



HAL
open science

La problématique de la constitution du corps chez les psychotiques : création et suppléance

Fernanda Jourdan de Almeida Santos

► **To cite this version:**

Fernanda Jourdan de Almeida Santos. La problématique de la constitution du corps chez les psychotiques : création et suppléance. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015USPCD043 . tel-01803490

HAL Id: tel-01803490

<https://theses.hal.science/tel-01803490>

Submitted on 30 May 2018

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.

UNIVERSITÉ PARIS XIII – Nord (Villetaneuse)
École Doctorale Érasme UFR Lettres, Sciences de l'Homme et des
Sociétés
Département de Sciences Humaines et Sociales

THÈSE

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université Paris 13
Discipline : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement par
Fernanda JOURDAN DE ALMEIDA SANTOS
Le 12 Mars 2015

**La problématique de la constitution du corps chez les
psychotiques : création et suppléance.**

Sous la direction de Monsieur **Eric BIDAUD**

Membres du Jury :

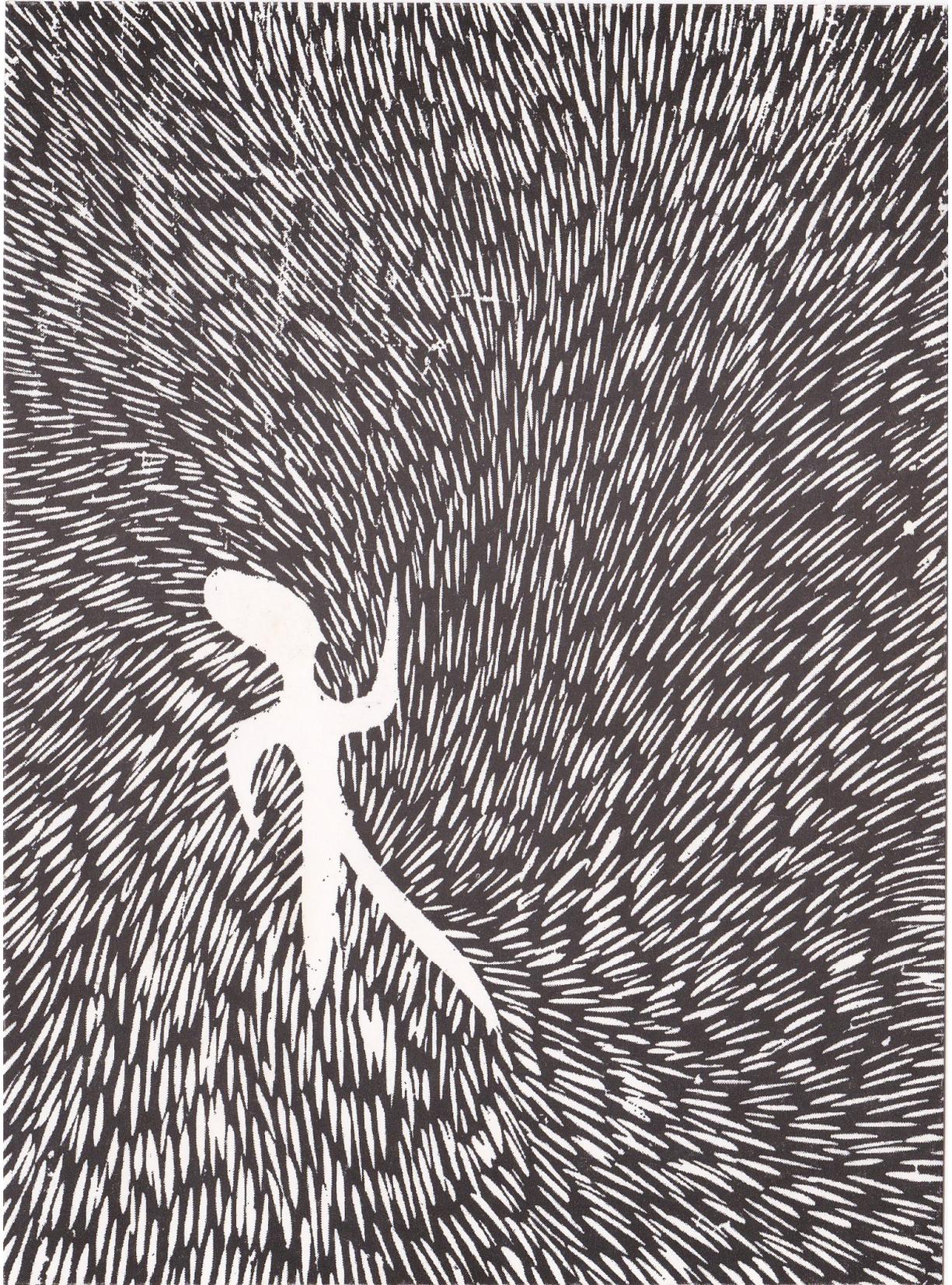
M. Eric Bidaud (Directeur de thèse - MCF HDR Université Paris 13)

M^{me} Marie-Christine Fourment-Aptekman (Professeur émérite de l'Université Paris 13)

M^{me} Cristina Kupfer (Professeur de l'Université de São Paulo)

M. Gérard Pommier (Professeur émérite de l'Université de Strasbourg)

M. Leandro de Lajonquière (Professeur de l'Université de Caen)



L'être – Xylogravure d'un patient du Casa Verde

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de thèse, M. Eric Bidaud pour son orientation, ses conseils et son soutien tout au long ce travail. Je lui suis reconnaissante pour sa disponibilité, sa sympathie et la liberté qu'il m'a donnée dans l'écriture de ce travail et le respect à mon style.

Je voudrais aussi remercier Marie-Claude Fourment qui m'a suivie et supportée dès mon arrivée en France.

Je remercie les fonctionnaires de l'École doctorale, tout particulièrement Mme Birard, Mme Fernandez et Mme Nanguy pour leur disponibilité, leur accueil, leur patience (surtout pour les questions administratives...)

J'adresse un très grand MERCI à toutes les personnes qui m'ont aidées et qui ont données de leur temps à travers leur commentaires et leur relecture(s) attentive(s) et ô combien précieuse(s)... Je pense notamment à Tereza Pinto, Eddy, Lili et Renata Mattos.

Enfin je voudrais remercier tous ceux et celles qui directement ou indirectement, par leur soutien moral, leur présence, leurs conseils m'ont permis de commencer et surtout de finir cette thèse. Je pense à ma famille, ma mère Lucia, à Jorge, mon père et Acioli, mon beau-père; je pense à Romain et sa famille ; je pense à Luana, ma fille ; je pense à Roneide Cardoso Gil, Camila, Marina, Carolina, Ana, Bárbara, Ana Paula, Carla, Manoel, Luiza, Han, Maria Fernanda, Maria, Luciane, Driss...

Je tiens enfin à saluer « Pablo » et l'équipe de la Casa Verde qui d'une certaine manière sont à l'origine de ce travail.

La problématique de la constitution du corps chez les psychotiques : création et suppléance.

RESUME

La présente étude trouve son point de départ dans une question d'un patient paranoïaque sur la perception de l'image de son corps. À partir des théories psychanalytiques, nous soutenons que la constitution du corps et du psychisme sont liés. Ils se forment à partir de la « maîtrise » par le sujet de la question énigmatique de la béance de l'Autre, et la manière par laquelle il va parvenir à « tempérer » cette jouissance lors de son entrée dans le symbolique.

Les sujets psychotiques présentent une faille lors de cette « étape » constitutive. À travers différentes études de cas, nous remarquons comment cette *Verwerfung* ou forclusion de l'inscription de la métaphore paternelle peut être palliée par une création propre au sujet. Ceci nous amène à développer les concepts de sinthome de J. Lacan et de création de J. Oury. Pour inclure ces concepts théoriques dans un traitement, notre thèse soutient l'élaboration d'une clinique différentielle pour les psychoses et un traitement axé sur les principes de la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur.

Notre étude souligne aussi la singularité de la « logique » psychotique et veut la sortir d'un déficit ou d'un simple encadrement du sujet dans une « norme ». Nous mettons en évidence l'importance de l'écoute du sujet et de l'élaboration d'un traitement au cas par cas, essentiel à la prise en charge de la souffrance psychotique.

MOTS CLÉS : Corps, psychose, jouissance, suppléance, sinthome, création, psychothérapie institutionnelle, psychiatrie de secteur.

A problemática da constituição do corpo nos sujeitos psicóticos : criação e suplência.

RESUMO

O ponto de partida desse estudo foi uma questão trazida por um paciente paranoico sobre a percepção da imagem de seu corpo. A partir das teorias psicanalíticas, nós acreditamos que a constituição do corpo e do psiquismo é interligada. Ela se forma a partir do domínio pelo sujeito da questão enigmática da falha do Outro, e a maneira pela qual ele vai “temperar” este gozo no momento da sua entrada no registro simbólico.

Os sujeitos psicóticos apresentam uma falha nesse momento constitutivo. Através diferentes estudos de caso, nós percebemos como esta *Verwerfung* ou forclusão da inscrição de uma metáfora paternal pode ser minimizada por uma criação própria ao sujeito. Isto nos leva a desenvolver os conceitos de sinthoma de J. Lacan e criação de J. Oury. Para incluir esses conceitos teóricos no tratamento, nossa tese defende a elaboração de uma clínica diferencial para as psicoses e um tratamento centrado sobre os princípios da psicanálise, psicoterapia institucional e psiquiatria de setor.

Nosso estudo também destaca a singularidade da « lógica » psicótica e pretende tirá-la de uma visão deficitária ou de um simples enquadramento em uma “norma”. Nós sublinhamos a importância da escuta do sujeito e da elaboração de um tratamento efetuado caso a caso, essencial ao cuidado do sofrimento psicótico.

PALAVRAS CHAVE: Corpo, psicose, gozo, suplência, sinthoma, criação, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor.

The problematic of the constitution of the body in psychotics' organizations: creation and *suppléance*.

ABSTRACT

The starting point of our study comes from a question of a paranoiac patient about his perception of the image of its own body. Based on the psychoanalytic theories, we support that the constitution of the body and the psyches are linked. They build themselves from the way the subject manage the enigmatic question of the emptiness of the Other and the how he will “temper” this *jouissance* when entering the symbolic register.

The psychotic patients show a breach during this constitutive “step”. Through different case studies, we noticed how this *Verwerfung* or *forclusion* of the paternal metaphor can be relieved by a singular creation of the patient. This leads us to develop the concepts of symptom from J. Lacan and creation of J. Oury. To include these theoretical concepts in a therapeutic treatment, we support a differential clinic approach for the psychotics and a treatment based on the principles of the psychoanalysis, the institutional psychotherapy and the sector Psychiatry.

Our study also underlines the singularity of the psychotic « logic » and intends to stop considering it as a deficit in comparison to a general “norm”. We raised the importance of listening the patient and defining the treatment on a case by case basis, which is key for taking care of the psychotic suffering.

KEYWORDS : Body, *jouissance*; psychosis; *suppléance*, symptom, creation, institutional psychotherapy, sectorial psychiatry.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
<i>DES LIMITES DU DISCOURS MÉDICO-SCIENTIFIQUE POUR COMPRENDRE LA RELATION DU</i>	
<i>PSYCHOTIQUE À SON CORPS</i>	<i>13</i>
<i>LA CONSTITUTION DU CORPS CHEZ LES PSYCHOTIQUES.....</i>	<i>25</i>
PREMIÈRE PARTIE - CORPS ET PSYCHANALYSE.....	35
CHAPITRE 1 : LA CONSTITUTION DU CORPS DANS LES THEORIES PSYCHANALYTIQUES	36
<i>Introduction</i>	<i>36</i>
1 - <i>Les hystériques de Freud, le corps comme lieu d'expression</i>	<i>39</i>
2 - <i>Le corps érogène, « symbolique » chez Freud</i>	<i>45</i>
2.1 - <i>Le corps pulsionnel</i>	<i>46</i>
2.2 - <i>L'autre comme premier contenant pulsionnel</i>	<i>48</i>
2.3 - <i>Le narcissisme, moment privilégié de la construction du corps par le sujet.....</i>	<i>53</i>
2.4 - <i>L'irreprésentable, « le réel » de la pulsion de mort</i>	<i>56</i>
2.5 - <i>Le Moi-Corporel</i>	<i>57</i>
3 – <i>Le corps pour Winnicott n'est pas une donnée, mais une construction.....</i>	<i>62</i>
3.1 - <i>Le regard et la fonction spéculaire dans la constitution de corps chez D. Winnicott</i>	<i>62</i>
3.1.1 - <i>Le développement du self, le going-on-being 62</i>	
3.1.2 - <i>Le regard et la fonction spéculaire 68</i>	
4 - <i>Le corps comme une représentation inconsciente.....</i>	<i>73</i>
4.1 - <i>L'image inconsciente du corps.....</i>	<i>74</i>
4.2 - <i>L'image inconsciente du corps et le schéma corporel</i>	<i>75</i>
4.3 - <i>Le langage, aspect crucial pour la constitution du corps et de l'image corporelle</i>	<i>77</i>
4.4 - <i>La castration « symboligène ».....</i>	<i>79</i>
4.5 - <i>L'épreuve du miroir.....</i>	<i>80</i>
4.6 - <i>Pathologie des images du corps.....</i>	<i>82</i>
5 - <i>Le corps pour Lacan a des coordonnées : symboliques, imaginaires et « réelles »</i>	<i>84</i>
5.1 - <i>Stade du miroir moment d'acquisition d'un espace psychique et corporel.....</i>	<i>84</i>
5.2 - <i>L'importance de l'Autre dans la constitution psychique et corporelle</i>	<i>92</i>
5.3 - <i>L'objet a dans le schéma optique.....</i>	<i>97</i>
6 – <i>G. Pankow et le travail avec l'image du corps chez les psychotiques</i>	<i>101</i>
<i>Perspective</i>	<i>103</i>
DEUXIÈME PARTIE - LE CORPS ET LES PSYCHOSES	106
CHAPITRE 1 : FONDEMENTS CLINIQUES ET PSYCHANALYTIQUE SUR LES PSYCHOSES	107
<i>Introduction</i>	<i>107</i>
1 - <i>De la Verdrängung à la Verwerfung freudienne.....</i>	<i>109</i>
1.1 - <i>Le complexe d'Œdipe ; la Verdrängung et la Verwerfung.....</i>	<i>109</i>

