bien qu'il apparaisse comme une figure importante de la *biopsychiatrie*, au Québec tout du moins, Lalonde reste prudemment en deçà du traitement psychotrope d'une prétendue prévention à visée primaire : « Certains milieux tentent maintenant de détecter la schizophrénie à sa phase prodromique (retrait, détérioration du fonctionnement psychosocial et occupationnel), mais les caractéristiques des modalités thérapeutiques doivent encore être validées à cette étape précoce. ⁴» Ou bien encore, Nuss considérant dans son éditorial que « quand bien même de tels marqueurs existeraient et qu'ils seraient retrouvés chez un patient à risque, quelle serait notre légitimité à en inférer, chez un patient sans caractéristiques psychotiques suffisantes, la nécessité d'un traitement médicamenteux ? Dans une telle

¹. « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? »,

². Delamillieure P, Dolfus S. « Quelles sont les caractéristiques cliniques des formes de début insidieux des schizophrénies ? », *op. cit.*, p. 26.

³. *Ibid.*, p. 26-27.

⁴. Lalonde P, Barabé P. « Le traitement contemporain de la schizophrénie », *op. cit.*, p. 580.

situation, leur identification devrait inciter à des actions de prévention secondaire, c'est-à-dire à l'établissement d'un lien psychothérapeutique d'autant plus difficile à mettre en œuvre que le patient ne présentera de trouble installé ¹». Mais aussi Dervaux affirmant que « dans l'état actuel des connaissances, les traitements anti-psychotiques préventifs de la schizophrénie ne sont pas justifiés pour des raisons éthiques, les risques liés à ces traitements, notamment celui de traiter des sujets non malades, étant supérieurs aux bénéfiques. Cependant, d'autres interventions thérapeutiques peuvent être proposées aux patients demandeurs de soins ²».

Certaines objections s'apparentent à de véritables charges contre le DSM et ses déviations : « Le DSM [Manuel Diagnostique et Statistiques des Maladies mentales] qui envahit le monde psychiatrique à partir des années 1980 n'est pas un manuel de psychiatrie classique, proposant des méthodes permettant d'aboutir à un diagnostic et un traitement. Il se présente comme un manuel statistique, par exemple bien utile pour les compagnies d'assurances qui peuvent ainsi évaluer le risque que court un individu présentant tel ou tel symptôme et déterminer le montant de la prime. Les laboratoires pharmaceutiques, quant à eux, peuvent fournir un médicament pour chaque symptôme, permettant ainsi de diminuer le risque, donc la prime. Et l'on voit bien que ce manuel ne pouvait pas ne pas entraîner les mêmes conséquences que la théorie de la dégénérescence, c'est à dire le dépistage le plus précoce possible des troubles, débouchant sur cette récente étude qui préconise de détecter dès la maternelle les comportements témoignant d'une évolution potentielle vers la délinquance, de traiter au plus vite par les amphétamines toute instabilité chez l'enfant et de mettre sous neuroleptiques tout adolescent présentant trois signes d'une série constituée par des symptômes présentés chez des psychotiques adultes. ³»

Rappelant les données de la problématique de cette intervention, le Pr. R. Kahn en dénonce le postulat : « L'intervention précoce, dès le stade des prodromes, est une hypothèse de travail qui repose sur l'idée que cette intervention viendrait soit empêcher le développement de la maladie, soit en atténuer la gravité : Le raisonnement est basé sur un prémisse fausse : plus le traitement est tardif ['Duration of Untreated Psychosis' ou DUP], plus le résultat serait mauvais. Le problème réside dans le fait qu'aujourd'hui nous ignorons la durée réelle et les modalités d'évolution des schizophrénies non traitées. Il s'agit là d'une question fondamentale, quasiment éthique. La schizophrénie est une maladie dans laquelle les

¹. Nuss P. « Identification des marqueurs de vulnérabilité à la psychose : quelles conséquences, quelle responsabilité ? » in *Les Actualités en psychiatrie*, n° 8, octobre 2004, p. 195-196, p. 196.

². Dervaux A. « Prodromes de la schizophrénie ... », *op. cit.*, p. 409

³. Bing F. « Folie et guérison, éléments d'histoire », *op. cit.*, p. 136.

rechutes sont inéluctables, malgré les progrès des traitements et la mise en place de stratégies thérapeutiques, et ceci aux différents stades de la maladie. Il s'agit de traiter une population, difficile, peu compliant, souvent en rupture de traitement, alors que les stratégies proposées reposent essentiellement sur la notion de continuité et d'observance.¹» Si le Professeur R. Kahn estime qu'un certain élargissement du champ de la schizophrénie a eut lieu, en revanche il constate que « l'ensemble des progrès thérapeutiques de ces dernières années n'a pas, fondamentalement, modifiée l'évolution globale de la maladie. ²» Il s'appuie sur les résultats d'une « des études les plus importantes [qui] montre que 80% des patients rechutes dans les cinq ans qui suivent l'apparition de la maladie, quel que soit le traitement. Plus encore, il a pu être montré, il y a quelques années, que le traitement de la schizophrénie n'a pas changé le résultat final sur les cent dernières années.³» Arguant de ces constats, il avance qu'à « dépister un trouble que nous ne pouvons traiter efficacement, nous créons une situation dangereuse : nous promettons plus que nous ne pouvons donner. » En définitive, il dénonce cette idée-force du champ psychiatrique et, dès lors, « il [lui] paraît impossible pour des raisons éthiques évidentes de promouvoir alors des études cliniques où l'on pourrait comparer des schizophrénies traitées à des schizophrénies non traitées. ⁴» Force est de constater que Kahn prend clairement position contre tout traitement médicamenteux à titre de prévention à prétention primaire considérant qu'il « s'agit là d'une question fondamentale, quasiment éthique ⁵», que d'autres n'hésitent pas à détourner en évoquant l'intérêt général primant sur l'intérêt individuel. « Si l'identification de différents endophénotypes dans une perspective prédictive peut apparaître comme non éthique au niveau de l'individu dans la mesure où la schizophrénie ne peut pas encore être prévenue ni guérie, il en va tout autrement si nous nous plaçons dans une perspective préventive plus générale. L'étude des endophénotypes est un des moyens les plus efficaces pour générer des hypothèses physiopathogéniques et trouver de nouvelles cibles de traitement qui pourront peut-être, à l'avenir, prévenir l'apparition d'une schizophrénie. ⁶» De tels propos illustrent parfaitement ce que Robert Castel, il y a trente ans déjà, avait souligné : « Les stratégies préventives peuvent ainsi se déployer en évitant le face-à-face dans lequel la pratique thérapeutique trouvait son origine. Le vis-à-vis de l'intervention, avant d'être une personne, est une cible abstraite : une population à risques. ⁷»

¹. Kahn. « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? », *op. cit.*, p. 13.

². *Idem.*

³. *Idem.*

⁴. *Idem.*

⁵. *Idem.*

⁶. Holzer L et al. « Psychose à l'adolescence, les neurosciences améliorent-elles la prédiction ? », *op. cit.*, p. 159.

⁷. Castel R. *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, *op. cit.*, p. 151.

En outre, bien qu'il reconnaissait l'incomplétude de son analyse de l'ordre post-disciplinaire au tournant des années 80 en faisant valoir que « l'espace généralisé des facteurs de risque [...] est une mutation dont nous sommes loin d'avoir mesuré toutes les conséquences », Castel avait déjà su repérer « la condition de possibilité du déploiement de ces nouvelles politiques préventives : la disparition même de la notion de sujet. Le retour de l'objectivisme médical réduisait celui-ci à celles de ses conditions qui sont scientifiquement instrumentalisables. L'instauration d'un objectivisme technologique le dissout dans une combinatoire abstraite d'éléments interchangeables. ¹» De manière homogène aux thérapeutiques curatives scientifiques, les pratiques ou stratégies préventives de la psychose dénie toute subjectivité, toute réalité psychique à l'individu *à risque* qu'elle prétend cibler statistiquement.

Bien que Grivois adhère à l'idée-force d'une corrélation entre rapidité de la prise en charge et pronostic, « en agissant tôt on limite parfois leurs conséquences immédiates ²», pour autant il est résolument contre l'idée d'une prophylaxie chimique de la psychose basée sur le modèle médical. Ces propos sont explicites : « Il n'y a de prévention ni dans la psychose ni dans les catastrophes naturelles du type tremblement de terre. Mettre tous les adolescents sous antipsychotiques comme évacuer la population de tous les territoires à risques sont deux solutions radicales qui frisent l'absurdité ³». Dans ce sens, « l'acharnement quasi enfantin et toujours recommencé de certains, psychiatres ou psychologues, à en détecter les prémisses aléatoires risque ainsi de créer de manière artificielle des sujets à risque et parmi eux de vrais faux positifs, bons pour des chimiothérapies préventives, inutiles et dangereuses. ⁴» Filant la comparaison, Grivois affirme qu'« une fois démarrée, même dans les premières minutes, on n'arrête pas plus la psychose que les secousses sismiques. ⁵»

¹. *Ibid.*, p. 153.

². Grivois H. *Parler avec les fous*, op. cit., p. 154.

³. *Idem.*

⁴. *Ibid.*, p. 190.

⁵. *Ibid.*, p. 154.

Conclusion quatrième partie

A partir d'un examen de certaines données chiffrées, contenues dans les registres hospitaliers, conjugué à son savoir médical antique, ainsi qu'aux résultats de son traitement moral de la manie récente, Pinel admis deux conditions à la guérison. Que l'aliénation fut *récente et non traitée ailleurs*. Une telle corrélation fut signalée avant lui, chez Colombier et Doublet et même chez Daquin. Certes, l'intuition n'est pas neuve, elle remonte même à la médecine gréco-romaine. Mais de manière décisive, Pinel lui donna une assise statistique. A sa suite, son disciple Esquirol envisagea en 1818 de réformer l'institution hospitalière afin de créer des asiles-hôpitaux dédiés aux aliénés dits curables. L'examen des données cliniques sur les temps antécédents l'aliénation déclarée amena même Esquirol à promouvoir, sur le modèle médical, le repérage et le traitement des prodromes de l'aliénation. En le qualifiant d'*axiome de médecine mentale*, Moreau de Tours lui conférait un statut, qu'il a depuis lors conservé dans la thérapeutique psychiatrique. Qu'il s'agisse des services des délirants, qui furent l'objet d'un vif débat à l'orée du XX^{ième} siècle, des traitements de choc et des premières cures biologiques dans les années 1930 ou de celles issues de la découverte française des neuroleptiques en 1952, toutes les thérapeutiques psychiatriques trouvaient en lui leur principe cardinal. Non seulement, la corrélation supposée sur laquelle il s'institue demeure incontestée par le savoir psychiatrique, mais en son nom même, certaines recherches tendent à anticiper l'apparition des premiers phénomènes psychotiques. Ainsi, la perspective programmatique ouverte par Esquirol trouve en certains de nos contemporains, au sein de nos institutions politiques, hospitalières et de recherches, de vifs partisans. De sorte que, comme le souligne Gori, « cette normalisation sanitaire des conduites a atteint un tel point que rien ne ressemble plus aujourd'hui à un malade potentiel qu'un homme ordinaire ¹ ». Mais notre examen des conditions du développement de cette perspective serait sans doute incomplète si l'influence incidente de la *politique de secteur* n'était évoquée. En effet, il semble, à suivre Robert Castel que l'interventionnisme psychiatrique d'après guerre prit forme avec la réforme sectorielle de l'institution psychiatrique de la fin des années 60. Afin d'appuyer son propos, il note que « l'un des pères les moins contestables de la psychiatrie moderne, Georges Daumezon » avait pu avancer l'idée suivante : « Il y a des commissariats de police pour les délinquants, pourquoi n'y aurait-il pas des 'commissaires de police mentale' ? Et, dans une

¹. Gori R. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *op. cit.*, p. 153.

certaine mesure, le quadrillage du territoire en des zones où il y a ainsi un responsable précis est une démarche rassurante. ¹»

Plus récemment, le nouvel essor de la psychopharmacologie grâce à ses nouveaux neuroleptiques atypiques, conjugué aux récentes recherches épidémiologiques sur les psychoses, incitent, dans les programmes préventifs, à la mise en place d'un traitement médicamenteux de prévention à visée primaire chez des sujets en phase dite prodromique. Que la non-spécificité de cette dernière ne puisse constituer une limite à toute initiative médicamenteuse accrédite la thèse de cette *normalisation sanitaire*. Aussi, « l'application de stratégies d'intervention précoce [qui] a tendance à réduire le nombre d'admissions et la durée des séjours à l'hôpital ²» s'accorde parfaitement avec les exigences économiques actuelles. Mais il est vrai, qu'entre temps, certains travaux ou recherches avaient préparé l'implantation française de l'approche bio-psycho-sociale développée par les modèles anglo-saxons, dits de vulnérabilité à la psychose. -1° En premier lieu, Falret père avait appelé de ses vœux une thérapeutique préventive centrée sur les prodromes. -2° En second lieu, le mouvement hygiéniste français emmené par Morel, l'instigateur de la doctrine de la dégénérescence, et son disciple Magnan, s'était largement diffusé dans le champ sanitaire et social prêt à l'accueillir³. -3° En troisième lieu, les modèles microbiologiques nés des découvertes de Pasteur et de Koch tendirent à s'imposer dans le champ de la psychopathologie. -4° Enfin, en quatrième lieu, la *biocratie* de Toulouse et son aspiration à une « grande science biologique mentale⁴» avaient durablement marqué les mentalités et les pratiques psychiatriques. Et si le terme même de prophylaxie⁵ n'est plus guère employé de nos jours, c'est qu'il fut sans doute associé aux dramatiques dérives eugéniques perpétuées notamment par le nazisme. Les partisans des pratiques précoces l'ont remplacé par celui, plus neutre et issu de la sémantique médicale, de prévention. Cependant, pour le penser en termes foucaaldiens, notre thèse ne considère pas que l'expérience actuelle de la folie dans le champ positiviste des neurosciences soit homogène à celle des fondateurs, ni même à celles des psychiatries dites classique et psychodynamique. Reste qu'au sein du savoir psychiatrique, un discours scientiste, dernier avatar du *rêve éveillé de l'homme machine* si l'on reprend les termes de l'analyse de G.

¹. G. Daumezon, discussion sur « Les institutions et l'organisation de secteurs psychiatriques », *Le livre blanc de la psychiatrie française*, II, Toulouse, Privat, 1967, p. 42. Cité par Castel R. *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 46.

². Lines E. « L'intervention durant les premiers stades de la psychose », *op. cit.*, p. 2.

³. Rappelons que l'hygiénisme psychiatrique possédait déjà quelques partisans dans le premier tiers du XIX^e au point que furent fondées en 1829, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*.