2 – J. Lacan et le complexe de l'Œdipe : moment crucial pour la structuration du sujet.....	116
2.1 - Les trois temps de l'Œdipe et la question des structures subjectives.....	116
2.1.1 - Moment imaginaire de l'Œdipe, « être ou ne pas être le phallus ».....	124
2.1.2 - Moment symbolique du complexe d'Œdipe; l'incidence du signifiant Nom-du-Père	125
2.2 - La notion de forclusion du Nom-du-père et son rapport avec la structure psychotique	133
CHAPITRE 2 : APPROCHES CLINIQUES	144
<i>Introduction</i>	144
1 - <i>Analyse du Cas Schreber</i>	145
1.1 - Brève conceptualisation de l'histoire de vie de Schreber	145
1.2 - Le déclenchement.....	149
1.3 - Évolution du cas Schreber.....	151
2 - <i>La rencontre avec la clinique de la psychose</i>	162
2.2 - <i>Le Casa Verde</i>	163
2.3 - <i>Le traitement au Casa Verde</i>	166
2.4 - Pour conclure sur l'importance de cette expérience pour notre travail.....	172
3 – <i>Le Cas Jean</i>	173
3.1 - Son histoire	174
3.2 - Le déclenchement de sa schizophrénie	176
3.4 - Déclenchement de la psychose et le partage sexuel	178
3.3 - Jean, sa relation au <i>Casa Verde</i> et à son corps	182
3.6 - Jean et sa tentative constante de rassembler ses bribes de corps	185
3.5 - Jean et son rapport au langage.....	188
4 – <i>Le Cas Pablo</i>	192
4.1 - La raison de notre intérêt pour le cas de Pablo	192
4.2 - Histoire de vie de Pablo	196
4.3 - L'état de Pablo à son arrivée au <i>Casa Verde</i>	198
4.4 - Traitement de Pablo à l'hôpital de jour du <i>Casa Verde</i>	200
4.5 - Pablo et sa maladie.....	204
4.6 - Déclenchement de la psychose paranoïaque de Pablo.....	209
4.7 - Le rapport de Pablo à son corps et à sa paranoïa : un cas de stabilisation ?	213

TROISIÈME PARTIE – LA QUESTION DU TRAITEMENT220

CHAPITRE 1 : BREVE HISTOIRE DU TRAITEMENT DES PSYCHOSES EN PSYCHIATRIE	221
<i>Introduction</i>	221
1 - <i>Avant la création de l'Institution Psychiatrique : les exclus du lien social</i>	222
2 - <i>Début du traitement psychiatrique, la création des asiles</i>	226
2.1 - Philippe Pinel	226
2.2 - ESQUIROL.....	230
3 - <i>Psychiatrie scientifique organiciste et anatomiste</i>	233
3.1 - L'organicisme de Bayle.....	234
3.2 – F. Morel	235

3.3 - Gall	235
3.4 – J.P. Falret	236
3.5 – E. Kraepelin	237
4 - La transformation de la pensée sur le système psychiatrique post-guerre	238
4.1 - François Tosquelles	239
4.2 - L'Antipsychiatrie	241
4.3 - La Psychothérapie Institutionnelle.....	247
4.3.1 - La « polyphonie », l'hétérogénéité et les multiples références du Collectif : La fonction diacritique :	250
4.3.2 - Le Club thérapeutique : la possibilité d'accès à l'« espace du dire »	255
4.3.3 L'équipe	256
4.3.4 - La réunion de constellation	257
4.4 - La Psychiatrie de Secteur	259
5 - La « bible » nosographique américaine : Le DSM.....	265
<i>Perspective</i>	271
CHAPITRE 2 : AU-DELA DE L'ŒDIPE : LA POSSIBILITE DE CREATION D'UNE SUPPLEANCE OU D'UN SINTHOME QUI TIENNE	
LE SUJET PSYCHOTIQUE DANS SON CORPS ET SON EXISTENCE	276
<i>Introduction</i>	276
1 - <i>Le symptôme</i>	278
2 - <i>La pluralisation du Nom-du-Père : Les Noms-du-Père</i>	281
3 - <i>La Clinique lacanienne du nœud borroméen</i>	285
4 - <i>Joyce et le sinthome</i>	288
5 - <i>Le Sinthome : une création ainsi singulière du sujet et un mode de suppléance psychotique (paranoïaque)</i>	293
6 - <i>Traitement des psychoses : recherche d'une création pour tempérer la jouissance</i>	296
7- <i>L'articulation entre le traitement et le travail de création d'un sinthome</i>	302
<i>PERSPECTIVE</i>	311
CONSIDÉRATIONS FINALES.....	314
BIBLIOGRAPHIE.....	320

INTRODUCTION

Le corps humain, notre corps, a toujours intéressé et éveillé la curiosité. Nombreux sont ceux qui ont essayé de le décrire, de le comprendre et il aura suscité bien des travaux dans les disciplines les plus variées : philosophie, arts plastiques, biologie, médecine, anthropologie, psychanalyse...

Nous nous sommes intéressés à la question du corps et plus particulièrement à la représentation corporelle chez les sujets psychotiques à partir de notre première expérience clinique dans le domaine de la psychose, au Brésil. Nous avons travaillé trois ans au *Casa Verde*¹ où la manière d'accueillir et de traiter les psychotiques s'inspire de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle. Au cours de cette expérience clinique, nous avons connu Pablo, un patient diagnostiqué comme ayant une psychose paranoïaque. Pablo fréquentait assidûment l'atelier de tournage que nous dirigeons et au cours duquel nous avons réalisé deux documentaires avec d'autres patients. Un jour, lors d'une séance de montage-visionnage d'un des documentaires, Pablo, en se voyant à l'écran a demandé : « Est-ce que je suis comme ça? » Cette question nous a surpris et a attiré notre attention sur la question de la perception que le psychotique peut avoir de lui-même, de son corps. Un psychotique peut-il avoir une image instable de lui-même ? Ou même ne pas en avoir ? Autrement dit, existerait-il chez eux un manque de représentation psychique de leur corps ?

Pendant ces trois ans, nous avons pu accompagner son parcours au *Casa Verde* et suivre l'évolution de son cas. Nous avons pu constater que Pablo est parvenu à une psychose « stabilisée » par la création d'une identification à un corps malade, « cancérigène », qui lui a permis un certain soulagement de ses symptômes paranoïaques et d'arriver à être plus présent dans le lien social. Ce constat nous a posé la question : comment le psychotique peut-il s'approprier son corps avec ses singularités et avoir une représentation de lui-même plus unifiée ?

¹ Le centre d'accueil *Casa Verde* (Rio de Janeiro – Brésil) a été créé en 1994. Sa création et traitement sont inspirés de la clinique de La Borde à *Cour-Cheverny* en France, de la psychothérapie institutionnelle et de la psychanalyse. Le *Casa Verde* est un centre d'assistance à la santé mentale développant divers services comme : l'hôpital de jour, le « projet éveil » (pour les patients dépendants de drogues), des loisirs assistés, une aide au logement, des consultations et des programmes d'activités rémunérées. Dans ce travail-ci, nous ne nous intéresserons qu'aux activités de l'hôpital de jour où les patients passent leur journée en fonction de la spécificité de leur contrat et projet thérapeutique.

Dans notre travail, nous nous proposons d'étudier le rapport particulier que le psychotique entretient avec son corps et l'image de soi, sa façon originale de faire face à cet étrange vécu corporel.

DES LIMITES DU DISCOURS MÉDICO-SCIENTIFIQUE POUR COMPRENDRE LA RELATION DU PSYCHOTIQUE À SON CORPS

« Une bifurcation de plus en plus tranchée entre ce qu'on a pu appeler la "médecine scientifique" et la "médecine humaine". Mais il convient d'insister à nouveau : l'exigence de réintroduire en médecine le monde des valeurs – l'éthique – s'avère inséparable du progrès de sa conceptualité qui tend toujours à éloigner davantage le corps en tant que matériau biologique du corps comme expérience vécue et parlée. Et ce d'autant plus que la médecine technoscientifique, hyper sophistiquée, tend toujours davantage à mesurer, évaluer, normaliser, homogénéiser, randomiser ses analyses et ses protocoles sur des populations où la notion même du singulier se trouve par nature exclue »².

Notre société actuelle est marquée par un discours scientifique normalisant qui tend à assimiler le corps à un objet palpable, une matière organique. La perception du corps la plus admise par la communauté scientifique et médicale est celle d'un être biologique, concret et rationnel. Cette philosophie du corps n'est pas seulement présente dans le discours médical mais aussi dans l'idéologie sociale dominante. Ce discours s'est non seulement affranchi des anciennes croyances sur les maladies mais il s'est aussi démarqué de la philosophie ou de la religion et d'une vision « métaphysique » du corps pour lui substituer l'idée d'un ensemble physique complexe, constitué de cellules, de tissus et de composants chimiques :

« Ce sujet éprouve, rêve et exprime une "maladie du malade", qui se distingue radicalement de la construction médicale de la maladie. Cette construction médicale de la maladie objective le corps du malade pour pouvoir l'examiner, l'ausculter, le palper, le mesurer, l'explorer et le modifier dans tous ses fonctionnements vitaux pour suspendre ou éradiquer les effets d'une maladie. Cette objectivation du corps du

² GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 96 et 97.

malade, c'est la livre de chair que le malade comme le médecin, mais différemment, doivent payer pour satisfaire les obligations imposées par la rationalité scientifique en médecine. Ce geste épistémologique qui tend à séparer la connaissance intime de la vie de la rationalité des processus biologiques qui la matérialisent s'est accompli historiquement, mais se répète sans cesse structurellement dans l'acte médical. C'est en tant qu'objet que le corps du malade se trouve pris en charge [...] Ce corps-là se trouve exproprié du malade pour mieux se conformer au terrain sur lequel la maladie doit être combattue. »³

Selon Foucault⁴, ces changements trouvent leur origine historique dans la société du XIX^e siècle : non seulement le contenu du savoir médical a commencé à changer à cette époque, mais aussi son but, ses concepts et ses méthodes. De nouvelles connaissances et pratiques institutionnelles ont émergé. Foucault s'intéresse à la différence entre la médecine moderne et la médecine classique. Selon lui, c'est avec les débuts de la révolution industrielle que la médecine a commencé à se fonder sur la biologie.

« La grande coupure dans l'histoire de la médecine occidentale date précisément du moment où l'expérience clinique est devenue le regard anatomoclinique. La Médecine clinique de Pinel date de 1802 ; Les Révolutions de la Médecine paraissent en 1804 ; les règles de l'analyse semblent triompher dans le pur déchiffrement des ensembles symptomatiques. »⁵

Pour Foucault, la médecine moderne a déplacé son regard en essayant de transformer l'invisible en visible. Le but de la médecine est devenu un déchiffrement de l'anatomie et des lésions pour tenter d'éclaircir les zones d'ombre du corps et du savoir médical : « anatomie et clinique ne sont pas de même esprit »⁶.

De même, à cette époque, la psychiatrie devient de plus en plus technique, avec une importance croissante de la nosologie. De cette manière, elle commence à mésestimer la singularité du sujet en le traitant dans un cadre général : « À l'époque moderne la santé publique est appuyée par l'expertise scientifique et tend à se transformer en "guide moral" »⁷.

³ *Ibid.*, p. 93 et 94.

⁴ FOUCAULT, M., *La Naissance de la clinique* (1963), Paris : PUF, 2009.

⁵ *Ibid.*, p.149.

⁶ *Ibid.*, p. 127.

⁷ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 319.

« Aujourd’hui plus que jamais le mythe de l’individu s’impose en tant que forme logiquement acceptable apte à désavouer les processus de réification, d’instrumentation, de manipulation, de massification sociales et biologiques qui, somme toute, convoquent le risque d’une indifférenciation, d’une néantisation de l’être. »⁸

La médecine moderne, scientifique, s’appuie sur des relations de cause à effet et sur l’idée d’un « corps-machine ». Idée présente dès le XVII^e siècle avec Descartes : « Je suppose que le corps n’est pas autre chose qu’une statue ou une machine »⁹, sans inquiétude particulière pour le sujet qui l’habite. La « psychiatrie scientifique », comme certaines théories comportementales, a pour préoccupation de mesurer les symptômes, avec pour finalité une simple « rééducation cognitive » pour redonner aux patients une autonomie aussi rapide que minimale : « Force est de constater que ce qui tranche aujourd’hui, c’est la dégradation, la déconsidération de la notion de conflit, c’est le goût des procédures rapides. En témoigne un vocabulaire où l’efficacité et la rhétorique des résultats dominent. »¹⁰

Ce qui prédomine dans ce discours, c’est l’idée selon laquelle la maladie n’aurait presque pas de rapports avec le parcours et la singularité du patient, car c’est « la démarche scientifique qui crée l’objet, beaucoup plus que l’inverse »¹¹. « En un mot », comme le dit Lefève, « ce principe positiviste tient précisément à la dévalorisation de la subjectivité de la maladie »¹².

Cet effacement du sujet derrière la maladie amène naturellement les questions sur le traitement même, comme se le demande Canguilhem : « Comment donc expliquer que le clinicien moderne adopte plus volontiers le point de vue physiologiste que celui du malade ? »¹³

Canguilhem, dans son *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943), puis dans son livre *Le normal et le pathologique* (1966) met en cause le primat de la science sur la technique, des recherches de causes biologiques, physiologiques et

⁸ *Ibid.*, p. 320.

⁹ DESCARTES, R., « Traité de l’Homme », in : *Œuvres complètes*, Paris : Éd. Charles Adam et Paul Tannery, t. XI, Paris, L. Cerf, 1910, p. 119.

¹⁰ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 239.

¹¹ FAURE, O., « Le regard de médecins », in : *Histoire du corps 2 : De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris : Seuil, 2005, p. 25.

¹² LEFÈVE, C., « La thérapeutique et le sujet dans L’Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique de G. Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Paris : Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000, p. 109.

¹³ CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris : « Quadrige », P.U.F., 2007, p. 50.

chimiques sur le regard thérapeutique global du sujet. Selon lui, nous ne pouvons pas envisager la maladie objectivement sans le malade et son milieu.

Le sujet n'est pas une machine qui réagit de la même manière aux imprévus et aux aléas de la vie mais chacun aurait sa propre capacité « normative », c'est-à-dire la capacité ou non de créer de nouvelles normes qui le distinguent. Ainsi, la santé serait liée à la capacité du sujet à créer ses nouvelles normes, cependant que la pathologie serait l'inverse :

« L'état sain, plus encore que l'état normal, c'est l'état qui peut admettre le passage à de nouvelles normes. L'homme est sain pour autant qu'il est normatif relativement aux fluctuations de son milieu [...] Au contraire, l'état pathologique traduit la réduction des normes de vie tolérées par le sujet. »¹⁴

Canguilhem soutient l'idée que la vie et l'explication du normal et du pathologique ne peuvent pas être réduites à une simple cause physiologique, chimique ou biologique ; l'être humain est beaucoup plus complexe :

« L'ambition de rendre la pathologie et par la suite la thérapeutique intégralement scientifiques, en les faisant procéder simplement d'une physiologie préalablement instituée, n'aurait de sens que si d'abord une définition purement objective pouvait être donnée du normal comme d'un fait, si de plus on pouvait traduire toute différence entre l'état normal et l'état pathologique dans le langage de la quantité, car la qualité seule peut rendre compte à la fois de l'homogénéité et de la variation. »¹⁵

Pour la médecine classique, la maladie serait une variation quantitative, tant une augmentation qu'une diminution de l'état « normal », ce qui amène Canguilhem à se questionner sur le sens même de « normal » et il arrive à la conclusion, à partir de ses recherches, que cette notion est ambiguë et que « la frontière entre normal et pathologique est incertaine »¹⁶.

¹⁴ *Ibid.*, p. 155.

¹⁵ *Ibid.*, p. 26.

¹⁶ GAYON, J., « Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Paris : Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000, p. 27.

Cette notion quantitative est une conception positiviste de la maladie. Pour Canguilhem : « la maladie ne saurait être réduite à la modification quantitative d'un paramètre physiologique »¹⁷ et comme il le dit lui-même :

« Que la science de la vie prenne pour objets de mêmes importances théoriques, et susceptibles de s'éclairer mutuellement, les phénomènes dits normaux et les phénomènes dits pathologiques, afin de se rendre adéquate à la totalité des vicissitudes de la vie [...] Cela n'entraîne pas que la pathologie ne soit rien d'autre que la physiologie, et encore moins que la maladie, rapportée à l'état dit normal, n'en soit qu'un agrandissement ou une réduction. On comprend que la médecine ait besoin d'une pathologie objective, mais une recherche qui fait évanouir son objet n'est pas objective. »¹⁸

Canguilhem critique l'idée courante au XIX^e siècle qui soutient que les phénomènes pathologiques ne seraient que des variations quantitatives de certains phénomènes normaux. En analysant les travaux de Broussais qui expliquait les maladies tant organiques que mentales par le biais quantitatif, c'est-à-dire que la maladie serait expliquée par la variation, un « excès » ou un « défaut »¹⁹ par rapport à l'état normal, Canguilhem se demande : « le concept de maladie est-il le concept d'une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative ? »²⁰

« On a cherché longtemps si on pourrait prouver l'existence de l'être parfait [...] Comme si la santé parfaite n'était pas un concept normatif, un type idéal ? [...] une norme n'existe pas, elle joue son rôle qui est de dévaloriser l'existence pour en permettre la correction [...] le concept de santé n'est pas celui d'une existence, mais d'une norme dont la fonction et la valeur est d'être mise en rapport avec l'existence pour en susciter la modification. »²¹

Canguilhem va ainsi à l'encontre des idées soutenues à son époque et défend que *la pathologie et l'« anormal » font aussi partie de l'existence de l'être vivant*. Il enlève à la maladie son caractère d'incapacité : elle fait partie de l'existence, de la vie même. La santé serait plutôt en relation avec la tolérance ou la capacité du sujet à faire face aux changements

¹⁷ *Ibid.*, p. 25.

¹⁸ CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris : « Quadrige », P.U.F., 2007, p. 49.

¹⁹ *Ibid.*, p. 25.

²⁰ *Ibid.*, p. 26.

²¹ *Ibid.*, p. 21.

de sa vie, de son milieu, aux normes auxquelles il était habitué. Ainsi, il n'existe pas une norme générale à tout être humain, mais une limite de moyens subjectifs propre à chacun :

« La progressivité d'un avènement n'exclut pas l'originalité d'un événement. Parce qu'un symptôme pathologique, pris à part, traduit l'hyperactivité d'une fonction dont le produit est strictement identique au produit de la même fonction dans les conditions dites normales, cela ne veut pas dire que le mal organique, conçu comme une autre allure d'ensemble de la totalité fonctionnelle, et non comme une somme de symptômes, ne soit pas pour l'organisme une nouvelle façon de se comporter relativement au milieu. »²²

Cependant, même avec les critiques soulevées par Canguilhem, cette vision normative et objectiviste est encore très présente et a une grande influence sur le discours social, politique et économique actuel, ainsi que des conséquences sur la manière d'accueillir, de penser et de traiter les psychotiques :

« Il est vrai aussi que la langue utilisée par les professionnels est étonnamment proche de celle des administratifs, voire du ministère [...] Quand la langue utilisée est sensiblement la même entre le ministère, les tutelles, les acteurs du terrain, les pratiques pâissent d'un manque d'hétérogénéité, et le garde-à-vous revient. »²³

L'idée selon laquelle l'origine de la maladie serait héréditaire, génétique ou relevant d'une anomalie cérébrale, impliquant que X serait psychotique, sans que cela soit lié aux aléas que le sujet a rencontrés au long de sa vie, reste encore présente :

« La génétique a pour but de produire une carte de cette structure sous-jacente qui détermine le développement du corps [...] la carte de l'ADN nous permettrait de voir en modèle réduit ce que nous sommes au plus profond de nous-mêmes. La diversité des corps humains s'inscrit alors dans un livre unique dont leurs histoires singulières sont le produit. [...] La génétique est un ensemble de prédispositions et de probabilités qui permettent de prévoir les comportements futurs des individus apparemment sains et normaux. Le corps génétique est alors le corps quadrillé de la population, corps

²² *Ibidem.*

²³ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 259.

traversé par des normes et des régularités, lieu du contrôle et de la formation de soi. »²⁴

Ou encore faut-il se rappeler la stigmatisation des psychoses comme une anomalie, parfois un mal, voire un danger pour la société²⁵, comme nous pouvons l'entendre dans le discours prononcé, le 2 décembre 2008, à Antony par Nicolas Sarkozy sur le thème de l'hospitalisation en psychiatrie, discours dans lequel est soutenue et défendue la prise en charge technocratique des psychoses et d'autres maladies psychiques graves dans une logique sécuritaire. Selon N. Sarkozy, il faut davantage de contrôles sociaux et d'internements sans le consentement du sujet. Plutôt que d'accueillir ces sujets qui payent déjà un lourd tribut à travers leurs souffrances, les préjugés de la société à leur encontre et leurs difficultés à établir un lien social, le Président de l'époque propose de s'appuyer sur une logique d'exclusion longtemps combattue par les professionnels, les patients et leurs familles :

« Cette dérive du côté du principe de précaution a entraîné la montée en puissance d'un ordre sécuritaire sans précédent. Depuis l'assassinat d'un étudiant par un patient à la suite d'une permission de sortie de l'hôpital de Saint-Égrève, événement absolument dramatique, mais rarissime, et les déclarations du président de la République à Antony sur le port de bracelets électroniques, les clôtures se multiplient de même que des mesures de surveillance sophistiquées [...] Là où les mesures de contention étaient rares, elles deviennent systématiques. Enfin, l'utilisation des chambres d'isolement croît en fréquence et perd dans nombre de services tout caractère d'apaisement [...] Ces chambres se substituent à la relation quand elles ne sont pas purement et simplement punitives. »²⁶

Souvent aussi le domaine de la médecine, comme celui de la psychiatrie, est attiré ou sensibilisé par l'interprétation biologique et le besoin de « médicamenter » à tout prix. Nous

²⁴ KECK, F., RABINOW, P., « Invention et mise en scène du corps génétique », in : *L'Histoire du corps. 3 : Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, Paris : Seuil, 2006, p. 72.

²⁵ « Le président de la République avait déclaré le 13 décembre 2008 à l'hôpital psychiatrique d'Antony : "Des gens dangereux dans la rue, c'est un scandale aussi. Qu'on ne vienne pas me dire que c'est un cas de temps en temps". La violence des propos présidentiels assimilant les patients psychiatriques à des criminels potentiels avait ému le monde de la psychiatrie, celui des familles de malades et une partie de l'opinion ». (GORI, R., *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ?*, Paris : Denoël, 2010, p. 14).

²⁶ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 246 et p. 247.

remarquons : « l'oubli du sujet dans la médecine technoscientifique moderne [...] Elle médicalise de manière outrancière la souffrance psychique. »²⁷

Dans le DSM-IV sont répertoriés plus de quatre cents désordres psychiques. Actuellement, à chaque type de maladie correspond une énorme quantité de médicaments. La psychiatrie contemporaine peut avoir tendance à s'orienter vers le recours aux médicaments. Pour Dana :

« L'incomplétude est insupportable et sera occultée le plus vite possible par la science. Un nom, un médicament venant obturer ce qui n'appelle le plus souvent que du réconfort. Ainsi en va-t-il des pleurs qui pourtant, ne font que traduire le désarroi devant l'impuissance, le sentiment d'être objet exclusivement face à la machinerie médicale. »²⁸

Nous vivons dans un monde où le médicament est « défini comme la solution », comme dans le livre, *Le meilleur des mondes* d'Aldous Huxley²⁹, où il n'y a de place ni pour la folie, la peur, l'incertitude ni la souffrance, car tout citoyen a accès à une drogue, qui n'a pas d'effet collatéral, « le soma ». Pour surmonter nos problèmes et nos difficultés et ne voulant plus perdre du temps, nous préférons la prise régulière d'un médicament, d'un anxiolytique par exemple :

« Prozac pour l'endeuillé et Ritaline pour l'agité : la marge de liberté des écarts de conduite, l'écart type des moyennes de comportements socialement acceptables, politiquement conformes, se réduisent de jour en jour. Une telle normalisation des conduites par les psychotropes évite à l'équipe soignante – pressée par des cadences infernales et évaluée dans la rationalisation de ses soins – de s'interroger sur sa propre part dans ce qui arrive au patient, dans son *pathos*. »³⁰

Nous ne pouvons nier que les médicaments administrés pour les maladies mentales ont beaucoup progressé et que leur efficacité n'est pas contestable dans le traitement de certains cas. Néanmoins, la médication, dans une application exclusive et systématique, est une

²⁷ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 29.

²⁸ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 168.

²⁹ HUXLEY, A., *Le Meilleur des mondes*, Paris : Pocket, 2007.

³⁰ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 61.

hérésie : elle n'est à considérer que comme un dispositif du traitement et non comme le traitement dans sa totalité.

Pour illustrer ce point, nous voudrions relater un incident dont nous avons été témoins ici en France, dans une institution psychiatrique, où l'équipe a été soumise à un cas de décompensation d'un patient paranoïaque. Le personnel était lui-même désespéré, dépourvu de solutions... Le patient fut conduit à l'infirmerie où il resta jusqu'au lendemain, sous la vigilance de deux membres de l'équipe, dans l'attente des premiers effets du traitement chimique. Le lendemain, aucune amélioration n'était constatée. Des stagiaires et des membres de l'équipe présents ont alors suggéré, au cours de la réunion d'équipe, d'avoir une réunion de constellation³¹ sur son cas, pour que le personnel puisse prendre une autre orientation dans le traitement. Malheureusement, leurs recommandations n'ont pas été entendues, et le soir même ce patient a été envoyé dans une unité spécialisée par le psychiatre de service, sans que l'équipe soignante ne soit consultée ni même informée de cette démarche. Cet incident nous a laissé le sentiment que la décision d'hospitaliser ce patient n'a pas pris en compte l'évolution récente de son cas. Selon Dana « cette autre logique conduit, en privilégiant l'urgence, à un appauvrissement du discours. »³²

Si nous formulons des réserves sur la psychiatrie « génétique », « scientifique », actuelle, nous ne la déprécions pas. Nous savons qu'elle reste une discipline sérieuse, sinon centrale, dans le domaine de la santé mentale. Néanmoins, nous voulons montrer que, pour le traitement des psychoses, nous devons laisser de côté nos a priori, nos « *Weltanschauung* », représentations du monde et visions du monde et ne pas nous enfermer dans des formules définitives, dans des systèmes de pensée, dans des visions idéalisées du corps et de nos manières d'être, dans une norme. Comme nous l'apprend Oury, le traitement des psychoses peut être réalisé par un Collectif, « une machine abstraite » qui crée un réseau, un tissu symbolique qui soutient le patient psychotique dans son parcours. Les changements subjectifs peuvent avoir lieu à partir de la rencontre du sujet avec l'imprévisible, le « réel ».

Une vision scientifique régie par un primat déterministe de causes physiologiques, organiques ou neurobiologiques enlève la place à l'imprévisible. « La modernité qui ne veut

³¹ Une réunion de constellation est une réunion impliquant toutes les personnes concernées par un patient : tous les membres de l'équipe soignante qui ont une relation et un transfert avec lui. Ce groupe se rassemble pour travailler sur son cas, pour réfléchir aux changements que chacun a remarqués : comment il circule dans la clinique, en ville, son mode de socialisation, ses investissements, son traitement médical... Ce travail en groupe aboutit dans la majorité de cas à des modifications chez le patient et chez les gens qui s'occupent de lui, ce qui permet une évolution dans le traitement.

³² DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 242.

prendre aucun risque chasse et traque l'inattendu.»³³ Dans cette logique nous pouvons mesurer la maladie, réduire le sujet dans un cadre, déchiffrer ses symptômes, mais, ce faisant nous supprimons la possibilité même de traitement de la singularité du sujet, de sa souffrance, pour simplement réaliser un travail de classification. Nous pouvons associer cette démarche au but de remettre les sujets dans une norme, de rendre les corps dociles, comme le développe Foucault dans *Surveiller et punir*³⁴, ce qui ne permet pas au sujet d'« être autrement ». C'est l'idée d'un corps rendu prisonnier par un savoir et par un pouvoir qui vise à le normaliser.

« Car ce totalitarisme contemporain doit être restitué dans le contexte actuel. Il est clair que nos sociétés sont des sociétés démocratiques. Nous avons à réfléchir à ce discours ambiant, qui produit *mutatis mutandis* une *incarcération du sujet*, ce qui déplace le spectre du totalitarisme et nous porte plutôt à revenir aux normes. »³⁵

La discussion de la relation et de la différence entre le normal et pathologique est encore d'actualité. La pratique médicale doit prendre en considération le point de vue du malade et non lui imposer un savoir et une norme. Si l'on s'en tient aux les conceptions de Canguilhem exposées par Lefève :

« le principe selon lequel le médecin doit adopter le point de vue du malade [...] se placer du point de vue du malade, cela signifie bien plus profondément se savoir vivant, par là même, malade [...] Il leur incombe en effet de saisir que la relation thérapeutique n'est pas une relation d'un médecin et d'un malade, mais bien une relation de deux vivants. »³⁶

La question à poser pour réfléchir à ce qu'est l'état de « bonne santé » est celle de la flexibilité du sujet face à l'« imprévu ». La santé mentale n'est pas qu'une question d'être normal, car un individu peut bien s'adapter à la réalité, mais il peut être dépourvu de moyens internes pour surmonter des changements abrupts de son milieu. La santé serait liée à la capacité du sujet à se confronter à de nouvelles situations à de nouveaux aléas de la vie. Selon Gayon, la grande invention de Canguilhem est son concept de « normativité » qui se différencie de celui de normalité. La normalité a un rapport avec la norme statistique, alors

³³ *Ibid.*, p. 46.

³⁴ FOUCAULT, M., *Surveiller et punir* (1975), Paris : Gallimard 2012.