⁴. Toulouse É. « Les hôpitaux psychiatriques, biopsychiatrie et biopsychologie », *op. cit.* p. 377.

⁵. En revanche, il fait partie du lexique vétérinaire : c'est peu dire !

Pommier, a émergé, s'est développé et tend immanquablement à ignorer, et même parfois à réfuter, la dimension subjective. Mais force est de constater que certaines voix dissidentes, comme le Pr. Kahn, se font entendre au sein même du champ psychiatrique.

A l'encontre de cette tradition psychiatrique volontariste aux figures majeures telles que J.-P Falret ou Leuret, et pourquoi pas Grivois, la clinique psychanalytique du sujet entrant dans la psychose accorde toute son importance aux ressources et aux initiatives auto-thérapeutiques de celui-ci. Qu'il s'agisse de le soutenir dans la construction d'une suppléance, entendue au sens large, ou simplement de ne pas y faire obstacle. Au surplus, certaines manœuvres centrées sur les phénomènes élémentaires peuvent, à l'occasion, amener le sujet à dialectiser le savoir qui s'impose à lui. Autant une chimiothérapie modérée peut s'avérer bénéfique, permettant incidemment la mobilisation de certaines défenses subjectives contre les incidences cliniques du déclenchement, autant une prescription massive peut sérieusement amoindrir voire annihiler ces initiatives auto-thérapeutiques. Il est, à cet égard, fortement dommageable que certaines études excluent la parole du sujet de leurs critères d'appréciation du dispositif thérapeutique et spécialement du traitement médicamenteux.

CONCLUSION

Grâce à une investigation des discours psychopathologiques traitant, dans le cadre des délires chroniques, de l'entrée dans la psychose des points de vue synchronique et diachronique, nous avons dégagé l'existence de deux paradigmes référentiels auxquels nous avons consacré les deux premières parties de cette thèse.

Dans la première, nous avons examiné les différentes hypothèses constitutives du paradigme de l'apparition, depuis celles des fondateurs de la psychiatrie jusqu'à celles contemporaines des modèles de stress-vulnérabilité, où prévaut foncièrement la thèse d'une prédisposition biologique. Alors que ces modèles semblent infléchir une conception organique moniste en incluant deux autres facteurs, laissant en apparence une large part aux variations individuelles, ils s'avèrent, en réalité, perpétuer une tradition médicale s'ancrant essentiellement dans les recherches de L.-A Balye sur la paralysie générale puis dans celles de B.-A Morel sur les pathologies du système nerveux central. Certaines recherches neuroscientifiques récentes, situées à la confluence de la neurophysiologie, neuropsychologie, neuroanatomie et de la génétique, tendent à infléchir le déterminisme génétique qui prévalait encore récemment dans ce type de modèle. Il ressort que ces toutes dernières émanations du discours scientifique contemporain, loin d'être issues d'une coupure doctrinale d'avec les conceptions pathogéniques classiques en sont des descendantes reprenant la doctrine de l'hérédité-dégénérescence, pour ne citer que la plus manifeste et la plus proche de la triple conjonction bio-psycho-sociale. Effectivement, ces modèles de vulnérabilité résultent d'approches disciplinaires ayant pour objet le système nerveux central et ses facultés étudiées par la psychologie dite scientifique. Loin de prendre en compte la subjectivité, ces modèles neuroscientifiques s'instituent de disciplines connexes, réduisant l'être humain à un *homme neuronal*¹. La volonté expansionniste des promoteurs de ces modèles est facilitée par leur simplicité d'application. Seul le facteur *bio* devant être adapté selon la pathologie ou le trouble hétérogène du patient, ces modèles tendent à effacer les limites entre le champ psychopathologique et le champ neuropathologique².

La deuxième partie fut consacrée au paradigme du déclenchement de la psychose issu de l'approche psychanalytique structurale. Grâce à une reprise détaillée des quatre cas cliniques d'entrée dans la psychose présents dans le corpus freudien, nous avons montré les

¹. Cf, l'ouvrage éponyme de Jean-Pierre Changeux.

². Réaffirmées par Georget mais effacées par Moreau de Tours. Ces modèles se retrouvent même implicitement ou explicitement utilisés dans le champ des pathologies somatiques, par exemple, en oncologie.

avancées théoriques du fondateur de la psychanalyse. A cet égard, son analyse de l'entrée dans la psychose du président Schreber fut décisive dans sa mise en évidence des ressorts fantasmatiques et des articulations signifiantes du conflit générateur. Bien que Freud apporta une conceptualité novatrice et subversive de la psychose clinique et des formes délirantes en y introduisant une dimension subjective, il se heurta à un point de butée majeur, celui de dégager le mécanisme psychique spécifique de la psychose. Sans le savoir¹, c'est précisément au lieu de cette aporie freudienne que Lacan situera dès 1931 son programme de recherche qu'il développera dès l'année suivante dans sa thèse, puis en 1938 avec sa *phase féconde du délire* et en 1959 avec sa formulation la plus aboutie de son concept de déclenchement de la psychose qu'il appréhende comme structure subjective.

Après avoir analysé les fondements et développements des deux paradigmes, nous nous sommes attachés dans la troisième partie à une analyse historique et clinique des conditions d'entrée dans la psychose, de sa psychopathologie et de ses modes auto-thérapeutiques. Nous avons pu y apporter une argumentation détaillée en faveur de la thèse du déclenchement de la psychose, tout en soulignant qu'un des écueils majeurs de l'approche bio-psycho-sociale réside dans sa prétention globalisante qui hausse son niveau d'appréhension de cette clinique, et partant, rate singulièrement son objet. Ainsi en est-il pour le repérage des conditions d'apparition de la psychose réduites à des événements-stress détachés de toute subjectivité. A son encontre, le paradigme du déclenchement prenant acte des conditions d'entrée dans la psychose, ne se contente pas de leur réalité factuelle, mais les appréhende par leurs effets dans la structure du sujet. Le concept de déclenchement de la psychose, actualisé par J.-C Maleval à partir des années 80 conserve son originalité théorique, en ce sens qu'il associe toujours le déterminisme de la structure renouvelée du sujet psychotique aux situations actuelles désormais élargies. Aussi, son schéma causal se trouve conservé dans la thèse du dénouage des éléments de la structure subjective. En outre, nous avons tenu à donner toute son importance à *l'insondable décision de l'être* lacanienne, afin d'éviter toute mécanisation structurale du déclenchement de la psychose antinomique avec une clinique du sujet. Notre examen des principales recherches sur l'entrée dans la psychose depuis la naissance du champ psychopathologique à la fin du dix-huitième siècle jusqu'à nos jours, nous a permis de montrer que la majorité des modèles majeurs paradigmatiques convergent vers un schéma explicatif impliquant une double causalité. Cette relative homogénéité formelle ne doit pas laisser croire à une uniformisation conceptuelle, comme l'attestent les

1. On peut le penser.

divergences entre approches. Celles-ci procèdent, en leur socle épistémologique, de définitions de la notion de prédisposition qui sont radicalement hétérogènes. Leur polarisation s'étend de la prédisposition biologique à celle psychique de Freud, devenue structure subjective chez Lacan.

Cette hétérogénéité des deux paradigmes, reposant sur les propriétés respectives du concept de prédisposition qu'elles développent, n'implique nullement une divergence clinique, dans la mesure où nous avons souligné la récurrence traditionnelle de trois symptômes majeurs lors de l'entrée dans la psychose : l'expérience énigmatique, le déchaînement du signifiant dont Clérambault a donné la description formelle la plus aboutie sous les espèces du petit automatisme mental, et la délocalisation de la jouissance dont les combinaisons singulières et l'intensité varient d'un sujet à l'autre. Le tableau unifié du discours psychiatrique ne peut qu'être mis à mal par la diversité clinique de la singularité des cas, de sorte que l'une des raisons majeures de l'échec relatif du discours psychiatrique à ordonner cette clinique provient de sa démarche descriptive à volonté globalisante. Néanmoins, l'approche structurale ne s'est pas limitée à une reprise de certaines descriptions formelles du tableau classique, s'accordant avec la reconnaissance d'une expérience énigmatique à l'entrée dans la psychose. Elle a également la portée heuristique de ces concepts propres à rendre compte de faits cliniques délaissés par l'approche bio-psycho-sociale. Ainsi, nous avons montré que le signe du miroir, issu de l'école française des années 20, et l'effet pousse-à-la-femme, partiellement décrit sous le registre de l'inversion sexuelle, par Guiraud notamment, plaident en faveur de la carence de la fonction paternelle. De même, les fondateurs de la psychiatrie moderne française avaient déjà relevé l'existence d'une bipartition formelle des entrées dans la psychose, dont nous avons abordé les enjeux psychopathologiques et subjectifs. Nous avons tenu à nous distinguer d'une approche contemporaine manipulant à des fins de justifications doctrinales et de prescriptions médicamenteuses généralisées, les données cliniques de diagnostic et de pronostic des formes lentes.

En outre, nous avons argué, à la suite de Freud et de Lacan, de la valeur auto-défensive de certains passages à l'acte, des positions schizophréniques et mélancoliques, et du travail du délire face à la défaillance de la fonction paternelle, qui s'avèrent être tous des modes de suppléance de la structure psychotique. Ils corroborent ainsi la thèse lacanienne d'une structure subjective. Nous nous sommes attachés à une analyse logique plutôt que chronologique de la clinique de l'entrée dans la psychose, de ses conditions, de ses

mécanismes et de ses modes d'auto-traitement. Cette analyse s'avère accréditer le concept de déclenchement de la psychose et ses développements les plus récents, qu'il s'agisse du dénouage des éléments de la structure subjective ou encore des notions de néo-déclenchement et de débranchement qui en possèdent la structure. Sans entrer dans le détail, rappelons que si l'on ne peut qu'adhérer à une certaine partie de la clinique et des modes de sorties rapportés par Grivois et sa théorie de la psychose naissante, c'est en raison de ses emprunts à la psychiatrie classique, de sorte que le tableau de la clinique naissante et ses sorties radicales ne sont nullement aussi novateurs que son promoteur le souhaiterait. En revanche, la psychose naissante possède également certains éléments sérieusement critiquables comme nous l'avons montré.

Enfin dans une quatrième partie, nous avons présenté les principales thérapeutiques psychiatriques de l'apparition de la psychose, depuis le traitement moral de la manie récente décrit par Pinel, systématisé par Esquirol dont le projet institutionnel d'asile dédié à ce type de clinique ne devait voir le jour qu'à la fin du siècle avec les services des délirants, jusqu'aux découvertes psychopharmacologiques des neuroleptiques et des récents programmes de prise en charge des premiers épisodes psychotiques résultant de l'approche bio-psycho-sociale. Bien que ces thérapeutiques perpétuent *l'axiome médical*, selon l'expression de Moreau de Tours, de la supposée corrélation entre rapidité de la mise en place du traitement et qualité du pronostic, une rupture s'est opérée dans cette continuité. Elle est à situer dans la décadence du traitement moral initiée par Leuret et parachevée par Morel. Ils délaissèrent tous deux la dimension psychique, le vécu du sujet et son témoignage, afin de promouvoir la persuasion, la rééducation et la prévention.

En insistant sur la place du clinicien dans sa rencontre du sujet entrant dans la psychose et la mobilisation de ses ressources, nous avons résolument voulu faire valoir une autre pratique, un autre positionnement, qu'il ne faudrait cependant pas opposer frontalement aux initiatives médicales et aux thérapeutiques biologiques. Aussi, ces deux pratiques doivent-elles converger vers une même visée : aider le sujet à sortir de l'expérience inaugurale, grâce à la mobilisation de ses ressources. Apparaît donc préférable la conjonction de prescriptions modérées et d'entretiens cliniques soutenant le sujet dans certaines de ses initiatives auto-thérapeutiques plutôt que le recours à une thérapeutique massive dont il serait l'objet.

Prenant la mesure du mouvement anticipatoire de la psychose clinique toujours plus accentué à travers les siècles, nous avons développé une critique raisonnée des pratiques de

prévention et de détection précoces de la psychose qui ont connues une expansion sans précédent durant les premières décades du vingtième siècle lorsqu'elle s'appelaient encore la prophylaxie et l'hygiène mentale.

Bibliographie

Abély Paul. « État schizophrénique et tendance homosexuelle », séance du 18 juillet 1927, *Annales médico-psychologiques*, n°2, 1927, p. 251-257.

Abély P. « Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce », *Annales médico-psychologiques*, 12^{ième} série, I, janvier 1930, p. 28-29.

Adbelfattah A. « Troubles cognitifs et vulnérabilité dans les psychoses schizophréniques », *Annales médico-psychologiques*, 1, 152, 1994, p. 45-49.

Alemàn Jorge. « L'invention d'une parenthèse », *La revue de la Cause freudienne*, n°23, février 1993, p. 86-92.

Allen David.-Frank, Mousnier-Lompré A, Postel Jacques. « Le mythe revisité : Philippe Pinel à Bicêtre de 1793 à 1795 », in Garrabé Jean [dir]. *Philippe Pinel*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1994, p. 39-53.

Antheaume André, Mignot Roger. « La période médico-légale prodromique de la démence précoce », *L'Encéphale*, février 1907, p. 126-135.

Anthony Ej, Chiland Colette, Koupernik C. *L'enfant vulnérable*, Paris, PUF, 1982.

Aparicio Sol. « La forclusion : préhistoire d'un concept », *Ornicar ? revue du Champ freudien*, janvier-mars 1984, n°28, pp 83-105.

Arrivé Michel. *Langage et psychanalyse. Linguistique et inconscient. Freud, Saussure, Pichon, Lacan* [1994], Limoges, Éd Lambert-Lucas, 2005.

« Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou intervenons-nous sans raison dans leur vie ? » D'après les communications des Prs P. McGorry et R. Kahn, *Journal de Nervure*, 16, 4, 2003.

Azorin Jean.-Michel. *Les modèles de la vulnérabilité dans la schizophrénie*, Paris, Doin éditeurs, 1998.

Azorin J.-M, Dassa D. « La psychose unique : aspects conceptuels », *Neuro-psy*, 2, vol 15, mars-avril 2000, p. 82-85.

Ball Benjamin. *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, Asselin, 1880. (2^{ième} édition, Asselin et Houzeau, 1890).

Ballet Gilbert. « Le service des délirants de l'Hôtel-Dieu », *La presse médicale*, samedi 15 juillet 1905, p. 441-444.

Badonnel. « Les maladies mentales à début insidieux », *La prophylaxie mentale*, n°17, 1^{er} juin, p. 10-12.

Bayle Laurent.-Antoine. *Recherches sur les maladies mentales*, thèse de médecine, P. Didot, 1822.

Beaufils B. « Traitement des premières manifestations psychotiques », *Annales médico-psychologiques*, 159, 2001, p. 307-311.