³⁵ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 250.

³⁶ LEFÈVE, C., « La thérapeutique et le sujet dans L'essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique de G. Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Paris : Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000, p. 118.

que la « normativité » est la capacité de l'individu à créer de nouvelles normes de vie. La pathologie n'est plus un écart par rapport à la norme mais le manque d'aptitudes de l'individu à « tolérer un changement d'environnement »³⁷. Comme le dit Canguilhem, « le propre de la maladie c'est d'être une réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu »³⁸.

Et la guérison n'est pas la récupération d'un état antérieur, mais « une nouvelle norme individuelle »³⁹, ce serait plutôt : « récupérer la santé », c'est « parvenir à un nouvel ordre »⁴⁰.

« L'originalité de la maladie selon Goldstein, c'est qu'elle ne conduit à aucune réversibilité de la vie. Le nouvel état de santé du patient n'est jamais le même que l'ancien : aucune guérison, dira Canguilhem, n'est retour à l'innocence biologique. Guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes. »⁴¹

Dans *Le Normal et le Pathologique*, Canguilhem aborde un point particulièrement important pour notre thèse : l'importance de la créativité du sujet et la dimension subjective de la maladie, comment le sujet peut créer « quelque chose » pour vivre mieux ou même se guérir. D'où l'importance de changer la place du patient vis-à-vis du médecin, de redonner une place centrale au sujet :

« Le moment décisif qui marquerait un changement dans le devenir de la thérapeutique serait précisément sa reconnaissance comme technique. Il faut que la thérapeutique soit reconnue comme subjective pour faire l'objet d'une histoire. C'est à partir du moment où le vivant lui-même est reconnu comme historique, c'est-à-dire objet, mais aussi sujet des événements physiques et moraux qu'il subit et qu'il crée, que quelque chose de fondamental change dans la thérapeutique et que son histoire peut être écrite. La thérapeutique doit être en effet pensée en son fond comme un processus de subjectivation puisqu'elle est restauration de normes (ou la création des

³⁷ GAYON, J., « Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : le Normal et le Pathologique*, Paris : Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000, p. 87.

³⁸ CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris : « Quadrige », P.U.F., 2007, p. 132.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ ROUDINESCO, E., « Georges Canguilhem, de la médecine à la résistance : destin du concept de normalité », in : BING, F.; BRAUSNTEIN, J.-F. & ROUDINESCO, E., *Actualité de Georges Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo, 1998, p. 30.

nouvelles normes) : il n'y a de thérapeutique que pour un individu qui a une histoire. »⁴²

Cela nous amènera aux notions de création pour Oury et de sinthome pour Lacan.

Ainsi, il n'existe pas de traitement spécifique, de bon traitement pour soigner les psychoses. La clinique des psychoses exige une ouverture, elle est en constante création et recreation, dans une transformation continue à partir de chaque cas. Il faut approcher les psychoses dans leurs multiples nuances, quel que soit notre domaine d'appartenance ou notre spécialité, et nous laisser instruire par elles, afin de pouvoir développer avec chaque patient un travail adapté. Ainsi, nous devrions pouvoir aider chaque patient à trouver un commencement d'équilibre, de stabilité, par un travail de construction ou de reconstruction du corps qui devra tenir compte des limites et des aptitudes du sujet, tout en évitant une « approche idéale ».

« Il est préférable en ce sens qu'il n'y ait pas de centre, ni de centre du savoir, ni de centre au plan institutionnel, mais plutôt une circulation. La médecine n'est pas plus prévalente, même si son concours est indispensable. L'orientation ne se fait pas par le médical. C'est la question de l'être, de l'existence qui est au premier temps [...] Il y a des lieux différents qui ont en commun de susciter une expérience et de constituer un ensemble. À partir de cet outillage, la cure sectorielle va constituer pour chaque patient à s'approprier par l'expérience *un savoir*. »⁴³

Nous présumons ainsi que la clinique psychanalytique et la clinique psychiatrique peuvent toutes deux s'enrichir par la pratique et les questionnements soulevés autour de la clinique des psychoses et par ce que les psychotiques eux-mêmes nous enseignent. Une écoute attentive des sujets psychotiques nous donne souvent l'impression qu'il y a quelque chose à apprendre. Nous pouvons facilement aborder la psychose comme un déficit ou un trouble, mais cela nous empêche de saisir la vraie réalité du sujet. Cela arrive chaque fois qu'on omet de donner la parole au sujet et qu'on le prend a priori comme l'objet d'une connaissance préalable.

⁴² LEFÈVE, C., « La thérapeutique et le sujet dans l'essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique de G. Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Paris : Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000, p. 110. Les mots soulignés ont été ajoutés par l'auteur.

⁴³ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 173.

À partir des progrès réalisés tout au long de l'histoire du traitement des psychoses, nous savons maintenant qu'il est souhaitable de créer un réseau de dispositifs de soins reliés entre eux, d'avoir des équipes multidisciplinaires qui confronteront leurs savoirs respectifs pour aboutir à un traitement spécifique. Cela se retrouve dans les théories et expériences cliniques sur les psychoses de la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle, la psychiatrie de secteur, entre autres mouvements de traitements des psychoses qui incluent le sujet dans « la scène », dans son cadre global. Pour Hoffman, la psychanalyse « ne réduit pas le sujet contemporain à son cerveau. Le rapport de l'homme à la nature reste pour nous, à la suite de Freud, de l'ordre d'un appel à un travail de dénaturalisation, pour éviter de devenir le jouet des forces naturelles. Ce qui est du ressort de la responsabilité du sujet. »⁴⁴

À partir de l'après-guerre, de nouveaux traitements ont été mis en pratique et ont entraîné des réformes politiques à l'égard des soins en santé mentale : l'antipsychiatrie, la psychothérapie institutionnelle, les communautés thérapeutiques et la psychiatrie de secteur... Ces mouvements préconisent de substituer la création d'un réseau d'assistance visant la réinsertion des sujets dans le lien social et dans leur vie à l'asile. Nous soulignerons ici l'importance pour le traitement de la création d'un réseau de dispositifs de soins alternatifs qui favorise la circulation des patients entre plusieurs espaces sociaux. Le traitement ne se tourne plus seulement vers la maladie, mais il élargit les possibilités d'engagement du sujet dans sa vie et dans l'espace social. L'objectif est de donner un espace pour la "folie" dans la scène sociale, en lui redonnant une voix. « Il s'agit de veiller à *l'existence psychotique* et non pas seulement à la *maladie psychotique*. »⁴⁵

LA CONSTITUTION DU CORPS CHEZ LES PSYCHOTIQUES

Dans la première partie, nous nous attacherons à décrire les mécanismes de la constitution du corps dans la psychanalyse. Nous commencerons par suivre le changement que Sigmund Freud a apporté dans sa clinique avec les hystériques : le passage d'une clinique du regard propre à son époque, à une clinique basée sur la parole et la singularité du sujet. Il rompt avec l'objectivisme du discours médical en théorisant que les symptômes hystériques corporels ont des significations symboliques.

⁴⁴ HOFFMANN, C., *Des cerveaux et des hommes. Nouvelles recherches psychanalytiques, Actualité de la psychanalyse*, Toulouse : Érès, 2007, p. 31.

⁴⁵ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 223.

Pour Freud, dans ses théories sur le corps pulsionnel et le Moi, le sujet est habité par des forces pulsionnelles qui le poussent constamment. Le Moi et la représentation du corps se constituent à partir de la manière dont le sujet va parvenir à se défendre face à ces forces. L'organisation psychique du sujet dépend de sa réponse à ces pulsions. Dès la naissance, nous sommes habités par ces mouvements pulsionnels difficiles à dominer et au début de la vie c'est l'Autre qui occupe la fonction régulatrice de ces forces. Le corps serait vécu de manière fragmentée en plusieurs zones érogènes distinctes. Leur unification serait possible grâce à l'investissement libidinal du corps propre. À partir du moment où les parents investissent libidinalement leur enfant et où le nourrisson se prend pour son objet d'amour (narcissisme), ces investissements vont permettre au sujet de se constituer subjectivement en faisant émerger son Moi comme une représentation de son unité corporelle et d'investir les objets externes.

Dans sa deuxième topique, Freud théorise l'idée du Moi-Corporel qui a la fonction de maîtriser les pressions des instances psychiques provenant du Ça et de la réalité externe. Ce Moi-Corporel est une projection d'une surface psychique qui permet l'acquisition d'une limite entre le Moi et l'Autre. L'acquisition ou non de cette surface, de cette frontière corporelle et psychique aura des conséquences sur le rapport du sujet à lui-même et au lien social. Le corps serait donc une image, une représentation et pourrait être vécu en même temps comme étranger à nous même.

Ensuite, nous nous intéresserons aux théories de Donald Winnicott et nous verrons qu'elles sont les prémisses à la constitution du corps au moment de la première enfance. Nous aborderons plus particulièrement l'intégration, la personnalisation ou le sentiment d'habiter son corps, le regard et l'espace potentiel. Au début de la vie, le nourrisson se retrouve dans un état de non-intégration, il n'a pas les moyens de se protéger de ses pulsions. Il aura besoin qu'un autre lui fournisse un soutien qui lui permettra de constituer son corps et son Moi pour atteindre un « sentiment continu d'exister ».

Le regard de l'autre permet à l'enfant d'intégrer graduellement l'image renvoyée par celui ou celle qui s'occupe de lui, en lui permettant d'intégrer son Moi (*self*) et d'acquérir une représentation interne de son corps.

À partir de l'intégration et de la personnalisation, le nourrisson pourra avoir un espace potentiel, une zone intermédiaire qui ne se trouve ni à l'intérieur ni à l'extérieur du sujet et qui lui permet la création symbolique. Chez les psychotiques, cet espace potentiel de création symbolique est compromis et cela peut se traduire à travers leur rapport à leur corps. La notion de création et d'espace potentiel de Winnicott nous amènera plus tard à l'idée que la

fabrication par les psychotiques d'une suppléance pourrait leur permettre d'obtenir un certain sentiment d'existence, d'*avoir* un corps.

Nous développerons, en pensant à Françoise Dolto, l'idée que le bébé est dans le langage avant même sa naissance, dès la vie intra-utérine. Dolto introduit la notion de l'image inconsciente du corps comme une mémoire inconsciente d'un vécu affectif précoce et propre à chacun. Cette image est en relation avec l'histoire du sujet et chaque événement peut la modifier ; elle est toujours en mouvement. Un point important de sa théorie pour comprendre la relation du psychotique à son corps est la place centrale qu'elle donne à la parole et aux mots, c'est-à-dire au symbolique dans la constitution du sujet et de l'image de son corps. Ces paroles servent de support à l'enfant pour qu'il puisse faire face aux castrations « symboligènes ». Ces frustrations provoquées par la perte de l'objet investi libidinalement auparavant sont responsables de la formation et de la modification de l'image inconsciente du corps.

Un autre point nous intéressera dans les théories de Dolto pour penser le rapport du psychotique à son corps : selon elle, les psychoses se déclencheraient lorsque les pulsions de mort prévalent. Ce point est important, car, dans notre hypothèse, l'image du corps d'un psychotique peut se dissocier au moment où il ne parvient pas à faire face à un excès pulsionnel, lorsqu'il est dépourvu de moyens internes pour se protéger contre cet excès en raison d'une non-inscription préalable d'un élément symbolique dans sa constitution psychique. À partir du moment où il y a une rencontre du sujet avec une situation de la vie qui fait appel à la réponse à un élément central non symbolisé pendant sa constitution psychique, une crise psychotique peut se déclencher et son image du corps peut en être altérée. Le vécu de dépersonnalisation ou de décorporalisation chez les psychotiques serait donc en relation avec une fissure dans l'ordre symbolique.

La problématique du stade du miroir chez Lacan permet de réfléchir aux questions de l'acquisition par le sujet d'un corps psychique et de sa structuration subjective. Nous étudierons les trois temps de ses élaborations dans le stade du miroir : le premier marqué par l'importance donnée à l'imaginaire, inspiré de la théorie de Freud sur le narcissisme ; le deuxième par le symbolique ; et le troisième par le « réel ». Selon Lacan, avant le passage par le stade du miroir, le nourrisson a le sentiment d'un « corps morcelé », fragmenté et c'est à partir de l'identification à l'image de son corps que son corps pourra s'unifier. Ce moment du stade du miroir permet l'inscription de la matrice du *Je*, de l'inconscient. L'identification à son image serait donc cruciale pour la constitution subjective et la contention du chaos

pulsionnel : en même temps que cet espace corporel s'inscrit chez le sujet, il se constitue un espace psychique.

Dans un deuxième temps de son enseignement, Lacan ajoute un point important dans la constitution de l'image corporelle : le consentement, l'approbation par un autre que l'image que le nourrisson voit est bien la sienne. Lacan parle d'un grand Autre pour cette dimension symbolique au stade du miroir. L'aspect symbolique et imaginaire entre en même temps en jeu dans la constitution subjective et corporelle du sujet.

Cette acquisition d'une représentation corporelle permet la configuration d'une première forme subjective qui délimite ce qui vient de soi et ce qui vient de l'extérieur. Cette unité corporelle permet au nourrisson, d'une certaine manière, de pacifier tout ce qui provient du Ça, de régler son chaos pulsionnel. Les psychotiques ne passent pas, ou difficilement, par cette nomination d'un signifiant symbolique provenant de l'Autre ; ainsi l'image de leur corps peut devenir problématique, de même que leur rapport au langage.

À partir de son séminaire *Angoisse*, Lacan ajoute, au stade du miroir, l'importance de la perte de l'*objet petit a*, non spécularisable et non symbolisé. Il élabore l'idée qu'au moment de l'entrée du sujet dans le symbolique, il y a une perte de l'objet qui permet de réduire la toute-puissance de l'Autre. Le stade du miroir est d'une grande complexité, il exige des coordonnées non seulement imaginaires mais aussi symboliques et réelles. Le stade du miroir peut donc être considéré comme étant un moment-clé pour l'organisation psychique du sujet, car l'acquisition de l'image du corps est ce qui permet l'arrimage entre les trois instances humaines de la théorie lacanienne : le « réel », le symbolique et l'imaginaire. Ce nouage est ce qui tient le sujet dans son sentiment d'« avoir » un corps et dans son sentiment d'existence.

Nous finirons cette partie avec une brève revue des idées de Gisela Pankow qui nous aide à analyser le rapport du sujet à son image du corps et peut être utile à la réalisation d'un diagnostic différentiel. Elle émet l'idée que le traitement et la guérison du sujet psychotique peuvent être amenés par un travail de liaison entre les multiples débris de leurs corps, pour qu'ils puissent ainsi retrouver une dynamique entre leur image dans sa totalité et ses parties. En conséquence, il pourra s'approprier son histoire, son corps et ainsi rétablir ses notions spatio-temporelles. Ces éléments nous inspireront aussi dans notre troisième partie sur la « création » psychotique.