Bercherie Paul. *Les fondements de la clinique*, Paris, Navarin, 1980. Réédition, *Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, L'Harmattan, 2004.

Bergeron, Blanche, Lasègue. « Du délire par accès, avec impulsion homicide (affaire Thouviot) », *Archives générales de médecine*, 6, 25, 1875, p. 5-22.

Berner Peter. « La trans-nosographie dans la perspective du modèle de vulnérabilité », *Annales médico-psychologiques*, 152, 1, 1994, p. 50-52.

Biéder J. « Le centenaire de la dernière édition des 'Leçons sur les maladies mentales' de Benjamin Ball », *Annales médico-psychologiques*, vol 149, n°6, p. 600-606.

Bing François. « La théorie de la dégénérescence », in Postel Jacques, Quételet Claude [sous la direction. de]. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2004, p. 233-238.

Bing F. « Folie et déraison, éléments d'histoire », *Figures de la psychanalyse*, n°15, 2007, p.131-137.

Blondel Charles. *Les automutilateurs. Étude psycho-pathologique et médico-légale*, Paris, Librairie Jules Rousset, 1906.

Bonnet Charles. *La palingénésie, philosophique, ou Idées sur l'état passé ou l'état futur des êtres vivants*, Genève, C. Philibert, B. Chirol, 1770.

Bonnot Olivier, Mazet Philippe. « Vulnérabilité aux schizophrénies : revue de la littérature et applications cliniques », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 54, 2006, p. 92-100.

Borie J, Rabanel J.-R, Viret C. « Clinique du suspens » [1998] in Deffieux J.-P, Dewambrechies-La Sagna Carole (textes réunis par). *La psychose ordinaire* [1998], Paris, Agalma/Le Seuil, 1999.

Bottéro A. « Une histoire de la dissociation schizophrénique », *L'Évolution psychiatrique*, 66, 2001, p. 43-60.

Bouisson P. « Le syndrome de vulnérabilité », *Nervure*, VIII, 3, Avril 1995, p. 17-27.

Brémaud Nicolas. « Newton », *L'Information psychiatrique*, 81, 12, 2005, p 911-922.

Brémaud N. « Prépsychose : revue de la littérature et approche critique », *L'information psychiatrique*, n°5, mai 2008, p. 383-393.

Brierre de Boismont Alexandre. « Études médico-légales sur la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2^{ième} série, tome XIV, juillet 1860, p. 405-431.

Briole Guy. « Éditorial », *L'Essai*, revue du département de psychanalyse de Paris VIII, n°1, 1998, p.5.

Briot Maryvonne. (Madame la députée). *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*, juin 2006. Disponible sur le site : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp#>

Carroy Jacqueline, Ohayon Annick, Plas Régine. *Histoire de la psychologie en France. XIX^e - XX^e siècles*, Paris, La Découverte, 2005.

Castanet Hervé, De Georges Philippe. « Branchements, débranchements, rebranchements » [1998], in Deffieux J.-P, Dewambrechies-La Sagna Carole (textes réunis par). *La psychose ordinaire*, Paris, Agalma/Le Seuil, 1999, p. 13-44.

Castel Robert. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Editions de Minuit, 1976.

Castel R. *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Editions de Minuit, 1981.

Castel Pierre.-Henri. « Comment peut-on 'être agi ?'. L'hypothèse Groivs-Proust-Jeanerod », Exposé au Colloque 'Geste, motif, action', Paris, le 28 avril 2007. Disponible sur le site <http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/GPJ.htm>. Consulté le 21/01/2008.

Chaslin Philippe, Nageotte. « La vraie réforme du traitement des affections mentales à Bicêtre et à la Salpêtrière », *La presse médicale*, 29 juin 1901.

Chomel. Article « Prodrome », in *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique par MM Adelon, Béclard et al*, 2^{ième} éd, tome 26, Paris, Béchet Jeune, 1842.

Claude Henri, Borel Adrien, Robin G. « Considérations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque », *L'Encéphale*, n°8, septembre-octobre 1923, p. 482-493.

Claude H, Borel A, Robin G. « Démence précoce, schizomanie et schizophrénie », *L'Encéphale*, n°3, mars 1924, p. 143-151.

Clérambault Gaëtan. Gatian (de). *Œuvres psychiatriques*, Paris, PUF 1942. Réédition, Paris, Frénésie éditions, 1998.

Colombier Jean, Doublet François. *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, Et de travailler à leur guérison dans les Asiles qui leur sont destinés*, Paris, Imprimerie Royale, 1785. Repris in *L'Évolution psychiatrique*, [Texte présenté par Claude Quétel], 1, 1983, p.225-241.

Ciampi L. « Schizophrénie aiguë, vulnérabilité permanente. Un nouveau modèle psychobiologique intégratif », *Psychologie médicale*, 19, 1987, p. 331-334.

Ciampi L. Müller C. « L'évolution des schizophrénies », *L'Évolution psychiatrique*, tome XLII, octobre-décembre 1977, p. 1219.

Comte Auguste. « Considérations générales sur les phénomènes géométriques élémentaires des corps célestes », XXI^{ième} leçon, in *Cours de philosophie positive*, Tome 2, Paris, Rouen frères, 1830.

Conrad Klaus. *Die Beginnende Schizophrenie (Versuch einer Gestalt analyse des Wahns)*, Stuttgart, éd Georg. Thieme, 1958.

Courtois. « Le début des psychoses et l'âge », *La prophylaxie mentale*, 1930, p. 184-190.

Cottet Serge. « L'hypothèse continuiste dans les psychoses », in *L'Essai*, revue du département de psychanalyse de l'université Paris VIII, 2, 1999, p. 9-16.

Cremniter Didier, Maleval J.-C. « Contribution au diagnostic de psychose », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°48, 1989, p. 69-89.

Czermak Marcel. « Le déclenchement de la psychose », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°9, avril 1977, p. 15-28.

Daquin Joseph. *La philosophie de la folie* [1791], Paris, Frénésie éditions, 1987.

De Massary, Leroy, Mallet. « Auto-mutilation sexuelles chez un schizophrène », séance du 24 juin 1929 de la Société médico-psychologique, *Annales médico-psychologiques*, n°2, 1929, p.144-150.

Depelsenaire Yves. « L'instant de voir le déclenchement d'une psychose », *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, décembre 1996, p. 53-55.

Delamillieure. P, Couleau. M, Dolfus. S. « Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques », *Annales médico-psychologiques*, 167, 2009, p. 79-85.

Delay. Jean, Deniker. Pierre, Harl J.M. « Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560RP) », *Annales médico-psychologiques*, 110, 1952, p. 112-117.

Deffieux Jean.-Pierre. « Le risque suicidaire », *La Cause freudienne*, n°58, octobre 2004, p. 49-55.

Delmas F.-Achille. « Le signe du miroir dans la démence précoce », *Annales médico-psychologiques*, séance du 25 février 1929, n°1, p. 227-233.

Deniker Pierre. « Qui a inventé les neuroleptiques », *Confrontations psychiatriques*, n°13, 1975, p. 7-17.

Dervaux Alain. « Prodromes de la schizophrénie : dépistage et traitement préventif sont-ils possibles ? », *Perspectives Psy*, vol 41, n°5, décembre 2002, p. 406-410.

Dervaux A, Krebs Marie.-Odile. « Les facteurs de vulnérabilité à l'héroïnomanie », *Annales médico-psychologiques*, 162, 2004, p. 307-310.

Doron. R, Pavot. F. Article *Vulnérabilité*, in *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, PUF, 1991.

Dosse François. *Histoire du structuralisme, I. Le champ du signe 1945-1966*, Paris, La Découverte, 1991. Réédition, Paris, Librairie générale, 2002.

Egger Max, Naville François, Ladame Paul.-Louis. « Rapport médico-légal sur l'état mental de K...f », in *Annales médico-psychologiques*, vol 1, 10^{ième} série, mars 1918, p. 248-266.

EL Khazen et al. « Les symptômes prodromiques de la schizophrénie », *L'Encéphale*, XXIX, 2003, p. 469-477.

Ellenberger H.-F. *Histoire de la découverte de l'inconscient* [1970], Paris, Fayard, 1994.

Esquirol Etienne. *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, thèse de médecine, Paris, Didot jeune, 1805. Repris in Gauchet M, Swain G. *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Paris, Librairie des Deux Mondes, 1980.

Esquirol E. Articles in *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, C et F Panckoucke.

Esquirol E. *Des maladies mentales considérées sous leur rapport médical, hygiénique et médico-légal* [1838], Frénésie éditions, 1989.

Ey Henri « Conditions d'apparition et forme de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens. [1955], in *Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1996, p. 267-287.

Ey H. « A propos de 'La schizophrénie au débutant' de Klaus Conrad », *L'Évolution psychiatrique*, 23, 1958, p. 697-698.

Ey H. *Préface*. In Moreau de Tours J.-J. *Du haschich et de l'aliénation mentale* [1845], Reprint en fac-similé, Paris, Société d'édition médico-psychologique, coll. « Esquirol », 1970.

Falret Jean.-Pierre. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales* [1864], Paris, Sciences en situation, 1994. Introduction de Georges Lantéri-Laura.

Falret Jules. « Folie raisonnable ou folie morale », Discours prononcé à la Société médico-psychologique lors de la séance du 8 janvier 1866, in *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, J.-B Baillière et fils, 1890, p. 475-525.

Falret J. « Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants », séance du 29 juillet 1878, *Annales médico-psychologiques*, 5^{ième} série, tome XX, 1878, p. 396-406.

Falret J. *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, Paris, J.-C Baillière, 1890.

Falret J. « Des questions à mettre à l'étude, relatives au délire de persécutions », séance du 31 octobre 1893, *Annales médico-psychologiques*, tome I, 1893, p. 88-90.

Falret J. « Variétés cliniques du délire de persécution », séance du 1^{er} juin 1896, *Annales médico-psychologiques*, 8^{ième} série, tome IV, 1896, p. 90-98, (et suite) p. 413-436.

Ferenczi Sandor. « Quelques observations cliniques de malades paranoïaques et paraphréniques », in *Œuvres Complètes*, 2, Paris, Payot, 1970, p. 109-116.

Figuier Louis. *Les merveilles de la science ou Description populaire des inventions modernes* [1867-1891], Paris, Librairie Furne, Jouvet et Cie.

Foucault Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961], Paris, Gallimard, 1972.

Foucault M. *La naissance de la clinique* [1962], Paris, PUF, 2005.

Freud. S, Abraham. K. *Correspondance complète, 1907-1925*, Paris, Gallimard, 2006.

Freud. S, Fliess. W. *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*, Paris, PUF, 2006.

Freud S, Jung C.-G. *Correspondance, 1906-1909, I*, Paris, Gallimard, 1975.

Freud S, Jung C.-G. *Correspondance, 1909-1914, II*, Paris, Gallimard, 1975.

Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie* [1895], Paris, PUF, 1956.

Freud S. *Trois essais sur les théories sexuelles infantiles*, Paris, Gallimard, 1987.

Freud S. *La question de l'analyse profane* [1926], Paris, Gallimard, 1985.

Freud S. *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1969.

Freud S. *Abrégé de psychanalyse* [1938], Paris, Gallimard, 1975.

Freud S. *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1985.

Freud S. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le Président Schreber) [1911], in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1995, p. 263-324.

Freud S. « La dynamique du transfert » [1912], in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1985, p. 50-60.

Freud S. « Pour introduire le narcissisme » [1914], in *La vie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1969, p. 81-105.

Freud S. « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique » [1914], in *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, 1966.

Freud S. « Psychiatrie et psychanalyse », in *Introduction à la psychanalyse* [1915-1917], Paris, Payot, p. 225-238.

Freud S. « La théorie de la libido et le narcissisme », in *Introduction à la psychanalyse* [1915-1917], Paris, Payot, p. 389-407.

Freud S « Deuil et mélancolie », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p.145-171.

Freud S. « Au-delà du principe de plaisir » [1920], in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.

Freud S. « Le moi et le ça » [1923], in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1991, p. 219-275.

Freud S. « 'Psychanalyse' et 'Théorie de la libido' » [1923], in *Résultats, idées, problèmes, II*, Paris, PUF, 1985.

Freud S. « La décomposition de la personnalité psychique » [1937], in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984.

Freud S. « Construction dans l'analyse » [1937], in *Résultats, idées, problèmes, II*, Paris, PUF, 1995, p. 269-281.

Garnier, Delamare. *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, Maloine, 2000.

Garrabé Jean. *Préface*. In Clérambault G.G (de). *L'automatisme mental*, éd. Les Laboratoires Delagrangé, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1992.

Garrabé J. « De Pinel à Freud ? Le traitement moral : son évolution de Pinel à nos jours », in Garrabé J (dir.). *Philippe Pinel*, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 1994, p. 71-93.

Garrabé J. « De l'emploi du mot 'structure' en psychiatrie », *L'Évolution psychiatrique*, 65, 2000, p. 499-509.

Garrabé J. « Voies d'entrées dans la schizophrénie », *Synapse*, n° 174, mars 2001, p. 57.

Garrabé J. « La psychiatrie et la méthode psychopathologique (1902-1952) », *Annales médico-psychologiques*, 2002, p. 746-751.

Gauchet Marcel. « De Pinel à Freud », [préface]. In Swain Gladys. *Le Sujet de la folie* [1977], Paris, Calmann-Lévy, 1997.

Geier S. « La conception des maladies mentales et l'automatisme mental dans l'œuvre de Clérambault », *L'Évolution psychiatrique*, III, 1960, p. 413-430.

Génil-Perrin Georges. *Les paranoïaques*, Paris, Maloine, 1926.

Georges Philippe (de). « Paradigme de déclenchement. Un mot de trop », in Jolibois M, Stréliski P, (textes réunis par.) *Le conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses*, Paris, Agalma/Le seuil, p. 39-47.

Georget Etienne. *De la folie* [1820], [Textes choisis et présentés par Postel. J], Paris, L'Harmattan, 1999.

Germain C, Petitjean F. « Schizophrénies débutantes : formes à début insidieux, prodromes. Mise en place de consultations de dépistage précoce », *Annales médico-psychologiques*, 162, 2004, p. 483-487.

Ginestet D. « L'essor de la psychopharmacologie et son impact sur la psychiatrie », in *Annales médico-psychologiques*, 160, 2002, p. 767-771.

Goldstein Jan. *Consoler et classier : l'essor de la psychiatrie française* [1987], Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997.

Gori Roland. « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui », *Figures de la psychanalyse*, n°15, 2007, p. 151-165.

Gori R, Del Volgo Marie.-José. *La santé totalité. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005.

Gorog Françoise, Gorog Jean-Jacques. « Questions sur la structure maniaco-dépressive », in *Phénomènes et structure dans le champ des psychoses* », *GRAPP*, 1989, p. 127-135.