Dans la deuxième partie de notre travail, nous nous focaliserons sur le rapport du psychotique à son corps, tant dans la théorie que par l'étude de cas cliniques concrets.

Dans le premier chapitre, nous nous attacherons à comprendre, à travers les théories de Freud et de Lacan, ce qui se passe chez les psychotiques au moment de leur constitution psychique et corporelle et qui serait responsable de la relation particulière qu'ils entretiennent avec leur corps. Selon Freud, chaque structure a sa manière de se défendre de la réalité et des motions pulsionnelles : le névrosé éloigne ces pulsions de sa conscience par le mécanisme de refoulement, alors que le psychotique rejette cette réalité (représentation) qui n'entre même pas dans sa représentation psychique. C'est le *Verwerfung* de Freud qui est repris par Lacan avec sa notion de forclusion. Le délire serait donc, pour Freud, une tentative de reconstruire ce monde non symbolisé, et la crise ou le déclenchement d'une psychose serait lié au moment où cette représentation rejetée touche le Moi.

Les concepts-clés pour réaliser un diagnostic différentiel entre la névrose et la psychose sont selon Freud et Lacan : la castration et le complexe d'Œdipe qui deviennent centraux dans la constitution subjective de l'être humain. Selon eux, pour que le sujet puisse symboliser, un refoulement originaire est nécessaire ; une perte de l'objet est la condition clé pour la constitution du sujet et de sa représentation corporelle.

Pour Lacan, la castration est présente dès la naissance, car le sujet est confronté à la réalité dès qu'il perçoit qu'il ne peut pas disposer de tout. Être un sujet du langage, c'est être marqué par la structure même du langage et par ses limites. Nous verrons avec l'Œdipe comment le sujet va prendre sa place et quelle place, dans le discours de l'Autre, c'est-à-dire comment il se comporte face à l'Autre, à la culture, au langage et à ses limites. Le complexe d'Œdipe a une fonction signifiante, c'est le moment où la métaphore paternelle viendrait résoudre l'énigme du désir de l'Autre. Moment où le sujet comprend qu'il n'est pas l'objet qui pourrait combler la jouissance de l'Autre, ce qui provoque une perte de l'objet et qui règle d'une certaine manière la jouissance de l'Autre.

Selon Lacan, chez les psychotiques, le refoulement originaire n'aurait pas eu lieu, il y aurait une non-*bejahung* qui serait la non-affirmation de quelque chose dans le symbolique, dans la représentation subjective du sujet. La non-inscription symbolique et la non-perte de *l'objet a* ne permet pas un renoncement à une parcelle de la jouissance ; elle reste donc envahissante, sans limites, dérégulée pour le sujet. Nous pensons que ce vécu de dissociation du corps chez les psychotiques peut être vu comme une défense du sujet face à une jouissance totale, dévastatrice.

Le cas Schreber montre bien le passage d'un état de dissociation schizophrénique à la construction d'une paranoïa, ou le passage d'un corps dissocié à une représentation corporelle avec plus de consistances. Au début de sa psychose, ses écrits nous montrent la rencontre

avec un vide de signification et la perte de son sentiment d'existence. L'essence finale de son délire est de devenir la femme de Dieu pour former une race "schreberienne" et ainsi restaurer l'état de bonheur perdu. C'est la réponse qu'il a portée à l'énigme à laquelle il s'est heurté, ce qui lui permet de se redonner un certain ordre, un remmaillage de sa « fissure structurelle ».

Le fait de devenir la femme de Dieu est le point essentiel de son délire, c'est sa création singulière qui l'aide à tenir dans son sentiment d'existence et dans le lien social. Il a ainsi pu suppléer ce manque constitutif par une création propre, par son savoir-faire. Ce signifiant « femme de Dieu » a pour lui la fonction d'un point d'ancrage ; de cette manière, il règle en quelque sorte l'invasion pulsionnelle de la jouissance absolue de l'Autre. Ce signifiant lui permet de renouer avec les trois registres du sujet, le « réel », le symbolique et l'imaginaire, ce qui lui procure une certaine stabilité.

A la suite de cette partie, nous développerons deux cas cliniques de notre expérience pratique pendant nos trois ans dans un hôpital de jour à Rio de Janeiro, au Brésil ; cette clinique s'inspire du travail de la clinique de La Borde, de la psychothérapie institutionnelle, de la psychiatrie de secteur en France et de la psychanalyse.

Jean est un patient schizophrène qui questionne beaucoup son corps. Il développe plusieurs techniques impliquant son corps, soutenant que c'est là son traitement en vue d'aboutir à sa guérison, moment où, selon lui, il « deviendra conscient ». Régulièrement, tous les ans, il invente de nouvelles techniques par lesquelles il essaie de modifier et de reconfigurer son corps. La manière dont il gère sa souffrance passe par le corps. Depuis qu'il est arrivé au *Casa Verde*, il est en travail, dans une production permanente de son Moi et de son corps. Il essaie avec ses techniques de traitement de se construire une superficie corporelle qui l'aidera à contenir le constant envahissement pulsionnel des « énergies » comme lui-même le dit. Il ne parvient pas cependant à se fabriquer ce corps tant psychique que corporel.

Notre deuxième cas pratique concerne Pablo, un patient paranoïaque. Au début de son traitement, Pablo se trouvait dans un état très déstructuré et confus, avec une longue histoire d'hospitalisation. Graduellement, son délire a évolué. En 2005, il a commencé à réaliser une fois tous les six mois des coloscopies, car il avait la certitude d'avoir un cancer des intestins.

Selon nous, c'est un moyen qu'il a trouvé de contenir son débordement pulsionnel, la jouissance absolue de l'Autre. Il s'est construit un signifiant de corps cancérogène et d'une certaine manière cela lui permet de s'approprier son corps. Cela peut être considéré comme étant sa « solution élégante », selon l'expression de Lacan, c'est-à-dire la création d'un signifiant qui a permis de restituer l'ordre du sujet. Cela a diminué considérablement ses

symptômes paranoïaques, ce qui lui permet de se tenir dans le lien social et d'avoir un certain sentiment d'existence et de continuité d'être.

Dans notre troisième et dernière partie, nous nous intéresserons aux possibilités de traitement des psychoses. Pour cela, nous commencerons par faire un bref historique des différents traitements des psychoses, puis nous donnerons plus d'importance aux élaborations théoriques et aux principes cliniques de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur. Enfin, nous examinerons la possibilité pour le sujet de se créer une suppléance ou un sinthome qui soutient le sujet dans son existence et lui donne le sentiment « d'avoir un corps ». Ce traitement se baserait non seulement sur les principes des deux cliniques citées précédemment mais aussi sur les principes de la psychanalyse.

Dans notre premier chapitre, nous commencerons notre parcours historique du traitement des psychoses par l'époque de la Renaissance où les psychotiques étaient réduits au silence, perçus comme constituant un danger et éloignés de la société. Puis les premiers asiles seront créés en France après la Révolution française avec l'objectif de remettre le « fou » dans la norme et la morale. Le XIX^e siècle est le moment d'examiner, de classer et de construire un savoir sur les maladies mentales ; le traitement ne sert pas seulement de garantie à la santé, mais aussi à l'ordre social. Foucault défend alors l'idée selon laquelle la folie sera, pour longtemps et cela se vérifie encore de nos jours, emprisonnée dans un monde moral. L'avènement du mouvement aliéniste, avec notamment Pinel et Esquirol ouvrira la voie à un possible traitement des psychoses et à une direction thérapeutique dans ce traitement.

Les critiques au mouvement aliéniste commencent au moment où la formation psychiatrique devient de plus en plus fondée sur la cause cérébrale des maladies mentales et où les symptômes deviennent mesurables. Les conceptions organicistes qui en découlent prennent force à partir du XX^e siècle avec le but d'en finir avec la maladie plus que de la traiter. Kraepelin, considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne, défend l'idée que la cause de la grande majorité des maladies mentales est biologique et génétique. Ses manuels et ses théories ont inspiré l'élaboration du DSM et du CIM 10. Nous serons très critique vis-à-vis du DSM, car, pour nous, il s'apparente à un « refus » du diagnostic ou de l'interprétation de la maladie par le biais psychique et est une consécration des méthodes et des outils statistiques. Une approche de la maladie mentale à travers l'unique biais du DSM risque d'enfermer les malades sous des étiquettes diagnostiques et ne prendrait plus en compte l'importance d'un traitement attentif et d'un accueil axé sur la singularité du sujet.

À l'opposé, à partir de la Seconde Guerre mondiale, nous voyons un mouvement de transformation de la psychiatrie. L'hôpital Saint-Alban est le premier en France à aménager son organisation pour l'humanisation du traitement à travers une structure ouverte sur l'extérieur avec une diversité d'acteurs et de modalités relationnelles.

À partir de l'expérience de Saint-Alban, naît la psychothérapie institutionnelle qui soutient que l'hôpital doit être renouvelé et analysé. Le fondement de la psychothérapie institutionnelle est la notion de Collectif, comme un réseau symbolique dans une dimension psychothérapeutique. Pour traiter les psychoses, il faudrait créer des stratégies susceptibles d'accueillir le sujet dans sa singularité, sa souffrance et de mener un suivi continu. Un autre concept-clé de la psychothérapie institutionnelle est la fonction diacritique qui permet la diversité et l'hétérogénéité dans la clinique. Les liens, les échanges, la libre circulation entre plusieurs espaces et différentes personnes sont des éléments importants dans le traitement des psychoses.

Au-delà de cette réinvention de l'hôpital, l'Antipsychiatrie prône que la seule manière de combattre la logique asilaire, hospitalo-centrique, n'est pas d'aménager le traitement dans l'asile, mais son élimination. Elle a pour but le remplacement des hôpitaux psychiatriques par des services (dispositifs cliniques) insérés dans la société. Elle soulève l'idée avec F. Basaglia qu'une transformation interne des institutions psychiatriques n'est pas suffisante ; cette transformation doit s'étendre au-delà des murs au travers de transformations politiques et d'un changement radical de l'image de la folie dans la société. Malgré toutes les critiques que nous pouvons adresser au mouvement italien, il faut souligner le côté très humain nécessaire au traitement, en donnant à la « folie » la possibilité de s'exprimer et en luttant contre la logique de ségrégation vis-à-vis des « malades mentaux » et contre les préjugés de la société vis-à-vis de la folie.

La psychiatrie de secteur élargit la notion de réseau dans lequel le sujet psychotique circule. Elle cherche à obtenir l'amélioration des hôpitaux psychiatriques par la création de dispositifs de soins extrahospitaliers, l'augmentation du personnel pour accueillir les patients psychotiques et vise ainsi à pouvoir les écouter dans leur singularité et à leur offrir un suivi continu par la même équipe sur le long terme. Ce traitement permet une assistance intégrale, continue et individualisée avec une pluralité d'institutions articulées en réseaux. La création de cet espace dans le traitement tient le sujet dans son existence et donne un support au désarrimage psychotique.

Dans le deuxième chapitre, nous allons réfléchir à la possibilité pour le sujet psychotique de rencontrer une stabilité psychique et corporelle même temporaire. Nous avons

vu à travers les cas évoqués dans la partie précédente que les sujets psychotiques peuvent créer des solutions singulières pour suppléer leur fissure constitutive.

Dans ses derniers enseignements, Lacan permet de réfléchir à plusieurs solutions possibles pour pallier les ratages du nouement entre les trois registres subjectifs : le « réel », le symbolique et l'imaginaire. Il nous permet ainsi de considérer la psychose non pas comme étant un déficit, mais plutôt comme une manière différente de s'organiser subjectivement. Lacan modifie le concept de Nom-du-Père, qu'il avait lui-même introduit, en le mettant au pluriel avec sa notion de Noms-des-Pères. De cette manière, Lacan va au-delà du complexe de l'Œdipe comme normatif de la constitution « normale » du sujet, il offre au sujet la possibilité de créer un sinthome. Il ouvre ainsi la porte à de nouvelles perspectives pour réaliser le nouage entre les trois registres (R.S.I.).

À partir de ses dernières élaborations théoriques, Lacan rend possible une clinique différentielle des psychoses avec d'autres formes de réponse à l'énigme de la jouissance de l'Autre et donne un sens au « réel » sans représentation du désir de l'Autre. La création par le sujet d'une suppléance n'est plus due exclusivement au symbolique, elle peut aussi avoir une origine dans le « réel » ; c'est un « savoir-faire » du sujet qui se confronte au vide du réel, c'est sa propre solution. Le sinthome est une solution singulière de chaque sujet, à partir de sa limite et de son histoire.

La « normalité », la santé mentale pour Lacan, serait l'acceptation par le sujet de la limite de l'existence et du langage qui fait trou dans le « réel » et qui borde la jouissance. Pour que le sujet ait « de la santé mentale », il doit suppléer cet impossible, le nommer. Cette nomination a pour fonction de faire trou, de marquer une limite de la jouissance. La consistance de l'organisation psychique du sujet viendrait d'une création singulière réalisée par le sujet qui vient donner un certain sens au « réel ».

Le sinthome est une notion qui permet d'organiser la vie psychique. Il se différencie de la structuration du psychisme par la voie phallique à travers le Nom-du-Père. Il est une création singulière du sujet qui vient faire nouage entre le « réel », le symbolique et l'imaginaire comme le symptôme pour le sujet névrosé. Il permet un règlement de la jouissance par une certaine stabilisation du sujet et une identification à un signifiant qui le tient dans son existence et son sentiment d'appartenance à un corps. Cette possibilité d'élaboration par le sujet d'un autre signifiant peut lui servir de point d'ancrage et lui permettre d'être dans le lien social, d'avoir plus de sentiment d'existence.

Pour permettre au psychotique d'établir plus de lien entre lui et l'Autre, nous devons penser au traitement avec un suivi à long terme, dans la vie quotidienne du sujet et avec un

échange entre les différentes institutions de soins dans lesquelles le sujet circule. De cette manière, nous pourrions créer un traitement qui suit le sujet dans ses circulations et ses investissements affectifs. Il se baserait sur un travail en réseau extrahospitalier et aurait pour objectif une réinsertion culturelle. Cela rend possible la construction d'un cadre institutionnel, par l'utilisation des principes de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle permettant la création d'un réseau symbolique qui soutiendrait le sujet et l'aiderait à élaborer (coudre) ses « bouts de corps », d'existence, d'histoire pour qu'il parvienne à « se tenir ». Ce type de traitement permet la construction d'un « tenant-lieu », d'un lieu d'amarrage entre les multiples investissements et transferts du sujet. C'est le travail de l'équipe avec le patient de faire des liens, pour qu'il puisse avoir un « point de repère » entre ces multiples dispositifs de soins et d'investissement. Ce travail d'articulation entre les dispositifs vise à créer un lieu de soulagement de la souffrance mentale ; un lieu où le patient peut avoir un « sentiment d'existence » est indispensable. Ainsi, il peut se créer un espace psychique et corporel habitable.