Gourevitch Danielle. « La conception galénique de la maladie », *La Revue du praticien*, 51, 2001, p. 1995-2000.

Gourevitch D. « La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine », in Postel J, Quételet C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie* [1994], Paris, Dunod, 2004, p. 3-23.

Gourevitch Michel. « Un traitement neuroleptique vécu par un psychiatre », *L'Évolution psychiatrique*, 46, 1981, p. 97-104.

Gourevitch M. « Mythes », *L'Évolution psychiatrique*, 56, 3, 1991, p. 595-602.

Grand Robert (Le). *Dictionnaire de la langue française*, Paris, 2001.

Graz. B. « L'entretien thérapeutique précoce en cas de psychose récente ou aiguë. Essai de systématisation de la méthode développée par Henri Grivois et al », *Synapse*, n°221, janvier 2001, p. 43-45.

Graziani Pierluigi, Swendsen Joel. *Le stress. Émotions et stratégies d'adaptation*, Paris, Armand Colin, 2005.

Griesinger Wilhelm. *Traité des maladies mentales. Pathologies et thérapeutiques*, trad de l'allemand sous les yeux de l'auteur par le D^r Doumic, Paris, Adrien Delahaye, 2^{ième} éd, 1865.

Grivois Henri. *La psychiatrie des urgences*, Paris, Robert Laffont, 1987.

Grivois H. « Le court-circuit symptomatique », in *Les monomanies instinctives*, Paris, Masson, 1989, p. 1-5.

Grivois H. « Psychose naissante. Expérience de centrale et reconstruction du lien », *L'Information psychiatrique*, 66, 9, 1990, p. 849-854.

Grivois H. « Psychose naissante une ascèse catastrophique » in *Psychose naissante, psychose unique ?* (Grivois. H sous la dir. de), Paris, Masson, 1991, p. 135-151.

Grivois H. « Psychose naissante », in *Psychose naissante, psychose unique ?* (Grivois. H sous la dir. de), Paris, Masson, 1991, p. 1-4.

Grivois H. *Naître à la folie*, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 1992.

Grivois H. *Urgence folie*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1993.

Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique », in *Mécanismes mentaux, mécanismes centraux*, (Grivois H, Dupuy J.-P, sous la dir. de), Paris, La découverte, 1995, p. 23-65.

Grivois H. « Psychiatrie d'urgence à l'hôpital général : la tentation du recoin », *Revue de psychiatrie et de psychologie médicale*, décembre 1996, p. 33-36.

Grivois H. « Pour en finir avec Clérambault », *Synapse*, n° 131, décembre 1996, p. 24-28.

Grivois H. « Entrer en psychoses », *L'Évolution psychiatrique*, 62, 2, 1997, p. 349-356.

Grivois H. « Coordination et subjectivité dans la psychose naissante », in *Subjectivité et conscience d'agir*, (Grivois H, Proust J sous la dir. de), Paris, PUF, 1998, p. 35-73.

Grivois H. *Parler avec les fous*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2007.

Grivois H. « Le point aveugle des psychoses », *Santé mentale*, décembre 2007, n°123, p. 66-72.

Grivois Henri, Grosso Luigi. *La schizophrénie débutante*, Paris, John Libbey Eurotext, 1998.

Grosso L. « Aux origines de la conception unitaire des psychoses dans la psychiatrie allemande du XIX^e siècle », *Neuro-psy*, vol 15, n°2, mars-avril 2000, p. 66-75.

Guedj-Bourriau M.-J. *Urgences psychiatriques*, Paris, Masson, 2008.

Guiraud Paul. « Délire systématisé et inversion sexuelle », *Annales médico-psychologiques*, Tome II, 12^{ième} série, 1922, p. 128-132.

Guiraud P. « Les délires chroniques (hypothèses pathogéniques contemporaines) », *L'Encéphale*, n°9, 1925, p. 663-673.

Guiraud P, Cailleux Bernard. « Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie, chez les hébéphréniques », *Annales médico-psychologiques*, n°4, 1928, p. 352-360.

Guiraud P, Le Cannu Y. « Symptômes primitifs et secondaires dans la psychose hallucinatoire chronique », *Annales médico-psychologiques*, tome 2, décembre 1929, p. 422-428.

Haustgen T. « Centenaire de la création du premier service ouvert de psychiatrie en France », *Synapse*, janvier 1997, p. 41-44.

Hecker. « L'hébéphrénie. Contribution à la psychiatrie clinique », (traduction et présentation par A. Viillard), *L'Évolution psychiatrique*, 50, 2, 1985, p. 325-355.

Hirsch. *Exposition universelle internationale de 1878 à Paris. Rapport du jury international*, Paris, Imprimerie nationale, 1883.

Hochmann Jacques. *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004.

Hoffman Christian. « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde contemporain », *Figures de la psychanalyse*, n° 9, 2004, Érés, p. 49-61.

Holzer L, Halfon O, Jaugey L. « Psychose à l'adolescence, les neurosciences améliorent-elle la prédiction ? », *L'Encéphale*, 34, 2008, p. 153-160.

Hulak Fabienne. « La dissociation, de la séjonction à la division du sujet », *L'Information psychiatrique*, 65, 2000, p. 19-30.

Israël Lucien. *Initiation à la psychiatrie*, Paris, Masson, 1984.

Janet Pierre. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, Paris, Félix Alcan, 1889. Réédition, Paris, L'Harmattan, 2005.

Jaspers Karl. *Psychopathologie générale*, (trad. fr, de la 3^{ième} éd de 1922), Paris, Librairie Félix Alcan, 1933.

Jones Ernst. *La vie et l'œuvre de Freud*, I, Paris, PUF, 1961.

Jouanna J. « La notion de maladies chez Hippocrate », *La Revue du praticien*, 51, 2001, p. 1985-1986.

Kahlbaum K.L. « La catatonie ou folie tonique » [1874], (trad. fr et présentation de A. Viallard), *L'Évolution psychiatrique*, 2, 1987, p. 367-440.

Kerhoas Médéric. « Position du *moment fécond* dans la théorie de Jacques Lacan », *L'Évolution psychiatrique*, 69, 2004, p. 343-351.

Krebs Marie-Odile. « Concept de vulnérabilité appliqué aux troubles schizophréniques », in *Recherche et enseignement à l'Hôpital Sainte-Anne*, 2^{ième} journée Pierre Deniker, mars 2003, Paris, Masson-Acanthe, 2003, p. 49-55.

Krebs M.-O, Canceil Olivier. « Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2004, p. 91-102.

Laborit Henri. « Vers une psychiatrie totale : un essai d'intégration bio-neuro-psycho-sociologique », *Prospective et Santé*, n°1, printemps 1977.

Laboucarié J. « Le devenir des psychoses délirantes aiguës et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire », *Confrontations psychiatriques*, n°2, décembre 1968, p. 31-52.

Lacan Jacques. « Structures des psychoses paranoïaques » [1931], *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°44, janvier-mars 1988, p. 5-18.

Lacan J. *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [1932], Paris, Éditions du Seuil, 1975.

Lacan J. *Les complexes familiaux et la formation de l'individu* [1938], Paris, Navarin, 1984. Repris in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 23-84.

Lacan J. « Le mythe individuel du névrosé ou poésie et vérité dans la névrose » [1953], *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°17-18, 1979, p. 290-307.

Lacan J. *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1966.

Lacan J. « Petit discours aux psychiatres », Paris, Sainte-Anne, conférence inédite du 10 novembre 1967.

Lacan J. *Le séminaire I. Les écrits techniques de Freud* [1953-1954], Paris, Éditions du Seuil, 1975.

Lacan J. *Le séminaire III. Les psychoses* [1955-1956], Paris, Éditions du Seuil, 1981.

Lacan J. *Le séminaire V. Les formations de l'inconscient* [1957-1958], Paris, Éditions du Seuil, 1998.

Lacan J. *Le séminaire VII. L'Éthique de la psychanalyse* [1959-1960], Paris, Le Seuil, 1986.

Lacan J. *Le séminaire X. L'angoisse* [1962-1963], Paris, Le Seuil, 2004.

Lacan J. *Le séminaire XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* [1964], Paris, Éditions du Seuil, 1973.

Lacan J. « L'étourdit », prononcée le 14 juillet 1972, in *Silicet*, n°4, Paris, Le Seuil.

Lacan J. *Le séminaire XVII. L'envers de la psychanalyse* [1969-1970], Paris, Le Seuil, 1991.

Lacan J. *Le séminaire XX. Encore* [1972-1973], Paris, Le Seuil, 1975.

Lacan J. « RSI » [1974-1975], in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°3, mai 1975.

Lacan J. « Conférence à Yale University, 24 novembre 1975 », in *Silicet*, 6/7, 1976, p. 32-37.

Lacan J. « Le sinthome », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°7 et 8, 1976-1977.

Lacan J. « Ouverture de la section clinique », in *Ornicar ?*, revue du *Champ freudien*, n°9, avril 1977, p. 7-15.

Lacan J. *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001.

Ladame Paul.-Louis. « A propos du court-circuit cérébral », in *La tribune de Genève*, du 26 octobre 1916.

Lalonde Pierre, Barabé P. « Le traitement contemporain de la schizophrénie », in *L'Information psychiatrique*, 78, 6, 2002, p. 579-583.

Lantéri-Laura Georges. « Psychopathologie et processus », in *L'Évolution psychiatrique*, 20, 1985, p. 589-610.

Lantéri-Laura G. « L'unicité de la notion de délire dans la psychiatrie française moderne », in *Psychose naissante, psychose unique ?*, (H. Grivois, sous la dir. de), Paris, Masson, p. 5-21.

Lantéri-Laura G. *La chronicité en psychiatrie*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997, p. 69-93.

Lantéri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps, 1998.

Lantéri-Laura G. « Réflexions sur l'hypothèse d'une pathologie mentale unitaire », in *Neuro-Psy*, vol 15, n°2, mars-avril 2000, p. 62-65.

Lantéri-Laura G. « Cent cinquante ans de psychiatrie française et francophone », in *Annales médico-psychologiques*, 160, 2002, p. 714-722.

Lantéri-Laura G. « Histoire de la clinique des hallucinations », in *Hallucinations regards croisés*, Paris, Masson, 2002, p. 15-20.

Lantéri-Laura G. « Éléments pour une histoire de la psychiatrie ». Disponible sur le site http://www.serpsy.org/histoire/Lanteri_1.html. Consulté le 28/04/2003.

Lantéri-Laura G. « Principales théories de la psychiatrie contemporaine », *EMC*, 37-006-A10, 2004, p. 1-14.

Larousse Pierre. *Grand Dictionnaire Universel du XIX^e siècle* [1866-1877].

Lasègue Charles. « Du délire de persécutions », in *Archives générales de médecine*, série 4, n°28, février 1852, p. 129-150. Réédition, in *Écrits psychiatriques*, Toulouse, Privat, 1971.

Laurent Éric. « Mélancolie, douleur d'exister, lâcheté morale », in *Ornicar ? revue du champ freudien*, n°47, octobre-décembre 1988, p. 5-17.

Laurent É. « Le psychotique écrit.. » in *La psychose dans le texte*, Analytica, Paris, Navarin, 58, 1989, p. 113-121.

Laurent É. « Trois énigmes : le sens, la signification, la jouissance », in *La revue de la cause freudienne*, n°23, février 1993, p. 43-50.

Laurent É. « Réflexions sur l'Autisme », in *Bulletin du Groupe Petite Enfance*, L'Autisme, n°10, janvier 1997, p. 40-45.

Lecrubier A. « De la vulnérabilité à la dépression : la neuroplasticité en question », in *Synapse*, n°211, Janvier 2005, p. 40-42.

Legrain P.-M. *Du délire chez les dégénérés*, thèse de médecine, Parent éd, 1886.

Leguil François. « Le déclenchement d'une psychose », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, avril-juin 1987, n°41, p. 71-75.

Leuret François. *Fragments psychologiques sur la folie* [1834], Paris, Frison-Roche, 2007. Préface de Pierre Morel.

- Leuret F. *Indications à suivre dans le traitement de la folie* [1845], Paris, L'Harmattan, 1998.
- Lévi-Strauss Claude. *Les structures élémentaires de la parenté* [1949], Paris, La Haye, 1967.
- Lévi-Strauss C. *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss* [1950], in Mauss Marcel. *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1989.
- Lévy Alexandre. *Conception et conditions du fantasme dans la psychose*, Thèse de psychologie, Université de Rennes 2, 2007.
- Lines Élisabeth. « L'intervention durant les premiers stades de la psychose », février 2000. Disponible sur le site www.cmha.ca
- Lysy-Stevens Anne. « Articulations cliniques de $\Phi\sigma$ », in *Feuillets du Courtil*, n°1, mai 1989, p. 25-33.
- McGorry PD. « Prodromes faut-il traiter ou non ? », in *L'Encéphale*, Sp I, p. 7-11, 2001.
- Mahieu E.T. « Le pousse-à-la-femme » et les structures cliniques de la psychose », in *L'Essai*, 2, 1999, p. 151-166.
- Magnan Valentin. « Du délire chronique (suite) », séance du 26 mars 1888, in *Annales médico-psychologiques*, 7^{ième} série, tome VII, mai 1888, p. 470-487.
- Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, Progrès médical-Louis Bataille éditeur, 2^{ième} éd, 1893.
- Magnan V, Legrain P.-M. *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, 1895.
- Magnan Valentin, Sérieux Paul. « Délire chronique », in Marie A. *Traité international de psychologie pathologique*, Paris, Alcan, II, 1911, p. 605-639. Repris in *Les édifices du délire*, Analytica, Paris, Navarin, 37, 1987, p.11-37.
- Mâle Pierre. « La syphilis et les troubles mentaux », *La prophylaxie mentale*, n°17, 1^{er} juin 1929, p.13-18.
- Maleval Jean.-Claude. « Du déclenchement des psychoses », in *L'Information psychiatrique*, 59, 7, 1983, p. 901-911.
- Maleval J.-C. « Logique du meurtre immotivé », in *Psychose naissante, psychose unique ?* (Grivois. H, sous la dir. de), Paris, Masson, 1991, p. 43-67.
- Maleval J.-C. « Construction et évolution du concept de forclusion du Nom-du-Père » in *Les Cahiers de Cliniques Psychologiques*, Université de Rennes 2, n°17, 1993, p. 45-89.
- Maleval J.-C. « Le déclenchement de la psychose lors de la période post-pubertaire », in *Les Cahiers de Cliniques Psychologiques*, n°19, 1993, Université de Rennes 2, p.19-29.
- Maleval J.-C. « Fonctions de l'écrit pour le psychotique », *Samedis psychanalytiques de Bretagne*, n°4, 1993, p. 89-98.

Maleval J.-C. *Logique du délire* [1997], Paris, Masson, 2000.

Maleval J.-C. « La temporalité logique du délire », in *L'inconscient ignore-t-il le temps ?* (L. Ottavi, sous la dir. de), Rennes Presses Universitaires de Rennes, 1997, p. 153-163.

Maleval J.-C. « Le schizophrène et son traitement », *Mental*, n°6, juillet 1999, p. 67-86.

Maleval J.-C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept sa clinique*, Paris, Éditions du Seuil, 2000.

Maleval J.-C. « G. G de Clérambault, loin de l'oubli », *L'Évolution psychiatrique*, 66, 2001, p. 223-239.

Maleval J.-C. « Apports de la théorie psychanalytique pour la prise en charge des sujets psychotiques », *Revue Letterina*, 31, juillet 2002, p. 42-57.

Maleval J.-C. *Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire*. Séminaire inédit de la Découverte freudienne, Université de Toulouse, 18-19 janvier 2003, inédit.

Maleval J.-C. « Il n'y a pas d'angoisse psychotique », *Quarto*, n°85, novembre 2005, p. 66-72.

Maleval J.-C. « La tentation accentuée de mortification du sujet dans le discours de la psychiatrie », *Nervure*, Tome IV, n°7, octobre 1991, p. 45-52.

Maleval J.-C, Sauvagnat F. « Pour une approche structurale en psychopathologie », in *Les Cahiers de Cliniques Psychologiques*, Université de Rennes 2, n°19, 1993, p. 3-18.

Manuila A, Manuila P, Nicole M et al. Article, Diathèse, in *Dictionnaire français de médecine et de biologie*, Paris, Masson, tome 1, 1970.

Marie. « Des hôpitaux ouverts pour maladies mentales », *Revue de psychiatrie*, 1904, p. 441-460.

Masson. M, Bourgeois M.-L, « La médicalisation de l'intuition charitable de saint Jean de Dieu à Philippe Pinel », *Annales médico-philosophique*, 164, 2006, p. 237-243.

Ménard Augustin. « Clinique de la stabilisation psychotique », *Abords*, n°1, novembre 1994, p. 7-16.

Metton A. « Commentaire de l'article de P. Lalonde », *L'Information psychiatrique*, 78, 6, 2002, p. 588-589.

Metzger J.-Y. « Psychose débutante, psychose aiguë, et après ? », *Annales médico-psychologiques*, 159, 2001, p. 296-301.

Miller Jacques.-Alain. « Sur la leçon des psychoses », in *Actes de l'École de la Cause freudienne*, XIII, 1987, p. 142-144.

Miller J.-A. « Jacques Lacan : remarques sur son concept de passage à l'acte », *Actualités psychiatriques*, n°1, janvier 1988, p. 50-55.

- Miller J.-A. « Forclusion généralisée », *Cahiers de l'ACF-VLB*, 1993, p. 4-8.
- Miller J.-A. « Clinique ironique », *Revue de la Cause freudienne*, n°23, février, 1993, p. 7-13.
- Miller J.-A. « Jacques Lacan et la voix », *Quarto*, n°54, 1994, p. 47-52.
- Miller J.-A. « Clôture. Vide et certitude » [1996], in Jolibois M, Stréliski P, (textes réunis par.) *Le conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses* [1996], Paris, Agalma/Le seuil, 1997, p. 225-231.
- Miller J.-A. « Ouverture », in Dewanbrechies-La Sagna C, Deffieux J.-P (textes réunis par.) *La conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclassables de la clinique* [1997], Paris, Agalma/Seuil, 1997.
- Miller J.-A. « Lacan avec Joyce », in *La revue de la Cause freudienne*, n°38, février 1998, p. 7-20.
- Miller J.-A. « Les six paradigmes de la jouissance », in *Revue de la Cause freudienne*, n°43, Octobre 1999, p. 7-29.
- Miller J.-A. « L'invention psychotique », *Quarto*, n°80/81, janvier 2004, p. 6-13.
- Milner Jean.-Claude. « De la linguistique à la linguisterie », *La cause freudienne*, n° 42, mai 1999, p. 87-95.
- Milner Jean.-Claude. *Le périple structural. Figures et paradigme*, Paris, Éditions du Seuil, 2002.
- Minkowski Eugène. « Du symptôme au trouble générateur. Quelques réflexions sur la psychopathologie contemporaine », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, fasc 1, vl XXII, 1928, p.35-63.
- Montassut Marcel. *La constitution paranoïaque*, thèse de médecine, Paris, 1924.
- Moreau de Tours Jacques.-Joseph. *Du haschich et de l'aliénation mentale. Études psychologiques*, Paris, Fortin, Masson et Cie, 1845. Repris in coll. « Analectes », I et II, Théraplix, 1970.
- Moreau de Tours J.-J. « De l'identité de l'état de rêve et de la folie », in *Annales médico-psychologiques*, 3^{ième} série, vol 1, 1855, p. 361-408.
- Morel Bénédicte.-Augustin. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles ou morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, Paris, J.-B Baillière, 1857.
- Morel B.-A. *Traité des maladies mentales*, Paris, Masson, 1860.
- Morel Pierre, Quételet Claude. « Bilan des thérapeutiques à la fin du XVII^e siècle », in Postel J, Quételet C [dir]. *Nouvelle histoire de la psychiatrie* [1994], Paris, Dunod, 2004, p. 121-127.

- Morel Geneviève, Wachsberger Herbert. « Recherches sur le début de la psychose » [1999], in *La psychose ordinaire*, Paris, Agalma/Le Seuil, 2005, p. 69-88.
- Morin C, Briand C, Lalonde P. « De la symptomatologie à la résolution de problème : approche intégrée pour les personnes souffrant de schizophrénie », in *Santé mentale au Québec*, XXIV, 1, 1999, p. 101-120.
- Moufid Kamal, Joual Abdenbi, Debbagh Adil, et al. « L'auto-mutilation génitale : à propos de 3 cas », in *Progrès en urologie*, 14, 2004, p. 540-543.
- Naveau Pierre. « Le déclenchement de la psychose », in *Ornicar ?*, revue du Champ freudien, n°44, janvier-mars, 1988, p. 77-87.
- Neury D.J.B, Merlo M.C.G. « Reconnaissance et traitement de la psychose débutante », *L'Information psychiatrique*, n°3, mars 2001, p. 255-258.
- Neisser Clemens. « discussion sur la paranoïa du point de vue clinique » [1892], (trad. fr, Sauvagnat F), in *Psychose naissante, psychose unique ?* (Grivois. H sous la dir. de), Paris, Masson, 1991, p. 85-96.
- Nicole et al. « Programme spécialisé pour les premiers épisodes psychotiques », *Annales médico-psychologiques*, 166, 2008, p. 638-645.
- Nouveau Petit Robert* (Le). Article, « Hominisation », Dictionnaires Le Robert, Paris, 1993.
- Nuss P. « Identification des marqueurs de vulnérabilité à la psychose : quelles conséquences, quelle responsabilité ? » *Les Actualités en psychiatrie*, n°8, octobre 2004, p. 195-196.
- Odier Charles. « Contribution à l'étude du surmoi et du phénomène moral », in *Revue française de psychanalyse*, 1, 1927, p. 24-72.
- Ohayon Annick. *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre (1919-1969)*, [1999], Paris, La Découverte, 2006.
- Ohayon A. « Les médecins hygiénistes français face à la politique raciale allemande. 1933-1939 » in *L'Évolution psychiatrique*, 66, 2001, p. 348-356.
- Ostancow P. « Le signe du miroir dans la démence précoce », *Annales médico-psychologiques*, n°2, 1934, p. 787-790.
- Parchappe M. « De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie » *Annales médico-psychologiques*, Tome II, 1^{ière} année, 1843, p. 358-371.
- Petitjean F, Marie-Cardine [sous la dir.]. *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques*. Conférence de consensus, les 23 et 24 janvier 2003, John Libbey Eurotext, 2003.
- Pigeaud Jackie. *Aux portes de la psychiatrie. Pinel l'Ancien et le Moderne*, Paris, Aubier, 2001.
- Pigeaud J. « L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française » in Postel Jacques, Quételet Claude [dir.]. *Nouvelle histoire de la psychiatrie* [1994], Paris, Dunod, 2004, p. 133-151.

Pinel Philippe. *Nosographie philosophique ou la méthode d'analyse appliquée à la médecine*, tome 2, 1^{ière} éd, Paris, Marandan, An VI, 1798.

Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, Richard-Caille-Ravier, 1800. Réédition. Paris, L'Harmattan, 2002.

Pinel P. *Nosographie philosophique ou la méthode d'analyse appliquée à la médecine*, tome 1, Paris, Marandon, 2^{ième} éd, 1803.

Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, J. Ant. Brosson, 2^{ième} éd, 1809. Réédition. Paris, Les empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil, 2005.

Ploumarc'h Christian. « Gaëtan Gatian de Clérambault. Des délires passionnels à l'automatisme mental, une clinique possible des psychoses », in *L'Abord des psychoses après Lacan 1958-1993*, Paris, Point hors-ligne, 1994, p. 51-71.

Poincaré Henri. *La théorie de Maxwell et les oscillations hertziennes*, Paris, G. Carré, C. Naud, 1899.

Pommier Gérard. « Psychose : régression topique au stade du miroir », *Quarto*, n°15, 1983, p.39-46.

Pommier G. *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion, 2004.

Porot Maurice. « Les modes d'entrées dans la schizophrénie », *La revue du praticien*, 1^{er}, Tome XV, n°25, octobre 1965, p. 3249-3259.

Postel Jacques. « Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle », in *L'Évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1979, p. 585-612.

Postel J. *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel*, Synthélabo, Coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 1998.

Postel J. « Georget et Bayle : deux destins contraires », in *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 221-248.

Puig-Vergès N, Schweitzer M.-G. « Détection précoce des psychoses et élimination des faux positifs dans les troubles de l'adolescence », *Annales médico-psychologiques*, 159, 2001, p. 302-306.

Raspail François-Vincent. *Nouveau système de physiologie végétale et botanique : fondé sur les méthodes d'observation qui ont été développées dans Le nouveau système de chimie organique*, Paris, J.-B Baillière, 1837.

Régis Emmanuel. « Les délirants des hôpitaux », in *La presse médicale*, n°73, samedi 12 septembre 1903, p. 645-648.

Reverzy J.-F. « La biocratie. Esquisse d'une histoire de la notion de prévention en médecine et en psychiatrie en Occident », *Soins Psychiatrie*, n°16, février 1982, p. 27-35.

Rivolier Jean. « Le concept de stress », in Chneiweiss. L, Albert. E (dir.). *Stress et anxiété : les faux-semblants*, Upjohn Editeurs, 1993, p. 11-55.

Ross Arce German. Déclenchement des psychoses : les facteurs blancs, une valeur de nuisance », *L'Information psychiatrique*, vol 79, n°5, mai 2003, p. 403-414.

Roudinesco Élisabeth. *Histoire de la psychanalyse en France*. 1 [1982], Paris, Fayard, 1994.

Roudinesco É. *Le patient, le thérapeute, et l'Etat*, Paris, Fayard, 2004.

Rousseau J.-J. *Œuvres complètes*, I, III, coll. « La pléiade », Paris, Le Seuil, 1959, 1979.

Saussure Ferdinand (de). *Cours de linguistique générale* [1916], Paris, Payot, 1972.

Sarramon, Bacquie. « Éléments de pronostic et formes de début », in *Synapse*, mars 2001, n°174, p. 54-56.

Sauvagnat François. « Une pierre d'attente. Quelques particularités du premier abord freudien des hallucinations psychotiques », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, janvier-mars, 1986, n°36, p. 52-68.

Sauvagnat F. « Histoire des phénomènes élémentaires », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°44, janvier-mars 1988, p. 19-27.

Sauvagnat F. « La question des 'passages à l'acte' en psychanalyse », in Grivois H. (sous la dir. de). *Les monomanies instinctives*, Paris, Masson, 1989, p.89-107.

Sauvagnat F. « De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques sont-ils l'indice ? », in *Psychose naissante, psychose unique ?*, [sous la direction d'Henri Grivois], Paris, Masson, 1991, p. 69-83.

Sauvagnat F. « L'entrée dans la psychose à l'adolescence : perspectives cliniques et enjeux théoriques », *Les Cahiers de Cliniques psychologiques*, n°19, 1993, p. 31-41.

Sauvagnat F. « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », in *Ornicar ? digital*, n°76, 1/2/1999. Disponible et consulté le 21/05/2009 sur le site : <http://www.lacanian.net/Ornicar%20online/Archive%20OD/ornicar/articles/svg0086>.

Sauvagnat F. « De la discordance de Chaslin à la 'Problématique RSI' de J. Lacan », in *Synapse*, octobre 2000, n°169, p. 49-58.

Sauvagnat F, Vaisserman A. « 'Phénomènes psychotiques' et manœuvres thérapeutiques », in *Revue Française de Psychiatrie*, n°10, tome 8, décembre 1990, p. 20-26.

Sauvagnat F, Maleval J.-C. « Crise d'adolescence ou entrée dans la psychose ? » *L'Information psychiatrique*, n°7, septembre 1991, p. 611-619.

Sauvagnat-Bourbakeur Rokaya, Sauvagnat François. « De la poussée d'adrénaline au syndrome général d'adaptation (stress) : à la recherche d'un corrélât physiologique du trauma », in *Psychologie Clinique*, n°24, Hiver 2007, p. 188-199.