Ce travail vise à construire un point d'ancrage pour que le sujet puisse, à partir de ses moyens subjectifs, créer une suppléance ou sinthome. Tout ce travail a pour fonction de tisser un réseau symbolique bordant la jouissance et permettant au sujet de se soutenir dans son sentiment d'existence, corps et lien à l'Autre. Ainsi, il permet au sujet d'avoir plus de notions de la temporalité et de s'approprier son histoire.

**PREMIÈRE PARTIE -
CORPS ET
PSYCHANALYSE**

CHAPITRE 1 : LA CONSTITUTION DU CORPS DANS LES THEORIES PSYCHANALYTIQUES

Introduction

De nos jours, le corps est trop souvent considéré comme un objet biologique palpable et mesurable ; nos conceptions de la maladie ont perdu leur rapport avec l'histoire et la singularité du sujet. Cela retire au sujet sa relation avec sa maladie et son corps.

Selon la phénoménologie de Merleau-Ponty⁴⁶, « je suis mon corps » et on doit envisager « le corps comme être sexué »⁴⁷. La sexualité produit du sens et c'est par elle que nous créons les objets, c'est-à-dire qu'ils viennent à exister pour nous grâce à elle et que nous pouvons ainsi les investir :

« Les recherches psychanalytiques aboutissent en fait non pas à expliquer l'homme par l'infrastructure sexuelle, mais à retrouver dans le sexualité les relations et les attitudes qui passaient auparavant pour de relations et attitudes de conscience, et la signification de la psychanalyse n'est pas tant de rendre la psychologie biologique que de découvrir dans des fonctions que l'on croyait "purement corporelles" un mouvement dialectique »⁴⁸.

Nos perceptions et conceptions du monde proviennent de notre corps qui est l'intermédiaire entre nous, le sujet, le monde, l'Autre⁴⁹.

Le corps pour la psychanalyse est un enjeu dans le processus d'identification⁵⁰ du sujet et sa constitution a lieu « au même moment » que la construction du Moi. Cette acquisition

⁴⁶ MERLEAU-PONTY, M., *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris : Gallimard, 2011, p. 186.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 191.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 198.

⁴⁹ Ici nous utilisons la notion de l'Autre, avec une majuscule, comme représentant du langage et de la culture.

⁵⁰ Comme nous allons le voir avec le stade du miroir de Jacques Lacan et sa théorie sur les trois temps du complexe de l'Œdipe : « Comme Freud, Jacques Lacan place l'identification au cœur de son travail théorique. L'identification est d'abord par lui dans le registre imaginaire durant la phase du stade du miroir. Elle ponctue ensuite les trois temps de la conception lacanienne de l'Œdipe, sous la forme d'une identification à ce qui est pensé être le désir de la mère, puis sur celle de la découverte de la loi du père, et enfin par la symbolisation de

contribue à la prise de conscience d'être une entité particulière (avec une certaine unité). Cela fait justement défaut aux psychotiques qui entretiennent la peur d'être dominés par autrui, d'être soumis au pouvoir ou aux désirs de l'Autre. « L'enfer, c'est les autres »⁵¹ comme l'a dit Sartre.

Merleau-Ponty conçoit le corps comme étant formé par un ensemble de perceptions. Dans la *Phénoménologie de la perception*⁵², la perception ne correspond pas à la réalité ; nos perceptions sont incomplètes et sont formées par d'autres perceptions qui se lient entre elles. La représentation que nous avons d'un objet ou de nos corps eux-mêmes est une perception qui n'a pas de rapport exact avec sa réalité ; elle est une construction. Cette représentation est formée par des bouts de perceptions qui vont dépendre de la position spatiale que la personne occupe par rapport à l'objet et l'ensemble des perceptions que cette personne a de cet objet. « Notre perception aboutit à des objets, et, l'objet une fois constitué, apparaît comme la raison de toutes les expériences que nous en avons eues »⁵³. Cela dépend d'où le sujet se positionne pour regarder cet objet sous « un certain angle »⁵⁴, et ainsi, « comme disait Leibniz, le géométral de ces perspectives et de toutes perspectives possibles »⁵⁵. Merleau-Ponty continue : « Je veux exprimer par là une certaine manière d'accéder à l'objet, le "regard", qui est aussi indubitable de ma propre pensée »⁵⁶.

L'aspect qui nous intéresse chez Merleau-Ponty, c'est la relation que nous pouvons faire entre son concept de perception et la singularité du sujet. La manière dont nous percevons l'objet, l'autre et le monde influence la formation de l'appareil psychique et la représentation de notre corps et de notre identité : « L'objet que visent ensemble l'observation extérieure et l'introspection est donc une structure ou une signification [...] Elle est l'une des perspectives possibles sur la structure et le sens immanent de la conduite qui sont la seule "réalité" psychique. »⁵⁷

Le fait d'*avoir* un corps psychique et de pouvoir s'en servir dans l'espace et le temps nous donne un « sentiment d'existence » et nous permet de symboliser ce que nous ressentons, les événements de la vie. Ce « sentiment d'existence » ne dépend pas seulement

cette loi, qui a pour effet d'attribuer sa vraie place au désir de la mère et d'autoriser les identifications ultérieures, constitutives du sujet ». (ROUDINESCO, E., et PLON, M., *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris : Fayard, 1997, p. 479).

⁵¹ SARTRE, J.-P., *Huis clos*, suivi de *Les Mouches* (1947), Paris : Folio, 1974, p. 92.

⁵² MERLEAU-PONTY, M., *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris : Gallimard, 2011.

⁵³ *Ibid.*, p. 95.

⁵⁴ *Ibidem.*

⁵⁵ *Ibidem.*

⁵⁶ *Ibidem.*

⁵⁷ MERLEAU-PONTY, M., *La structure du comportement*, Paris : PUF, 1953, p. 198.

de l'environnement socioculturel du sujet, mais aussi des rapports spécifiques que ce dernier entretient avec le monde.

Certains sujets ont des difficultés à *avoir* un corps et cela influence leurs relations avec les autres, leur corps et le monde.

Dans cette vision de la constitution du corps, l'héritage biologique n'est pas le seul déterminant : culture et milieu, parcours et itinéraires affectifs ont des impacts qui s'ajoutent au patrimoine génétique⁵⁸. Nous percevons et interprétons le monde de manière variable, à partir de notre singularité.

« Encore faut-il rendre plus complexe cette notion de corps, montrer le rôle qu'y jouent les représentations, les croyances, les effets de conscience : rien d'autre qu'une aventure apparemment "fictive", avec ses repères intériorisés redoublant les repères immédiats, réorientant leur force et leur sens [...] Le corps, autrement dit, existe dans son enveloppe immédiate comme dans ses références représentatives : logiques "subjectives" elles aussi variables avec la culture des groupes et le moment du temps. »⁵⁹

Le corps, tel qu'il est perçu dans l'œuvre de Merleau-Ponty et par la psychanalyse, est marqué par l'expérience, la subjectivité, la perception des sens et sa symbolisation.

Dans l'imaginaire social, l'idée, fautive, que la psychanalyse ne s'intéresse qu'au psychisme en laissant de côté le corps est relativement répandue. Le socle de la psychanalyse est l'inconscient et la subjectivité particulière de chaque sujet. La psychanalyse a été créée par Freud à partir des manifestations et des plaintes exprimées dans et par le corps des patients hystériques. Corps et psychisme sont étroitement liés.

C'est un malentendu de dire que la psychanalyse privilégie le langage, le discours et laisse de côté la notion de corps. La notion de corps pour la psychanalyse est marquée par le langage.

Nous montrerons que le corps fait partie et est construit à partir de l'ensemble de l'histoire du sujet. Nous sommes constitués de fictions idéatives investies d'affects. Notre histoire et notre corps sont une « fiction » pour la psychanalyse et pour nous.

⁵⁸ Comme nous l'apprennent les épistémologues.

⁵⁹ CORBIN, A., COURTINE, J.-J., VIGARELLO, G., in : *Histoire du corps 1 : De la Renaissance aux Lumières*, Paris : Seuil, 2005, p. 8.

« L'universel, ici, tombe du côté du besoin de produire une scientificité de l'Histoire, c'est-à-dire, d'essayer d'établir une version "vraie", comme si la narration pouvait apprendre le fait en soi [...] » Pendant que pour la psychanalyse freudienne et lacanienne "le mythe ou le complexe familial remplit une fonction fondamentale en tant qu'organisation narrative". »⁶⁰

Dans le cadre de cette partie sur le corps, nous avons choisi de travailler à partir des théories de Sigmund Freud, Donald Winnicott, Françoise Dolto et Jacques Lacan. Nous ferons ressortir l'enchaînement de leurs pensées qui nous aidera à comprendre la construction du corps et dans un deuxième temps, à réfléchir à la question du corps chez les psychotiques.

Pour ces quatre théoriciens, la santé mentale se construit pendant la première enfance. Ainsi nous pouvons faire référence à une métaphore pour comprendre le déclenchement des psychoses : s'il y a une brique qui manque pendant l'édification, toute la structure court le risque de s'écrouler un jour ; dans ce cas, le sujet pourra trouver des moyens de pallier ce manque, de le suppléer d'une certaine manière. Ces auteurs nous apprennent que la constitution psychique intervient au même moment que la constitution corporelle et celles-ci dépendent de la manière dont le sujet parvient à faire face à l'état de non-intégration dans lequel il se trouve au début de sa vie et comment il parviendra à maîtriser ses motions pulsionnelles. Les divers types d'organisations psychiques sont des modalités de défense vis-à-vis de cette charge pulsionnelle.

Penser le corps dans le champ psychanalytique est une démarche essentielle pour que nous puissions, dans la suite de ce travail, essayer de comprendre ce qui se passe chez les psychotiques dans leurs relations à leur corps : perte de représentations du corps et par conséquent, perte de la notion spatio-temporelle.

1 - Les hystériques de Freud, le corps comme lieu d'expression

« Je n'ai pas toujours été psychothérapeute, mais comme d'autres neuropathologistes, j'ai été formé aux diagnostics locaux et au pronostic électrique, et cela ne cesse de me faire à moi-même une impression singulière de voir que les histoires de malades que j'écris se lisent comme des nouvelles et sont pour ainsi dire privées d'empreinte de sérieux de la scientificité [...] En effet, le

⁶⁰ COSTA, A.-M.M., *A ficção do si mesmo : interpretação e ato em psicanálise*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998, p. 38.

diagnostic local et les réactions électriques n'entrent pas en ligne de compte dans l'étude de l'hystérie, alors qu'une présentation approfondie des processus animiques, comme on a l'habitude d'en trouver chez le poète, me permet, en appliquant quelques formules psychologiques, d'y voir malgré tout à peu près clair dans le déroulement d'une hystérie [...] à savoir la relation intime entre l'histoire de la souffrance et les symptômes de maladie. »⁶¹

Freud, au début de sa pratique, travaillait en s'appuyant sur le modèle médical de son époque pour traiter l'hystérie. Comme neurologue et neuropsychiatre, Freud a commencé son travail avec ses patients en utilisant les moyens disponibles à son époque ; les massages, les hydrothérapies, l'hypnose enseignée par Jean-Martin Charcot et la suggestion de Bernheim.

Pendant des années, il a exploré avec Breuer la grande variété des formes des symptômes hystériques. Selon eux⁶², il n'était pas simple de poser aux patients des questions liées à leur symptôme, car ou ils les avaient oubliées ou ils n'aimaient pas en discuter. Et le patient n'a aucune idée du rapport entre les événements traumatiques et les manifestations pathologiques.

À l'époque, au début de son travail sur l'étude de l'hystérie, Freud croyait nécessaire d'hypnotiser le patient pour avoir accès à ses souvenirs oubliés et ainsi pouvoir établir les connexions entre eux et les phénomènes pathologiques.

À partir de ses écrits sur « l'étude de l'hystérie », nous pouvons remarquer les difficultés qui dérivent de ces techniques, ainsi que les obstacles et questions que Freud a rencontrés et qu'il va travailler tout au long de ses œuvres.

Dans ses études sur l'hystérie, nous découvrons ses questionnements sur les méthodes qu'il avait apprises avec Charcot et Bernheim. Freud a utilisé pendant quelque temps ces méthodes, néanmoins il les a abandonnées, car selon lui, tous les individus n'étaient pas hypnotisables et les résultats obtenus par ces méthodes étaient instables et n'avaient pas d'effet à long terme. Freud voulait arriver aux causes des symptômes, en pénétrant alors plus profondément dans l'inconscient pour les trouver.

Il a changé sa méthode d'hypnose pour celle de la libre association. Celle-ci consistait à rendre conscients les contenus refoulés à partir des lapsus, rêves et failles dans le discours

⁶¹ FREUD, S., « Études sur l'hystérie et textes annexes », in : *Sigmund Freud, Œuvres Complètes Vol. II (1893-1895) « Études sur l'hystérie et textes annexes »*, Paris : PUF, 2009, p. 182.

⁶² BREUR J. et SIGMUND F., « Du mécanisme psychique des phénomènes hystériques », in : *Sigmund Freud, Œuvres Complètes Vol. II (1893-1895) « Études sur l'hystérie et textes annexes »*, Paris : PUF, 2009.

de ses patients. Les associations étaient réalisées par ses patients de manière à les mettre en relation avec les symptômes.

Le premier grand changement qui nous intéresse, dans un premier temps, est celui à partir duquel Freud passe de la clinique du regard de ses contemporains à une clinique basée sur la parole du sujet.

Freud a dû rompre avec l'objectivisme du discours médical, dans la mesure où il ne l'amenait pas à des résultats satisfaisants. Il a donc créé la psychanalyse à partir des obstacles qu'il a trouvés dans sa clinique et des questions sur les conversions hystériques que la médecine de son époque ne comprenait pas.

Il a constaté que dans le discours et les gestes de ses patients, il y avait des lacunes et des discordances, comme des contenus refoulés surgissant à la conscience après avoir surmonté les résistances. Il a émis des hypothèses et interprétations sur ces matériaux en prenant en compte l'histoire de ses patients pour qu'eux-mêmes puissent associer ces contenus à leurs symptômes.

En faisant face aux conversions hystériques, Freud a alors rompu définitivement avec le discours biologique et anatomique de son époque. Ainsi, il a pu développer sa théorie sur l'hystérie, selon laquelle les paralysies organiques étaient des conversions des contenus psychiques dans le corps.

Le cas de Miss Lucy⁶³, une jeune femme qui présentait une rhinite chronique, en est une illustration. Elle a fini par perdre complètement son sens olfactif et était tourmentée par des sensations olfactives subjectives très angoissantes. L'odeur la plus constante qui la perturbait était l'odeur de pudding brûlé.