- Schreber Daniel.-Paul. *Mémoires d'un névropathe* [1903], Paris, Éditions du Seuil, 1975.
- Selye Hans. « La nature du stress » [1976], trad. fr, Sauvagnat F, in *Psychologie Clinique*, Hiver 2007, p. 202-215.
- Sérieux P, Capgras J. *Les folies raisonnantes*, Paris, Alcan, 1909.
- Sériot Patrick. *Structure et totalité. Les origines intellectuelles du structuralisme en Europe centrale et orientale*, Paris, PUF, 1999.
- Skriabine Pierre. « Clinique de la suppléance », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, janvier-mars 1988, n°44, p. 65-76.
- Solano-Suarez Esthela. « La clinique des nœuds », *La Cause freudienne*, n°51, mai 2002, p. 102-106.
- Solaville. « Observations de Lypémanie guérie par la mutilation volontaire des organes génitaux », *Annales médico-psychologiques*, n°19, 1878, p.218-224.
- Soler Colette. *L'inconscient à ciel ouvert dans la psychose*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2002.
- Stahl S.-M. *Psychopharmacologie essentielle*, Paris, Flammarion, 2002.
- Stevens Alexandre. « L'holophrase, entre psychose et psychosomatique », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, juillet-septembre 1987, n°42, p. 45-79.
- Stevens A. « Déclenchement de la psychose », *Travaux*, n°3, 1991, p. 21-40.
- Stevens A. « Nerval et le déclenchement », *La lettre mensuelle*, n°166, octobre 1997, p. 4-6.
- Swain Gladys. « La nouveauté du Traité médico-philosophique et ses racines historiques », *L'Information psychiatrique*, vol 53, n°4, avril 1977, p. 463-476.
- Swain G. *Le Sujet de la folie* [1977], Paris, Calmann-Lévy, 1997.
- Tatossian Arthur. « La vulnérabilité psychotique », in *Synapse*, numéro spécial, mars 1996, p. 30-34.
- Toulouse Édouard. « De la valeur respective de la prédisposition et des causes occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales », *Annales médico-psychologiques*, 8^{ième} série, Tome II, juillet 1895, p. 114-135.
- Toulouse É. « Les hôpitaux et services d'observation et de traitement », *Revue de psychiatrie*, n°6, juin 1899, p. 165-178.
- Toulouse É. « Les délirants des hôpitaux », *Revue de Psychiatrie*, 1904, p. 43-44.
- Toulouse É. « La Conduite de la vie », *La prophylaxie mentale*, n°17, 1^{er} juin 1929, p. 3-9.

Toulouse É. « Les hôpitaux psychiatriques, biopsychiatrie et biopsychologie », *La prophylaxie mentale*, mai-juin 1931, p. 369-380.

Turnheim Mickael. « Perplexité (Ratlosigkeit) », *Revue de la Cause freudienne*, n°23, février 1993, p. 18-22.

Trésor de la Langue française, Nancy, CNRS-Klincksieck, 1978.

Trichet Yohan, Lévy Alexandre. « Scarification et (auto-)mutilation dans la psychose », *L'Information psychiatrique*, n°5, mai 2008, p. 395-401.

Vallet Dominique. « Un vacillement mélancolique », *Revue de la Cause freudienne*, 47, mars 2001, p. 96-99.

Vergetis Dimitri. « Deux axiomatiques des psychoses », in *Ornicar ? revue du Champ freudien*, n°44, janvier-mars 1988, p. 52-64.

Virole B. « Désorganisation cognitive et reconstruction du sens dans un cas de schizophrénie débutante », *L'Information psychiatrique*, 76, 2, 2000, p. 158-163.

Voltaire. Article Folie, *Dictionnaire de philosophie* [1769], Paris, Gallimard, 1994.

Weibel H, Metzger J.-Y. « Psychoses délirantes aiguës », in *EMC*, 37, 230-A-110, 2005, p.1-15.

Wiener Peter. « L'annonce faite au psychotique », in *Phénomènes et structures dans le champ des psychoses*, Groupe de Recherche et d'Application des concepts Psychanalytiques à la Psychose, 1989, p. 21-28.

Zenoni Alfredo. « La psychose hors déclenchement », *Zig-Zag*, n°7, octobre 1997, p. 49-56.

Zenoni A. « La mesure de la psychose. Note sur la schizophrénie », *Quarto*, n°80/81, janvier 2004, p. 17-24.

Zubin J, Spring B. « Vulnerability : a new view of schizophrenia », in *Journal of abnormal Psychology*, 86, 2, 1977, p. 103-126.

Index thématique

A

Acte.,

- (auto-mutilatoire)., 399, 401, 402, 408.
- (passage à l'), 18, 281, 287, 304, 307, 376, 377, 399, 400, 401, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 411, 412, 414, 415, 416, 423, 424, 502, 503, 511, 565.

Apparition.,

- (de l'aliénation mentale)., 40, 44, 46, 63, 260, 262, 300.
- (du délire)., 25, 44, 73, 105, 110.
- (de la folie)., 44, 53, 68, 75, 78, 453, 416.
- (de la manie)., 27, 28, 30, 32.
- (de la psychose)., 13, 14, 15, 23, 24, 25, 114, 118, 134, 140, 148, 149, 185, 202, 203, 254, 262, 267, 273, 292, 293, 297, 322, 348, 429, 431, 517, 518, 535, 564, 566.

Aptitude à délirer., 75, 77, 101, 121.

Ausstossung., 222.

Auto-accusations., 400, 417, 418, 419,

Automatisme., 106, 108, 144, 195.

- (général)., 97.
- (générateur)., 97.
- (mental)., 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 110, 111, 147, 148, 189, 193, 199, 242, 248, 300, 313, 314, 315, 316, 319, 321, 323, 324, 335, 353, 371, 373, 384, 394, 565.
- (moteur)., 96, 97, 313, 324.
- (sensitif)., 94, 96, 97, 324.
- (sensori-moteur)., 308.
- (triple)., 93, 97, 100, 309, 324.
- (verbal)., 309, 314.

Auto-traitement., 17, 18, 244, 256, 307, 370, 376, 377, 380, 381, 384, 385, 386, 387, 396, 398, 399, 401, 407, 408, 414, 424, 428, 497, 561, 564, 566.

Auto-thérapeutique., 18, 20, 161, 184, 253, 255, 353, 375, 376, 377, 380, 381, 384, 386, 387, 396, 398, 399, 401, 407, 408, 414, 424, 428, 497, 561, 564, 566.

Autre.,

- (béance de l')., 278, 283, 379, 385, 407.
- (discours de l')., 210, 216, 218, 237, 238, 243.
- (énigme du désir de l')., 271, 279, 280, 340, 343, 362, 421.
- (faille de l')., 311, 417, 504, 505.
- (incomplétude de l')., 17, 270, 271, 274, 275, 278, 279, 281, 283, 296.
- (initiative de l')., 104, 231, 232, 318, 320, 322, 374, 395.
- (joueur)., 177, 279, 281, 310, 322, 327, 338, 409, 411, 417, 419.
- (sexe)., 179, 286, 287, 324.
- (statut du grand)., 224, 238, 257, 278, 280, 368, 421.

B

Bejahung., 222.

C

Castration., 228, 284, 415.

- (auto-castration)., 409.
- (symbolique)., 237, 334.
- (dans le réel)., 377, 408, 409.

Catastrophe subjective., 176, 184.

Cause.,

- (déclenchante)., 152, 183, 190, 191, 192, 198, 199, 257, 271, 284, 289, 291, 297.
- (lointaine)., 34, 96, 261.
- (morale)., 35, 37, 40, 44, 45, 46, 51, 52, 60, 62, 75, 76, 90, 260, 262, 263, 264, 420, 457, 458.
- (occasionnelle)., 15, 17, 24, 38, 60, 70, 74, 75, 76, 102, 148, 167, 170, 190, 225, 237, 249, 257, 261, 262, 265, 266, 268, 270, 280, 295, 296, 428, 457, 530.
- (prédisposante)., 17, 44, 46, 51, 52, 74, 76, 77, 177, 527.

Centralité., 90, 134, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 145, 266, 294, 302, 303, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 321, 343, 383, 386, 404, 405, 417, 419, 483, 488, 490.

Chaîne.,

- (borroméenne)., 15, 153, 188, 299, 365, 367, 369, 370.
- (de la parole)., 212, 210.
- (signifiante)., 18, 214, 215, 216, 217, 218, 221, 224, 236, 239, 240, 243, 311, 313, 315, 319, 325, 327, 338, 359, 362, 366, 368, 370, 371, 374, 376, 415, 419.
- (symbolique)., 242, 246, 249, 319, 338, 369.

Clivage., 157, 159, 184, 247.

Concernement., 119, 134, 135, 136, 140, 141, 142, 143, 144, 302, 303, 308, 309, 310, 312, 315, 321, 322, 404.

Conjoncture dramatique., 188, 197, 208, 235, 238, 243, 249, 270, 274, 277, 278, 280, 290, 325, 368, 409, 410, 421, 498, 499.

Constitution psychique., 100, 152, 154, 247, 297, 298.

D

Débranchement., 18, 255, 359, 361, 363, 364, 365, 371, 374, 423, 566.

Déclenchement.,

- (de la psychose)., 15, 16, 17, 18, 20, 151, 154, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 197, 203, 209, 210, 225, 226, 231, 232, 233, 235, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 254, 255, 257, 270, 271, 273, 274, 275, 277, 278, 279, 280, 290, 296, 301, 311, 317, 318, 321, 326, 334, 335, 337, 338, 340, 355, 358, 359, 363, 364, 365, 366, 367, 370, 371, 373, 374, 376, 381, 385, 396, 399, 407, 408, 410, 421, 423, 428, 494, 496, 499, 500, 502, 504, 505, 517, 563, 564, 566.
- (logique du)., 17, 225, 242.
- (du délire)., 104, 232, 243, 244, 296, 371.
- (de la structure)., 189, 208, 245, 396, 423.
- (conditions du)., 249, 270.
- (néo-)., 254, 346, 359, 363, 566.

Dégénérescence., 20, 68, 86, 105, 107, 121, 157, 186, 292, 420, 429, 525, 526, 527, 528, 530, 531, 532, 537, 553, 554, 556, 560, 563.

Délire.,

- (aigu)., 49, 50, 51, 162.
- (chronique)., 13, 25, 63, 76, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 104, 107, 108, 109, 110, 113, 290, 291, 345, 348, 351, 360, 366, 376, 383, 384, 385, 391, 419, 563.
- (d'emblée)., 90, 350, 351, 352.
- (de persécutions)., 25, 63, 64, 65, 66, 67, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 93, 96, 101, 147, 170, 175, 177.

- (échelle des)., 242, 337, 377, 381, 391.
 - (formes du)., 55, 95, 382.
 - (logique du), 301, 320, 345, 350, 380, 381, 385, 386, 391.
 - (passionnels)., 103, 105, 371.
 - (phase féconde du)., 16, 174, 187, 189, 202, 203, 204, 205, 244, 564.
- Déni., 181, 182, 184, 390, 391.
 Dénouage., 366, 367, 368, 374, 423, 506, 564, 566.
 Désastre imaginaire., 229, 239, 246, 312, 366, 374, 498.

E

- Excitation maniaque., 56, 57, 58, 59, 71, 347, 353, 385.
 Expérience énigmatique., 231, 239, 243, 300, 302, 316, 318, 320, 322, 337, 338, 344, 366, 421, 565.
 Eugénisme., 519, 527, 530, 537, 554.

F

- Facteurs.,
- (blancs)., 290, 291.
 - (biologiques)., 115, 125, 126, 129, 267.
 - (bio-psycho-sociaux)., 268.
 - (déclenchants)., 270, 278, 283, 288, 289.
 - (environnementaux)., 115, 123, 141.
 - (génétiques)., 123.
 - (prédisposants)., 126, 148.
 - (protecteurs)., 127, 130, 141, 478.
 - (psychologiques)., 116, 126, 148.
 - (psycho-sociaux)., 125, 126.
 - (de risque)., 115, 241, 478, 539, 558.
 - (de stress)., 123, 125.
 - (de vulnérabilité)., 478.
- Fantasme.,
- (fondamental)., 279, 281, 287, 321, 338, 364.
 - (psychotique)., 338.

G

- Guérison., 29, 68, 169, 356, 382, 383, 388, 406, 407, 408, 411, 427, 431, 432, 433, 436, 442, 445, 446, 448, 454, 455, 456, 457, 460, 461, 479, 485, 486, 493, 508, 516, 559.

H

- Héréditarisme., 115.

I

- Imago., 189, 200, 201, 202, 206, 208.
 Inconscient., 152, 155, 171, 209, 210, 215, 216, 218, 221, 245, 247, 259, 274, 327, 338.
- (discours de l'Autre)., 216, 218.
 - (formations de l')., 210, 215, 397.

- (logique de l'), 387.
 - (lois de l'), 245.
 - (rejet de l'), 372.
 - (structuré comme un langage), 213.
- Inquiétude., 33, 65, 78, 87, 90, 91, 109, 113, 263, 300, 317, 322, 330, 331, 332, 333, 334.
- Interprétation délirante., 82, 84, 87, 88, 91, 193, 194, 313, 322, 339, 489, 490.

J

Jouissance.,

- (de l'Autre), 255, 278, 279, 281, 328, 332, 391, 407, 410.
- (délocalisation de la), 18, 255, 301, 324, 327, 328, 332, 335, 338, 344, 359, 362, 364, 371, 391, 392, 421, 423, 565.

M

Malaise.,

- (indéfinissable), 6, 64, 65, 66, 300, 317.
- (moral), 147, 376, 392.
- (physique), 109, 147, 392.

Manie sans délire., 25, 139, 303, 304, 305, 306, 307, 325, 345, 355, 386, 399, 401, 402, 405, 406, 435.

Miroir.,

- (signe du), 147, 255, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 354, 364, 565.
- (stade du), 240, 241, 379.

Mutilation., 304.

- (auto-), 281, 304, 401, 406, 408, 410, 412, 417, 418.

N

Neurosciences., 128, 495, 497, 514, 551, 554, 560.

Nœud borroméen., 285, 365, 369, 371.

Nom-du-Père., 219, 220, 235, 236, 237, 238, 242, 243, 247, 277, 288, 362, 363, 366, 368, 371, 372.

- (forclusion du), 16, 184, 188, 208, 209, 217, 221, 222, 223, 224, 225, 233, 236, 239, 243, 245, 274, 278, 282, 295, 296, 311, 318, 328, 362, 367, 374, 375, 396, 397.

- (signifiant du), 217, 218, 221, 232, 236, 238, 239, 241, 242, 245, 249, 277, 366, 371, 372.

O

Objet a., 217, 279, 291, 329, 334, 364, 369, 377, 398, 400, 408, 419.

Œdipe., 174, 175, 187, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 219, 228, 234, 249, 273, 274, 317.

P

Perplexité., 17, 18, 20, 33, 57, 78, 98, 141, 207, 227, 240, 254, 269, 279, 300, 301, 311, 315, 316, 317, 318, 323, 332, 338, 340, 341, 342, 343, 344, 376, 377, 378, 379, 380, 391, 392, 396, 417, 429, 484, 485, 486, 488, 501, 504, 511.

Phénomène élémentaire., 66, 88, 94, 96, 119, 145, 167, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 203, 207, 209, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 244, 281, 328, 337, 338, 339, 362, 363, 365, 368, 374, 384, 385, 394, 399, 501, 510, 561.

Pousse-à-la-femme., 331, 334, 335, 337, 361, 364, 565.

Prédisposition.,

- (à la folie)., 76, 121.
- (acquise)., 44, 60, 264.
- (biologique)., 563, 565.
- (génétique)., 123, 129, 294, 373.
- (héréditaire)., 60, 85, 120, 121, 264.
- (psychique)., 122, 148, 149, 156, 185, 247, 297, 565.

Prépsychose., 209, 225, 226, 227, 229, 239, 243, 399.

Prévention., 456, 479, 518, 519, 520, 521, 524, 526, 527, 532, 533, 538, 539, 550, 551, 558, 560, 566.

- (précoce)., 20, 483, 489.
- (primaire)., 538, 547, 550, 555, 557, 560.
- (secondaire)., 538, 539, 547, 550, 556.
- (tertiaire)., 539.

Prodrome., 41, 42, 50, 59, 64, 65, 68, 71, 78, 227, 345, 346, 349, 354, 357, 360, 389, 519, 521, 522, 523, 524, 525, 541, 542, 543, 545, 546, 547, 548, 551, 552, 555, 556, 559, 560.

Prophylaxie., 429, 456, 463, 525, 526, 527, 528, 529, 532, 533, 534, 535, 538, 558, 560, 567.

Psychopharmacologie., 467, 468, 469, 510, 540, 560.

Psychose.,

- (apparition de la)., 13, 14, 15, 23, 27, 114, 118, 134, 148, 185, 202, 203, 254, 293, 297, 429, 431, 517, 535.
- (débutante)., 25, 114, 115, 116, 134, 140, 146, 294, 467, 545.
- (hors déclenchement)., 307, 362, 371, 372, 375, 396.
- (naissante)., 15, 19, 25, 56, 57, 114, 115, 118, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 254, 255, 266, 267, 268, 269, 273, 293, 294, 301, 302, 303, 307, 308, 309, 312, 313, 314, 316, 322, 325, 343, 353, 355, 376, 382, 383, 384, 385, 386, 391, 400, 400A, 405, 407, 417, 432, 467, 483, 484, 485, 487, 488, 490, 491, 493, 495, 517, 518, 566.
- (ordinaire)., 18, 359.
- (pare-)., 271, 282, 285, 289, 296, 364, 506.
- (travail de la)., 483.
- (unique)., 114, 115, 116, 117, 118, 119.

R

Retour dans le réel., 242, 320, 322, 338, 499.

Retour du refoulé., 160, 161, 164, 171, 229.

S

Schéma causal., 20, 46, 52, 76, 564.

Schéma explicatif., 14, 17, 24, 60, 100, 102, 105, 149, 262, 264, 292, 295, 299, 384, 420.

- (I)., 223, 236, 239.
- (L)., 219, 220, 236, 237, 369.
- (R)., 219, 220, 221, 236, 237, 327, 369.

Schizophrénie., 55, 115, 117, 121, 122, 125, 126, 128, 129, 130, 133, 267, 285, 288, 290, 294, 295, 326, 329, 330, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 354, 360, 364, 367, 370, 376, 378, 416, 474, 477, 481, 540, 541, 544, 545, 546, 548, 551, 554, 555, 556, 557.

- (débutante)., 25, 115, 118, 119, 133, 134, 140, 184, 267, 470, 476, 479, 481, 482, 505, 543, 548, 553.
- (incipiens)., 346, 413.

Secrétaire., 373, 498, 499.

- (de l'aliéné)., 453, 457, 458, 499, 503.
- (des malades)., 19, 427, 458, 494.

Services des délirants., 19, 428, 432, 449, 456, 459, 460, 461, 466, 470, 559, 566.

Signification.,

- (énigmatique)., 194, 197, 204, 237, 338, 368.
- (phallique)., 218, 224, 239, 245, 246, 249, 288, 313, 317, 323, 324, 337, 338, 340, 344.

Sortie radicale., 376, 400, 401, 404, 408, 417, 419, 566.

Symbolique., 16, 187, 188, 209, 212, 218, 220, 221, 222, 224, 234, 246.

- (carence)., 224, 294.
- (faille)., 177, 317, 340, 392, 410, 411, 415, 418, 419, 423.
- (opposition)., 221, 236, 245, 249.
- (trou dans le)., 223, 229, 231, 236, 239, 269, 277, 278, 317, 373, 374.

Stress., 124, 131, 132.

- (biologique)., 125, 133.
- (events-)., 265, 420, 564.
- (psychologique)., 127, 133, 265.
- (socio-environnemental)., 129, 130.
- (vulnérabilité)., 19, 114, 119, 122, 123, 125, 127, 129, 137, 140, 141, 207, 257, 273, 467, 470, 477, 514, 563.

Structure.,

- (de l'Autre)., 154, 215, 218, 254.
- (inconsciente)., 149, 216, 245.
- (latente)., 14, 152, 154, 156, 247.
- (psychique)., 14, 154, 183, 185, 206, 297, 554.
- (subjective)., 18, 254, 289, 297, 307, 323, 339, 361, 365, 366, 368, 370, 374, 375, 398, 415, 422, 423, 424, 506, 564, 565, 566.

Sujet.,

- (clinique du)., 391, 421, 422, 496.
- (de l'inconscient)., 387, 481, 515, 516.
- (de la jouissance)., 416.
- (métamorphose du)., 68, 69, 72, 78, 79, 110.
- (mort du)., 166, 229, 239, 246, 312, 327, 343, 374, 393.

Suppléance., 18, 226, 256, 278, 282, 285, 289, 368, 375, 381, 396, 397, 398, 399, 497, 506, 561, 565.

- (curative)., 18, 377, 396, 424, 506.
- (préventive)., 282, 399, 506.

Symbolique., 16, 187, 188, 209, 212, 218, 220, 221, 222, 224, 234, 246.

- (carence du)., 224, 294.
- (faille du)., 177, 317, 340, 392, 410, 411, 415, 418, 419.
- (opposition)., 221, 236, 245, 249.
- (trou dans le)., 223, 229, 231, 236, 239, 269, 277, 278, 317, 373, 374.

Syndrome., 14, 15, 23, 40, 64, 82.

- (d'automatisme mental)., 92, 93, 99, 147, 248, 394.
- (S)., 93, 98.
- (de passivité)., 93, 97, 98.

T

Traitement.,

- (auto-)., 17, 18, 244, 256, 307, 370, 376, 397, 399, 410, 417, 418, 424, 565.

- (biologique)., 19, 428, 549.
 - (de choc)., 19, 428, 432, 465.
 - (médicamenteux)., 113, 469, 513, 548, 549, 555, 557, 560, 561.
 - (moral)., 19, 20, 41, 139, 431, 432, 434, 435, 436, 437, 441, 442, 443, 445, 448, 450, 451, 455, 457, 459, 480, 491, 507, 530, 531, 559, 566.
 - (précoce)., 550, 551.
 - (préventif)., 20, 524, 526, 546, 547, 549, 550, 551, 555, 556.
 - (psychopharmacologiques)., 467, 507.
 - (subjectifs)., 255, 379, 384.
- Transfert., 162, 168, 169, 184, 275, 276, 277, 298, 403, 409, 484, 496, 501, 502, 503, 505.
- Trouble.,
- (générateur)., 134, 136, 141, 143, 188, 189, 303, 308, 320, 338, 360, 385, 422, 430.
 - (sensori-moteur)., 301, 308, 310, 325.

U

Un-père., 16, 17, 188, 209, 225, 235, 237, 238, 239, 245, 246, 249, 250, 254, 257, 269, 270, 271, 274, 279, 280, 283, 291, 317, 323, 340, 361, 362, 421.

V

Vulnérabilité.,

- (génétique)., 115, 127, 141, 294, 295.
- (latente)., 123.
- (marqueurs)., 128, 478.
- (modèles de)., 15, 19, 25, 114, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 134, 140, 141, 207, 254, 257, 266, 267, 273, 391, 420, 428, 466, 470, 477, 478, 490, 514, 515, 539, 553, 554, 560, 563.
- (psychique)., 122, 148.

Index des noms cités

A

Abraham Karl., 165, 172, 176, 186, 496.
Abdelfattah A., 120.
Abély Paul., 147, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336.
Aimée., 187, 192, 194, 208.
Alemàn Jorge., 497.
Antheaume André., 355, 402, 534.
Aparicio Sol., 183, 184.
Arce Ross German., 291.
Arrivé Michel., 209, 210, 212, 214, 225.
Aubry Jenny., 537.
Aurélia., 269.
Azorin Jean.-Michel., 117, 118, 119, 124, 125, 126, 360.

B

Bacquie., 348.
Badonnel., 347, 536.
Baillarger Jean., 63, 93.
Bailly Charles., 210.
Ball Benjamin., 92, 106, 107, 196, 197.
Ballet Gilbert., 464, 466, 467.
Bayle Laurent.-Antoine., 14, 56, 62, 102, 420, 513, 514.
Beaufils B., 541, 542, 552.
Beers Clifford., 535.
Bénédicte., 281.
Bercherie Paul., 30, 35, 36, 38, 40, 86, 117, 290, 353.
Berman Anne., 156.
Bernard Claude., 68, 467.
Bernheim Hippolyte., 465.
Berner Peter., 127.
Binet Alfred., 515.
Bing François., 431, 436, 526, 527.
Bleuler Eugen., 58, 121, 151, 181, 186, 190, 193, 342, 350, 480, 551.
Bleuler Manfred., 347, 348, 357, 552.
Blondel Charles., 410.
Blini L., 465.
Boas Franz., 213.
Boissier de Sauvages., 195.
Bonnafous., 350.
Bonnot Olivier., 120, 121, 122, 124, 125, 126, 128.
Borie J., 284, 361, 365.
Bouillaud., 68.
Bouisson P., 120, 127, 478.
Bourbaki., 210, 213.
Bouyssou., 347.

Brémaud Nicolas., 225, 470.
Breuer Joseph., 163, 465.
Brierre de Boismont Alexandre.,
Briole Guy., 341.
Briot Maryvonne., 480, 550.
Brisset Jean.-Pierre., 397.
Broussais François., 66.
Buffon Georges Louis, Leclerc., 39, 195, 526.

C

Cailleux Bernard., 400, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 410, 411, 413, 414, 423.
Canet E., 540.
Cannon., 131.
Canstatt Carl.-Friedrich., 121, 122, 148.
Cantor Georg., 275, 278.
Capgras Joseph., 103, 193, 265, 353.
Carlsson., 468.
Carrel Alexis., 537.
Castanet Hervé., 254, 257, 272, 279, 363.
Castel Pierre.-Henri., 308, 316, 343, 383, 486, 494.
Castel Robert., 444, 450, 456, 470, 519, 527, 528, 557, 558, 559.
Célius Aurélien., 27, 259.
Cerletti U., 465.
Charcot Jean.-Martin., 465.
Chaslin Philippe., 92, 308, 328, 339, 463.
Chiarugi V., 520.
Chomel., 545.
Christian., 310.
Ciompi L., 125, 126, 348, 356, 476, 551, 552.
Claude Henri., 68, 92, 111, 186, 190, 345, 349, 360.
Clérambault G.G (de)., 15, 25, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 113, 120, 147, 148, 151, 186, 189, 190, 193, 195, 197, 244, 248, 300, 302, 308, 309, 313, 316, 319, 321, 323, 324, 339, 348, 349, 350, 353, 354, 381, 394, 422, 565.
Colombier Jean., 29, 433, 479, 547, 559, 571.
Comte Auguste., 196, 213, 531, 534.
Condillac Etienne Bonnot (de)., 39.
Conrad Klaus., 118, 119, 142, 320.
Corvisart Jean., 68.
Courtois André., 535, 536, 537.
Cottet Serge., 208, 372, 373, 503.
Cremniter Didier., 344.
Crighton., 36.
Cyril., 258, 272, 285, 286, 287, 404, 405, 415, 416.
Czermak Marcel., 281.

D

Daquin Joseph., 14, 24, 29, 39, 149, 260, 292, 295, 434, 454, 479, 559.
Damourette Jacques., 221, 222.
Darcourt G., 546, 548.

Daumezon Georges., 464, 559.
 Deffieux Jean.-Pierre., 291, 363.
 Del Volgo Marie.-José., 466.
 Delamillieure P., 348, 545, 546.
 Delay Jean., 467, 468.
 Delmas F.-Achille., 332, 335.
 Depelsenaire Yves., 341, 428, 494, 496, 502, 503, 504, 505.
 Deniker Pierre., 465, 466, 468.
 Dervaux Alain., 547, 556.
 Destutt de Tracy., 293.
 Deutsch Hélène., 282.
 Docherty., 545.
 Dolto Françoise., 537.
 Dolfus S., 348, 546.
 Dosse François., 211.
 Doublet François., 29, 433, 479, 547, 559.
 Dupré Ernst., 92, 121.
 Dupuy Jean.-Pierre., 134, 143.
 Durkheim Émile., 213.

E

El Khazen., 542, 543, 545.
 Ellenberger Henri.-François., 106.
 Egger Max., 406.
 Esquirol Etienne., 15, 19, 20, 24, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 64, 68, 76, 77, 81, 85, 111, 113, 147, 261, 262, 271, 272, 303, 304, 322, 345, 357, 364, 381, 401, 402, 405, 416, 427, 431, 432, 434, 447, 448, 449, 450, 454, 457, 459, 460, 462, 470, 479, 491, 513, 521, 522, 524, 534.
Etienne., 146.
 Ey Henri., 56, 58, 61, 118, 149, 329, 343, 345, 346, 348, 350, 354, 355, 381, 413, 416, 464, 481, 551, 552.

F

Falloon., 549.
 Falret Jules., 15, 25, 64, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 147, 401, 402.
 Falret Jean.-Pierre., 19, 25, 59, 63, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 101, 110, 112, 116, 147, 357, 384, 393, 405, 416, 427, 455, 456, 457, 458, 479, 487, 494, 522, 523, 524, 530, 549, 560, 561.
 Figuier Louis., 106.
 Fleschig., 166, 167, 168, 169, 170, 275, 276, 397.
 Folkman., 477, 478.
 Foucault Michel., 261, 497, 512, 514, 553.
 Freud Sigmund., 14, 58, 120, 122, 133, 148, 149, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 160, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 192, 209, 210, 212, 214, 216, 219, 221, 222, 226, 227, 230, 245, 247, 248, 249, 258, 259, 273, 274, 275, 276, 277, 284, 291, 296, 297, 298, 299, 300, 312, 317, 324, 326, 337, 355, 370, 377, 378, 379, 381, 382, 384, 386, 387, 388, 389, 391, 422, 424, 465, 482, 496, 498, 499, 514, 515, 516, 564, 565.