Freud a essayé de travailler sur ses sensations récurrentes olfactives et sur ce qu'elles représentaient pour elle dans ses souvenirs. À cause de sa difficulté à l'hypnotiser, Freud a abandonné cette méthode. Pendant le traitement de Lucy, Freud a aussi laissé de côté les tests qui indiquaient le niveau de sensibilité à l'hypnose, car selon lui, ils augmentaient la résistance et diminuaient la confiance du patient.

Il a commencé l'analyse par le travail sur l'odeur de pudding brûlé en lui demandant si elle se rappelait la première fois qu'elle l'avait sentie. Elle a raconté que c'était avant son anniversaire. Elle était avec les enfants dont elle s'occupait et jouait à cuisiner, lorsqu'elle a reçu une lettre de Glasgow où habitait sa mère. Les enfants lui ont pris la lettre prétextant de ne la lui laisser ouvrir qu'à la date de son anniversaire. À ce moment-là, il y a eu une forte

⁶³ FREUD, S., « Histoires des malades : Miss Lucy R., trente ans », in : *Sigmund Freud, Œuvres Complètes Vol. II (1893-1895) « Études sur l'hystérie et textes annexes »*, Paris : PUF, 2009, p. 125 – 143.

odeur de brûlé, car les enfants avaient oublié le pudding dans le four. Lucy était émue par la tendresse de ces enfants. Pourtant, elle allait les quitter, car elle ne supportait plus de travailler dans cette maison ; les autres employés commérait sur son compte en disant toutes sortes de choses contre elle à la grande mère. Elle n'avait pas encore parlé de cela aux enfants, seulement à leur père, « le directeur ».

Lucy a raconté que la mère des enfants faisait partie de sa famille et qu'elle lui avait promis sur son lit de mort de garder ses enfants et de s'en occuper avec dévouement et affection. Sa décision allait à l'encontre de sa promesse.

Freud ne comprenait pas la liaison entre ces événements et la conversion de ses affects refoulés. Il a osé lui dire, du fait de leur relation et de ses remarques sur ses actions, qu'il croyait qu'elle était amoureuse de son patron « le directeur » et qu'elle avait l'espérance d'un jour de pouvoir remplacer l'épouse décédée. Elle a répondu :

« C'est que je ne le savais pas, ou mieux, ne voulais pas le savoir, je voulais me le sortir de la tête, ne plus jamais y penser, je crois que j'y ai d'ailleurs réussi ces derniers temps [...] Si la chose m'était pénible, c'est seulement parce qu'il s'agit du patron au service duquel je suis. [...] Et parce que je suis une fille pauvre et lui un homme riche, d'une grande famille ; on se moquerait d'ailleurs de moi si l'on soupçonnait quelque chose de cela. »⁶⁴

Elle avait donc des désirs irréalisables, alors ses affects et idées ont été refoulés dans l'inconscient. Freud démontre qu'une représentation mise en distance du Moi est « balayée » dans l'inconscient, « un groupe psychique séparé du moi »⁶⁵.

Dans ce cas, nous pouvons remarquer que Freud a parlé de quelque chose d'insupportable pour Lucy. Freud questionne la souffrance de sa patiente en raison de son conflit psychique résultant de son désir d'avoir un amour impossible. Son conflit psychique s'externalise alors dans un « délire » olfactif.

Freud remarque que les symptômes hystériques comme les paralysies, convulsions, vomissements, anorexies, entre autres, n'avaient pas d'origines physiques, mais que généralement ils étaient liés à un événement qui avait eu lieu auparavant et dans plusieurs cas pendant l'enfance. Selon lui, le lien entre l'événement et le symptôme était évident,

⁶⁴ FREUD, S., « Histoires des malades : Miss Lucy R. », in : *Sigmund Freud, Œuvres Complètes Vol. II (1893-1895) « Études sur l'hystérie et textes annexes »*, Paris : PUF, 2009, p. 135 et 136.

⁶⁵ *Ibid.*, 147.

néanmoins, nous ne devons pas le montrer tout de suite au patient, car il faut attendre le temps nécessaire pour l'élaboration.

Dans quelques cas, la connexion causale entre le symptôme et les vécus de l'individu n'est pas si évidente et il faut chercher la relation symbolique entre la cause et le phénomène pathologique.

L'hystérie avec Freud a cessé d'être pensée comme une maladie des nerfs, héréditaire et est considérée comme une maladie psychique qui dérive des conflits psychiques entre les désirs sexuels et ses aléas.

Selon Monique David-Ménard⁶⁶, c'est Charcot qui avait découvert les causes sexuelles des symptômes hystériques mais il ne s'intéressait pas à la souffrance. Il cherchait seulement à démontrer que ses techniques d'hypnose et de suggestion permettaient d'induire ou d'éliminer un symptôme⁶⁷.

Freud, avec ses études sur l'hystérie, recherche à montrer le contraire : les symptômes ont une cause symbolique. Il soutient l'idée que les symptômes hystériques sont d'origine traumatique, provoqués par des causes sexuelles à partir de l'enfance et qu'un affect pénible est douloureux pour le psychisme. Le sujet actionne donc un mécanisme de défense pour se débarrasser de cette représentation indésirable mais cet affect refoulé persiste à trouver une manière de s'exprimer par le corps. Les manifestations corporelles et somatiques des hystériques ont des significations symboliques. Les symptômes corporels des hystériques sont des représentations déformées et refoulées par des mécanismes psychiques de défense, par le déplacement et la condensation : « la défense atteint son but qui est de repousser hors de la conscience la représentation inconciliable »⁶⁸. Par-là Freud démontre un des mécanismes psychiques de défense : « la tentative de refouler une représentation inconciliable »⁶⁹ pour le Moi.

Cela est différent dans les organisations psychotiques. Dans les psychoses, les affects n'ont pas été refoulés et représentés ; leur défense est plus radicale. Nous verrons les conséquences subjectives qui découlent ou non d'une subjectivation ou non-subjectivation du corps.

⁶⁶ DAVID-MENARD, M., *L'hystérie entre Freud et Lacan : Corps et langage en psychanalyse*, Paris : PUF, 1983.

⁶⁷ Charcot hypnotisait ses patients hystériques de la Salpêtrière et produisait des symptômes, puis les faisait disparaître. Tout cela tendait à prouver que cette maladie était occasionnée par des causes nerveuses d'ordre organique et héréditaire.

⁶⁸ FREUD, S., « L'étiologie de l'hystérie », in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1997, p. 102

⁶⁹ *Ibid.*, p. 61.

Freud a révolutionné la pensée de son époque avec ses découvertes. Il montre que le langage a autant de conséquences psychiques que physiques. Freud a modifié la vision du corps, il a mis en relief l'importance du langage comme élément fondamental dans la constitution de l'appareil psychique et dans la constitution du corps d'un sujet.

C'est à partir de ses théories sur le psychisme et son concept d'inconscient que la psychanalyse s'est constituée, en rupture avec le regard scientifique. Cette clinique n'est plus marquée par le regard objectif de la médecine, mais par l'écoute du sujet et de sa singularité.

Freud a donc abandonné le catalogue nosographique et le savoir préalable du médecin sur la maladie. Un changement que Freud a apporté pour la clinique c'est qu'il « subvertit les frontières couramment admises du normal et du pathologique »⁷⁰. Pour lui, chaque sujet a un rapport particulier avec sa maladie et sa souffrance, selon sa perception de ce qui l'affecte, de ses affects inconscients, de ses inscriptions psychiques.

Le corps est imbriqué dans le psychisme. De ce constat, nous arrivons à une dénaturalisation du corps. Le corps n'est plus une donnée logique comme le croit la médecine scientifique, au contraire il est une construction psychique tout au long de nos vies et de nos relations, de ce que nous faisons avec les traits des vécus corporels, affectifs et relationnels.

Comme le croyaient les médecins de l'époque, au moment où l'hystérique commençait à « parler », il fallait la faire taire, car ce qu'elle disait était considéré comme délirant et illogique. Selon l'avis médical de l'époque, les manifestations hystériques n'étaient que de la mise en scène. Au contraire, Freud les a fait parler et a remarqué que cette « performance » n'était pas sans raison, mais que c'était là le théâtre des conflits inconscients.

Cette posture, nous la retrouvons avec les psychoses dans lesquelles les délires et les manières d'« être dans le corps » et de vivre avec lui sont pris, plusieurs fois, comme des anomalies, comme des folies qui ne doivent pas être prises en compte, mais effacées par un médicament : « Là est l'enjeu essentiel de cette surmédicalisation de l'existence qui réduit la souffrance psychique à un trouble médical comme un autre pour accomplir jusqu'au bout sa logique de gouvernement des conduites au profit des industries de santé. »⁷¹

Freud a ouvert le terrain au traitement des « folles » de son époque. Les hystériques « n'avaient rien à dire », étaient complètement « hors d'elle-même » avec leurs comportements bizarres. Pourquoi donc les écouter ? Néanmoins Freud soutient l'idée qu'il faut prendre au sérieux ce qu'elles ont à dire, que ce qu'elles racontent a à voir avec leur

⁷⁰ VANIER, A., « Psychanalyse et antipsychiatrie », in : *L'esprit du temps/ Topique*, n° 88, 2004/3, p. 82.

⁷¹ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 297.

intimité, leurs fantasmes sexuels et leur inconscient. Sa pensée est centrée sur l'histoire du sujet, scissionné et en conflit. Ainsi, il a pu construire une clinique dont le but n'est pas de corriger des anomalies ou de soustraire les symptômes à l'écoute et au regard.

Avec la conception selon laquelle le corps doit être pris dans une perspective physique et que les psychoses ne sont qu'une déviance par rapport à la norme, nous nous privons de la possibilité d'écouter ce que les psychotiques ont à dire. Comme Lacan nous l'a rappelé, devant la psychose, l'analyste ne doit pas reculer⁷². Les psychotiques à travers leur délire, leurs hallucinations et leurs comportements bizarres, parlent.

Nous ne devons pas faire taire les psychotiques avec une médication trop lourde qui leurs enlève leurs délires, car ils forment la base de leur être et pour leur traitement il est conseillé de les écouter, de prendre en compte ce qu'ils nous apportent et de pouvoir ainsi apprendre avec eux comment la construction d'une métaphore délirante, ou d'un signifiant identitaire ou d'une construction qui les aide à se tenir dans leur existence, peuvent être considérés comme une formation subjective de suppléance⁷³. Ces créations psychotiques sont essentielles pour que le psychotique puisse trouver une certaine « stabilisation ».

2 - Le corps érogène, « symbolique » chez Freud

« D'une part, Freud emploie plusieurs termes, suivant en cela l'usage sémantique : ainsi, corps renvoie en allemand à la distinction que l'usage français masque de ce terme. Le corps, c'est en effet *Körper*, le corps réel, objet matériel et visible, étendu dans l'espace et désignable par une certaine cohésion anatomique. Mais c'est aussi *Leib*, soit le corps saisi dans son enracinement, dans sa substance vivante même, ce qui ne va pas sans une connotation métaphysique : ce n'est pas seulement un corps, mais le Corps, principe de vie et d'individuation. »⁷⁴

⁷² « La psychose, c'est devant quoi un analyste ne doit reculer en aucun cas ». LACAN, J., « Ouverture de la section clinique », in : *Ornicar ?*, bulletin périodique du champ freudien, 1977, n. 9, p. 12.

⁷³ Idées que nous allons développer dans la troisième partie de ce travail.

⁷⁴ ASSOUN, P.-L., « Le corps : L'Autre métapsychologique », in : *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris : PUF, 1993, p. 161.

2.1 - Le corps pulsionnel

Sigmund Freud avec sa métapsychologie⁷⁵, ses théories sur le corps pulsionnel et le Moi-Corps, soulève l'importance centrale du corps dans les théories psychanalytiques.

Freud à partir de l'écoute de ses patients hystériques a découvert que le langage affecte le corps. C'est ainsi que le corps psychanalytique n'est pas qu'un corps organique, mais ses organes et son anatomie sont marqués par le langage.

Freud fait le passage du corps anatomique à un corps symbolisé. Le corps de la psychanalyse n'est pas le corps organique de la « médecine scientifique », mais le corps entre le psychique et le somatique, ce que nous pouvons constater avec la théorie de pulsions freudienne.

Le concept de pulsion vient en contrepoint du concept d'instinct, car la pulsion dénature le corps biologique, elle l'insère dans le contexte culturel⁷⁶. « [...] Le but de la sexualité n'est pas la procréation. La sexualité humaine n'est au service que d'elle-même. »⁷⁷. Si la pulsion est un concept fondamental pour pouvoir penser le corps, sa source est organique et son impact est responsable de la formation des représentations psychiques.

« Freud partant, au début de son œuvre, de la pulsion comme excitation interne, quasi organique (je pense au plaisir d'organe qui caractérise les premières élaborations sur la pulsion), aboutit au terme de son parcours à conférer à la pulsion un *sens*, c'est-à-dire un but orienté. »⁷⁸

Selon Freud, les pulsions se situent entre le psychique et le corporel :

« Le concept de "pulsion" nous apparaît comme un concept limite entre le psychisme et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issu de l'intérieur

⁷⁵ La métapsychologie est selon P. Assoun « la théorie de ces processus inconscients [...] science des processus inconscients » et plutôt de la recherche des troubles névrotiques. (ASSOUN, P.-L., « Psychanalyse et métapsychologie », in : *Psychanalyse*, Paris : PUF, 2007, p. 360). « La métapsychologie est le « noyau » théorique de la psychanalyse, c'est même son autre nom [...] une méthode d'investigation des processus inconscients, un mode de traitement des troubles névrotiques ». *Ibid.*, p. 13.

⁷⁶ Nous comprenons culture comme tout ce qui est environnemental, c'est-à-dire, des premiers soins maternels à la socialisation de l'enfant.

⁷⁷ GRIBINSKI, M., préface, in : *Sigmund Freud Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Paris : Folio essais, 2008, préface, p. 11.

⁷⁸ GREEN, A., « Le tournant des années folles », in : *La folie privée*, Paris : Folio, 2003, p.22.

du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en conséquence de sa liaison au corporel. »⁷⁹

La notion de pulsion vient du mot allemand *trieb* qui est la jonction de *trip* qui veut dire « ce qui pousse » et de *triff* qui signifie « ce qui est poussé »⁸⁰. La pulsion pousse et attire en même temps, elle peut être interne ou externe, être ressentie comme agréable ou désagréable et peut provenir autant des nécessités psychiques que physiques.

La pulsion, *trieb*, est donc une « force constante »⁸¹, impérieuse qui met le sujet en mouvement. C'est comme une envie intense. En reprenant Freud dans son article « les pulsions et destins des pulsions », la pulsion est une pression⁸² ou une énergie, c'est-à-dire une force psychique comme une poussée constante qui se trouve localisée sur les orifices du corps et qui meut le désir vers quelque chose (un but). « Le but d'une pulsion est toujours la satisfaction, qui ne peut être obtenue qu'en supprimant l'état d'excitation à la source de la pulsion [...] diverses voies peuvent mener au but final. »⁸³

Les pulsions peuvent être pensées comme responsables de la recherche des objets externes. Ainsi, elles sont le moteur des premiers contacts du nourrisson avec lui-même et le monde qui l'entoure.