G

Garrabé Jean., 92, 441, 442, 448.
Gauchet Marcel., 139, 444.
Génil-Perrin Georges., 92, 535.
Geier S., 101.
Georges Philippe (de)., 254, 257, 272, 279, 314, 322, 323, 363.
Georget Étienne., 15, 24, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 64, 99, 102, 108, 147, 148, 381, 401, 420, 421, 450, 464, 479.
Ginestet D., 468, 469, 504, 549.
Grinker., 133.
Goldstein Jan., 433, 442, 466.
Gori Roland., 466, 473, 479, 519, 539, 551, 553, 559.
Gorog Jean.-Jacques., 498.
Gorog Françoise., 498.
Gourevitch Danielle., 27.
Gourevtich Michel., 433, 466.
Graz B., 495.
Griesinger Wilhelm., 14, 63, 117.
Grivois Henri., 15, 19, 25, 33, 56, 57, 90, 115, 119, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 254, 256, 267, 268, 273, 282, 293, 294, 295, 301, 302, 303, 304, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 342, 433, 344, 354, 355, 380, 382, 383, 384, 385, 386, 389, 400, 401, 404, 405, 406, 407, 416, 419, 421, 428, 432, 464, 467, 474, 483, 484, 485, 486n 487n 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 510, 517, 543, 558, 561, 566.
Grosso Luigi., 115, 133, 543.
Guedj-Bourriau M.-J., 509.
Guislain Joseph., 71, 416.
Guiraud Paul., 15, 25, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 148, 186, 308, 314, 331, 332, 335, 337, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 410, 411, 413, 414, 422, 423, 565.

H

Häfner., 133, 438.
Harding., 348.
Haslam., 439.
Hecker., 272, 416.
Hegel G.W.F., 210, 247.
Heuyer Georges., 92, 347, 429, 530, 537.
Hinckle., 133.
Hippocrate., 37, 513, 578.
Hirsch., 106.
Hochmann Jacques., 436, 465, 466, 534, 537.

I

Israël Lucien., 510.

J

Jakobson Roman., 210, 247.

James William, 535.
Janet Pierre., 58, 106, 193, 412, 514, 515.
Janis., 133.
Janzarik W., 117, 118.
Jaspers Karl., 17, 120, 190, 193, 198, 243, 318, 352.
Jeannerod Marc., 134, 143.
Joyce James., 289, 369, 372, 373.
Jung Carl.Gustav., 165, 175, 176, 186, 299, 378, 496, 543.
Jussieu Antoine.-Laurent, 196.

K

Kahlbaum., 272.
Kahn R., 541, 556, 557.
Klaesi J., 465.
Koch., 532, 560.
Kraepelin Emil., 14, 121, 151, 193, 227, 395, 551.
Krafft-Ebing., 351.
Krebs Marie.-Odile., 121, 122, 123, 126, 127, 128.
Kretschmer E., 117, 121, 190, 191.

L

Laborit Henri., 115, 123, 124, 468.
Laboucarié Jean., 343, 552.
Lacan Jacques., 15, 16, 17, 47, 92, 104, 108, 147, 149, 151, 153, 154, 157, 159, 166, 167, 173, 174, 177, 179 ; 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 216, 217, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 254, 257, 268, 269, 270, 271, 275, 277, 278, 279, 280, 282, 283, 291, 296, 299, 301, 302, 308, 312, 313, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 326, 327, 334, 335, 337, 340, 346, 348, 353, 355, 358, 359, 360, 361, 362, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 372, 377, 379, 381, 382, 384, 386, 387, 391, 393, 394, 396, 397, 398, 409, 412, 413, 424, 429, 431, 496, 498, 499, 503, 505, 514, 564, 565.
Ladame Paul.-Louis., 406.
Laënnec René., 68.
Lagache Daniel., 429.
Lalonde Pierre., 129, 130, 131, 470, 474, 475, 477, 481, 515, 555.
Lantéri-Laura Georges., 30, 114, 117, 260, 261, 293, 376, 381, 385, 465, 514, 573.
Larsen., 546.
Lasègue Charles., 15, 25, 63, 64, 65, 66, 67, 81, 83, 84, 85, 86, 90, 113, 147, 197, 300, 342, 381, 384, 385, 392, 393, 405.
Laurent Éric., 231, 361, 363, 372, 375, 387, 418.
Lazarus., 477, 478.
Le Cannu Yves., 112.
Legrain Paul.-Maurice., 349, 351, 352, 353.
Legrand du Saulle., 81, 283.
Leguil François., 341, 498, 499.
Lévi-Strauss Claude., 213, 222, 247.
Leroy., 412.

Leuret François., 19, 104, 381, 427, 431, 450, 451, 452, 453, 455, 458, 459, 484, 524, 525, 530, 531, 561, 566.
Lines Élisabeth., 540, 542.
Linné Carl Von., 195.
Llorca P.-M., 496.
Logre Benjamin., 92.
Louis., 68.
Lysy-Stevens Anne., 241, 288, 325, 327, 378.

M

Mâle Pierre., 533, 537.
Maleval Jean.-Claude., 15, 154, 156, 172, 185, 189, 195, 206, 208, 209, 219, 222, 223, 224, 226, 238, 248, 254, 256, 258, 270, 271, 272, 273, 274, 278, 280, 282, 283, 292, 294, 295, 296, 301, 302, 307, 312, 314, 317, 321, 323, 329, 334, 338, 342, 343, 344, 352, 362, 364, 368, 374, 376, 377, 378, 380, 381, 384, 385, 386, 388 ? 391, 392, 393, 395, 407, 408, 410, 415, 419, 421, 496, 509, 510, 511, 513, 514, 515, 516, 552, 564.
Mallet., 410, 412, 414.
Magnan Valentin., 15 25, 76, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 111, 147, 292, 324, 343, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 384, 395, 459, 528, 560.
Marchand., 331.
Marie., 459, 460, 464.
Marx Karl., 213.
Massary (de)., 412, 413.
Mazet Philippe., 120, 121, 122, 124, 126, 128.
Mayer-Gross W., 347.
McGorry P.-D., 140, 542, 543, 544, 546, 549, 551, 552, 553, 554, 555.
Meduna (von) L., 465.
Meehl., 122, 123, 124.
Mélanie., 258, 288, 325, 326, 327, 328.
Ménard Augustin., 283, 396, 398, 399, 507.
Metton A., 474, 481.
Metzger J.-Y., 348, 349.
Meyer Adolph., 190, 191.
Merlo M.-C., 547.
Mignot R., 355, 402.
Miller Jacques.-Alain., 18, 255, 258, 279, 283, 301, 318, 319, 323, 324, 337, 338, 340, 341, 346, 363, 371, 372, 375, 378, 379, 391, 494, 511.
Milner Jean.-Claude., 16, 210, 217.
Minkowski Eugène., 186, 189, 192, 248.
Moniz Egas., 465.
Monsieur B., 453.
Monsieur C., 320, 418, 419.
Monsieur X., 327, 328.
Montassut Marcel., 92.
Morgenstern Sophie., 537.
Moreau de Tours Jacques.-Joseph., 15, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 69, 110, 147, 197, 264, 265, 327, 328, 347, 352, 363, 380, 385, 479, 485, 513, 535, 559, 566.
Morel Bénédicte.-Augustin., 20, 83, 84, 121, 157, 292, 300, 324, 479, 480, 518, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 554, 560, 566.
Morel Geneviève., 108, 272, 361, 362, 371.

Morel Pierre., 432.
Moufid Kamal., 412, 414.
Müller C., 348, 356, 552.
Müller Max., 399.

N

Nageotte., 463.
Naveau Pierre., 199, 201, 202, 205, 236, 237.
Naville François., 406.
Necker Jacques., 29, 432.
Neisser Clemens., 194, 532.
Nerval Gérard (de)., 269, 270.
Neury D.-J., 545, 547.
Newton Sir Isaac., 397.
Nuss P., 555.

O

Odier Charles., 244.
Ostancow P., 332, 333, 334.
Ottavi Laurent., 511, 513, 514, 515, 516.

P

Parchappe M., 262, 263, 264, 269.
Pasteur Louis., 532, 533, 560.
Paul L., 402, 403.
Pichon Édouard., 221, 222.
Piéron Henri., 515.
Pigeaud Jackie., 25, 27, 28, 31, 36, 4, 45, 442.
Piq.. Albert., 408, 412, 413, 414.
Pinel Philippe., 15, 19, 20, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 51, 54, 68, 76, 77, 78, 110, 116, 147, 149, 260, 261, 262, 264, 269, 271, 272, 289, 290, 292, 293, 295, 300, 303, 304, 305, 306, 307, 335, 344, 349, 381, 386, 389, 399, 402, 405, 420, 427, 431, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 454, 457, 470, 479, 491, 507, 513, 518, 519, 520, 521, 543, 546, 559, 566.
Ploumarc'h Christian., 99.
Poincaré Henri., 106.
Pommier Gérard., 369, 467, 510, 554, 560.
Pontalis Jean.-Bertrand., 481.
Porot Maurice., 347, 350, 352, 354, 355, 414, 480.
Postel Jacques., 40, 62, 431, 434, 442, 450.
Proust Joëlle., 134, 143, 571.
Pussin., 431, 434.

Q

Quétel Claude., 432.

R

Rado., 122, 123, 124.
Raspail François.-Vincent, 196.
Régis Emmanuel., 300, 324, 460, 461, 466.
Reverzy J.-F., 518, 520, 530, 534, 539.
Ribot Théodule., 515.
Rivolier Jean., 131, 133, 266.
Rouillard Jospeh., 408, 409, 410, 411, 417.
Roudinesco Elisabeth., 221, 222, 516.
Rousseau Jean.-Jacques., 135, 320, 325, 397.

S

Sakel M., 465.
Saint-Augustin., 214, 292.
Sarramon., 348.
Saussure Ferdinand (de)., 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 233, 237, 247, 249.
Sauvagnat François., 117, 119, 131, 154, 156, 164, 195, 204, 273, 308, 328, 332, 333, 339, 364, 373, 398, 478, 510.
Sauvagnat-Bourbakeur Roya., 131, 478.
Schneider Kurt., 117.
Schreber Daniel.-Paul., 155, 161, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 183, 192, 209, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 238, 239, 241, 242, 244, 246, 250, 262, 275, 276, 277, 291, 300, 311, 312, 324, 325, 337, 362, 366, 367, 368, 370, 374, 378, 379, 384, 385, 387, 388, 391, 393, 395, 396, 482, 498, 499, 564.
Schüle., 350, 351.
Sébastien., 373, 379.
Séchelaye Albert., 211.
Seeman., 133.
Séglas Jules., 93, 95, 111.
Selye Hans., 131, 132, 133, 420.
Sérieux Paul., 86, 87, 89, 90, 92, 103, 193, 265, 353, 395.
Sivadon Pierre., 92.
Skriabine Pierre., 370.
Sokolnicka Eugénie., 537.
Solano-Suarez Esthela., 284, 285, 428, 496, 506.
Solaville., 408, 409, 410, 411.
Soler Colette., 275, 277, 296, 319, 320, 344, 367, 368, 370, 374, 377, 398.
Soulavie., 433.
Spence., 133.
Spiegel., 133.
Spring B., 123, 124, 131.
Stahl S.-M., 548, 554.
Starobinski Jean., 135.
Stevens Alexandre., 17, 197, 269, 277, 353, 498.
Swain Gladys., 31, 139.

T

Tenon., 433.

Toulouse Édouard., 20, 185, 429, 462, 463, 466, 518, 528, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 541, 551, 554, 560.
Turnheim Mickael., 317.

V

Vallet Dominique., 428, 493, 496, 500, 501, 503.
Vidon G., 540.
Vincent., 451, 452, 453.
Virole B., 481, 482.
Von Uxküll., 191.
Voltaire., 420.

W

Wachsberger Herbert., 108, 272, 361, 362, 363.
Wagner von Jauregg J., 465.
Weibel H., 349.
Wiener Peter., 301, 314.
Wiersma., 348.
Willis., 439.

Z

Zenoni Alfredo., 364, 499, 504.

Y

Yung., 542, 543, 544, 545.

Z

Zubin J., 123, 124, 125, 129, 131.

Titre

L'entrée dans la psychose : apparition ou déclenchement ? La clinique de l'entrée dans la psychose, ses mécanismes, ses thérapeutiques et ses auto-traitements dans le champ de la psychopathologie.

Résumé

Grâce à une investigation des discours psychopathologiques traitant de l'entrée dans la psychose, dans le cadre des délires chroniques, nous ferons valoir l'existence de deux paradigmes référentiels. La première partie examinera les différentes hypothèses constitutives du paradigme de l'apparition, depuis celles des fondateurs de la psychiatrie jusqu'à celles contemporaines des modèles de stress-vulnérabilité, où prévaut la thèse d'une prédisposition biologique. La seconde partie centrée sur l'approche structurale portera sur la clinique de l'entrée dans la psychose et ses mécanismes psychiques dans le corpus freudien et l'enseignement lacanien. C'est de celui-ci qu'émergera le concept de déclenchement de la psychose, celle-ci y étant appréhendée comme structure subjective. La troisième partie consacrée à l'étude des conditions d'entrées dans la psychose, de sa clinique et de ses modes auto-thérapeutiques, nous permettra de développer une argumentation en faveur de la conceptualité du déclenchement de la psychose. Enfin dans une quatrième partie, nous présentons les principales thérapeutiques de l'entrée dans la psychose en faisant valoir la place du clinicien dans sa rencontre du sujet et la mobilisation de ses ressources. Nous y développerons une critique des notions de prévention et de détection précoces de la psychose.

Mots clés

auto-traitement, déclenchement de la psychose, entrée dans la psychose, prédisposition, psychose naissante, structure, sujet, stress-vulnérabilité.

Title

Entry into psychosis : appearance or triggering of psychosis ? The clinic of entry into psychosis, its mechanisms, its therapeutics, its self-treatments in the field of psychopathology.

Summary

Thanks to an investigation in psychopathological speeches dealing with the entry into psychosis in cases of chronic delusion, we emphasize on the existence of two referential paradigms. The first part examines the different hypothesis linked to the paradigm of the appearance, from the founders of psychiatry to the modern hypothesis of stress-vulnerability which gives a great importance to the thesis of a biological predisposition. The second part, which is focused on the structural approach, deals with the clinic of the entry into psychosis and its psychological mechanisms in Freud's corpus and in Lacan's teachings which gave birth to the concept of triggering of psychosis seen as a subjective structure. The third part dedicated to the study of the conditions of the entry into psychosis, its clinic and its auto-therapeutic methods enables us to develop an argumentation in favour of the triggering of psychosis. Finally, in the fourth part, we will develop the main treatments adapted to the entry into psychosis giving a great part to the clinician's role in the meeting with his subject and the mobilization of his resources. We will develop there a criticism of the notions of prevention and early detection of psychosis.

Key-words

self-treatment, triggering of psychosis, entry into psychosis, predisposition, beginning psychosis, structure, subject, stress-vulnerability.

Discipline : PSYCHOLOGIE

U.F.R de Sciences Humaines
Laboratoire de Psychopathologie et de Clinique psychanalytique
Université de Rennes 2 – Campus Villejean – Place du recteur Henri Le Moal
CS 24307 – 35043 Rennes Cedex