Les pulsions sont donc l'assise du sujet. Elles mettent les sujets en relation.

Le psychique et l'organique coexistent et leur articulation est possible par les pulsions, ce qui permet la formation d'une frontière entre le dedans et le dehors : « ces excitations sont l'indice d'un monde intérieur, la preuve des besoins pulsionnels. La substance perceptive de l'être vivant aura ainsi acquis, dans l'efficacité de son activité musculaire, un point d'appui pour séparer le "dehors" du "dedans". »⁸⁴

Entre psychique et somatique, elles les séparent en même temps qu'elles les lient. Elles laissent des traces dès la naissance⁸⁵, avant même que nous ayons une notion de notre

⁷⁹ FREUD, S., « Pulsions et destins des pulsions » (1915), in : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 2009, p. 17 et 18.

⁸⁰ FREUD, S., « Pulsões e destinos da pulsão » (1915), in : *Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, Vol. 1, Rio de Janeiro: Imago, 2004.

⁸¹ FREUD, S., « Pulsions et destins des pulsions » (1915), in : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 2009, p. 14.

⁸² C'est une des traductions pour le terme pulsion dans les Œuvres Complètes de Freud au Brésil : SIGMUND, F., « Pulsões e destinos da pulsão » (1915), in : *Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, Vol. 1, Rio de Janeiro : Imago, 2004, p. 137

⁸³ FREUD, S., « Pulsions et destins des pulsions » (1915), in : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 2009, p. 18.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 15.

⁸⁵ Les traits psychiques sont en constant remaniement, tout au long de la vie du sujet. Comme l'apprend Freud dans sa carte à Fliess n°112- 6 (SIGMUND, F., « Lettre 112, 6 décembre 1896 », in : *Sigmund Freud Lettres à Fliess (1887-1904)*, Paris : PUF, 2006, p. 264). Comme nous pouvons l'apprendre aussi avec le concept freudien de *Nachträglich*, traduit en français par après-coup. Ce concept démontre qu'il y a une réorganisation de traits

corps. Comme l'écrit Freud : « ces mêmes impressions que nous avons oubliées n'en ont pas moins laissé les traces les plus profondes dans notre vie psychique et qu'elles sont devenues déterminantes pour tout notre développement ultérieur. »⁸⁶

La façon dont le sujet perçoit son propre corps et le monde dépend de la prise en compte de ses pulsions, de la manière dont son « système nerveux [...] va maîtriser les excitations »⁸⁷. Cette maîtrise est « comme des modes de *défense* contre les pulsions »⁸⁸ et va influencer les destins pulsionnels.

En 1915, dans son texte « pulsion et destins des pulsions », Freud distingue deux types de pulsions : « celui des *pulsions du moi* ou d'*autoconservation* et celui des *pulsions sexuelles* »⁸⁹. Selon lui, la maladie serait provoquée par un conflit entre ces deux pulsions, mais cette explication expliquerait seulement les névroses (hystérie et névrose obsessionnelle).

2.2 - L'autre comme premier contenant pulsionnel

Les soins apportés par la mère ou la personne qui s'occupe du bébé laissent des traces sensorielles, lorsqu'ils ont eu des échanges affectifs ; la façon dont elle prend son enfant dans les bras, le nourrit, lui parle... Le nourrisson a besoin d'un autre pour lui lire le monde : « les personnes qui ont un rapport avec la nourriture, les soins et la protection de l'enfant deviennent les premiers objets sexuels – il s'agit dans un premier temps de la mère ou d'un substitut. »⁹⁰

La mère, c'est le premier autre qui vient protéger le nourrisson de ces dangers (sensations, immaturation,...). Elle vient faire corps avec son bébé et l'investit. En retour, le bébé investit ce premier objet d'amour, la mère, comme si c'était lui. Le nourrisson a besoin de cet autre qui vient faire corps avec lui, qui a la fonction de le protéger, de soulager ses tensions et ses excitations. L'autre parent sert de support pour la constitution subjective et corporelle de l'enfant. Selon E. Bidaud :

mnésiques du passé à partir des vécus actuels, (comme Freud le dit dans sa correspondance à Fliess, n° 112) que les traits sont réorganisés, qu'ils sont en reconstruction permanente, ce qui veut dire que le passé ne déterminera pas le futur. Cela va dépendre de ce que le sujet établit avec ses traits mnésiques.

⁸⁶ FREUD, S., « La sexualité infantile » (1905), in : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris : Folio essais, 2008, p. 96.

⁸⁷ FREUD, S., « Pulsions et destins des pulsions » (1915), in : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 2009, p. 15 et 16. (Le verbe en italique a été ajouté par l'auteur).

⁸⁸ *Ibid.*, p. 25.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 21.

⁹⁰ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012, p. 59 et 60.

« Dans son *Esquisse d'une psychologie scientifique*, il introduit la notion d'une aide extérieure apportée par une "personne secourable" (*Nebenmensch*) attentive à la détresse première de l'enfant (*Hilflöslichkeit*), un premier autre seul capable de faire baisser les tensions endogènes de ce petit être prématuré. »⁹¹

Freud⁹² illustre la fragilité du nouveau-né, sa dépendance aux soins d'un autre qui s'occupe de lui et les dangers, tantôt d'origine externe, tantôt d'origine interne, qui le menacent en permanence. Comme nous allons voir aussi avec Donald Winnicott, « un bébé, cela n'existe pas »⁹³, dans le sens qu'un bébé n'existe pas, ne survit pas tout seul. Comme le nourrisson n'a pas les ressources de base pour survivre, il a besoin d'un autre qui s'occupe de lui et qui le baigne dans le langage :

« Ce temps introduit ce que Freud appelle *l'expérience primaire de satisfaction*, moment où un premier autre fait trace chez le bébé à travers ses soins corporels. Selon Freud, ces premières interventions maternelles organisent un espace de représentation qui oriente les poussées pulsionnelles. »⁹⁴

Tout l'être humain, dès la naissance, est, selon Freud, « vécu par des puissances inconnues, impossible à dominer »⁹⁵. Au début de la vie le Moi qui a la fonction régulatrice de ces forces n'est pas encore formé, le : « Moi n'est pas présent d'emblée dans l'individu. Le Moi doit être développé. »⁹⁶ Ainsi au début de la vie c'est la mère qui occupe cette fonction de médiatrice.

Au début de la vie, lorsque l'objet est perçu comme une source de plaisir, il agit pour s'incorporer dans le Moi, par l'attraction que cet objet exerce sur le Moi. Dans le sens inverse, l'objet qui est perçu comme une source de déplaisir sera repoussé, pour être maintenu loin du Moi. Le moi « prend en lui, dans la mesure où ils sont sources de plaisir, les objets qui se

⁹¹ MESQUITA, M. et BIDAUD, E., « Autisme : une rencontre avec un "visage brisé" », in : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 61, 2013, p. 397.

⁹² FREUD, S., « Inhibition, symptôme et angoisse », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVII (1923-1925) : Auto-présentation, Inhibition, symptôme et angoisse, Autres textes*, Paris : PUF, 1992, p. 256.

⁹³ WINNICOTT, D.W., « L'angoisse liée à l'insécurité » (1952), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, Coll. Science de l'homme, 2012, p. 200.

⁹⁴ MESQUITA, M. et BIDAUD, E., « Autisme : une rencontre avec un "visage brisé" », in : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 61, 2013, p. 397.

⁹⁵ FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud, Œuvres complètes, Vol. XVI (1921-1923)*, Paris : PUF, 1991, p. 268.

⁹⁶ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012, p. 43.

présentent, il les introjecte (selon l'expression de Ferenczi) et, d'un autre côté, expulse hors de lui ce qui, à l'intérieur de lui, provoque du déplaisir »⁹⁷.

Le psychisme et le corps sont construits à partir de leurs relations avec le monde externe et les objets qu'ils ont incorporés. Selon P.-L. Assoun, c'est la « fonction corporelle du Moi, qui éclaire le problème de l'"incorporation" »⁹⁸.

Freud suppose que l'appareil psychique tend à maintenir constamment la quantité d'excitation la plus basse possible. Le concept de principe de plaisir est en relation avec le principe de constance, une tendance à la stabilité, c'est : « une tendance de l'appareil animique que de maintenir la quantité d'excitation présente en lui, aussi basse que possible ou tout au moins en constance »⁹⁹.

La sensation de plaisir serait ainsi en relation avec la diminution de la quantité d'énergie, d'excitation présente dans la vie psychique. Alors que le déplaisir serait son augmentation ; « c'est pourquoi nous interprétons le déplaisir dans le sens d'une élévation, le plaisir dans celui d'un rabaissement de l'investissement d'énergie »¹⁰⁰ ou dans un autre texte Freud écrit ; « nous sommes résolus à mettre le plaisir et le déplaisir en relation avec la quantité d'excitation présente dans la vie d'âme [...] le déplaisir correspond à un accroissement, le plaisir à une diminution de quantité »¹⁰¹.

Le psychisme a, selon lui, un certain quantum continu d'énergie et quand il a des excès d'origine interne ou externe cela provoque du déplaisir et ainsi les mécanismes psychiques essayent de maintenir un équilibre énergétique constant. Lorsqu'il connaît une augmentation subite, soit il les rejette (structure psychotique) ou les refuse ou soit il les refoule (structure de la névrose), ce qui fend le Moi. Ainsi, la perception de cet événement va être mise soit à l'extérieur du sujet soit à l'intérieur, en laissant des traces psychiques.

« Le clivage est nécessaire à la tâche de l'appareil psychique qui ne doit être ni surchargé ni envahi par une tension intolérable. »¹⁰² Lorsque ce clivage du moi

⁹⁷ SIGMUND, F., « Pulsions et destins des pulsions » (1915), in : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 2009, p. 37.

⁹⁸ ASSOUN, P.-L., « Le corps inconscient portrait métapsychologique », in : *Corps et Symptôme : Leçons de psychanalyse*, 3^e édition, Paris : Anthropos, 2009, p. 38.

⁹⁹ FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », in : *Sigmund Freud, Œuvres complètes, Vol. XV (1916-1920)*, Paris : PUF, 1996, p. 279.

¹⁰⁰ FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud, Œuvres complètes, Vol. XVI (1921-1923)*, Paris : PUF, 1991, p. 266.

¹⁰¹ FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XV (1916-1920)*, Paris : PUF, 1996, p. 278.

¹⁰² GREEN, A., « Le tournant des années folles », in : *La folie privée*, Paris : Folio, 2003, p. 150.

s'instaure il y a aussi la division (une distinction) de : "la séparation entre dehors et dedans [...] entre psyché et soma [...] entre les sensations corporelles et les affects [...] entre, d'une part, le somatique et le libidinal et, d'autre part, entre la réalité psychique et la réalité extérieure. »¹⁰³

Le Moi se constitue à partir de forces d'origine tant internes qu'externes et à partir de son propre développement, il devient la fonction de défense (protection) de l'appareil psychique contre des augmentations d'excitations. Cela nous montre une forme de défense du Moi qui est celle utilisée par les névrosés ; à partir du moment où le Moi enlève une partie de la charge pulsionnelle, il se clive et établit une limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps.

Au tout début de la vie, comme le nourrisson n'a pas encore développé son Moi, il a besoin d'un autre qui puisse réguler ses augmentations d'excitation. L'unification du corps par le regard de l'autre est fondamentale pour la constitution du Moi : « Le corps n'existe pas, nous le supposons à partir de ce qui le rend possible : image, regard et visage dans le flou de l'intersubjectivité. »¹⁰⁴ C'est ce que nous développerons un peu plus loin dans la partie consacrée au stade du miroir.

Ce regard de l'autre, Freud le nomme moi-idéal, c'est le regard des parents qui projettent leur narcissisme. Les parents investissent inconsciemment leurs attentes et expectatives sur le nouveau-né et attendent de lui tout ce qu'ils n'ont pas pu faire. Les parents projettent leurs idéaux narcissiques sur leurs enfants.

« Compulsion parentale à attribuer à leur enfant toutes les perfections : *His Majesty the Baby* accomplira les rêves de désir non réalisés des parents tant et si bien que l'attitude des parents n'est rien d'autre qu'une réanimation et une reproduction de leur propre narcissisme. »¹⁰⁵

C'est une image parfaite (Moi idéal – *Idealich*) de l'enfant, une image idéalisée par le narcissisme parental.

Le nourrisson abandonne petit à petit son sentiment d'omnipotence. L'amour envers lui-même se transforme en une demande de devenir objet d'amour pour autrui. Le Moi idéal devient un modèle, une référence dans le psychisme auquel le Moi essaye constamment de

¹⁰³ *Ibid.*, p. 152

¹⁰⁴ BIDAUD, E., « Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique », in : *Altérité et psychopathologie*, Paris : Nolin, 2011, p. 55.

¹⁰⁵ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012, p. 20.

revenir ainsi qu'à cette illusion de complétude ; « le narcissisme primaire, temps premier de complétude »¹⁰⁶.

« Il ne veut pas renoncer à la perfection narcissique de son enfance, et s'il n'a pas pu retenir celle-ci, étant perturbé par les avertissements reçus pendant sa période de développement et éveillé dans son jugement, il cherche à la regagner sous la forme nouvelle de l'idéal du moi. »¹⁰⁷

Il y aura toujours chez le sujet un immense désir de revenir à cet état perdu qui ne laisse d'être une fiction : « Ainsi une pulsion serait une poussée inhérente à l'organique doué de vie en vue de la réinstauration d'un état antérieur. »¹⁰⁸

Pour l'être humain, il est difficile de renoncer à la satisfaction, un jour expérimentée (ou fantasmée), d'être « tout » le centre d'attention de ses parents. Ainsi, l'idéal du Moi¹⁰⁹ serait le substitut du narcissisme de son enfance, dans lequel lui-même était son idéal.

L'Idéal du Moi est une tentative de retour au narcissisme primaire. Comme il y a eu une perte de l'omnipotence de l'individu, il cherche à se satisfaire par l'investissement libidinal sur les objets externes qui sont des représentations de ses objets internes.

Le terme en allemand que Freud utilise pour parler des stimuli pulsionnels est *Bedürfnis* qui signifie nécessité ou carence. Cela implique l'idée de sentir le manque de « quelque chose », comme l'illusion d'avoir un jour été satisfait de faire Un avec l'autre. Le sujet recherche « l'objet perdu » qui l'avait « satisfait complètement », idée illusoire que l'individu cultivait pendant le narcissisme primaire.

L'Idéal du Moi est le représentant de la relation de l'enfant avec ses parents (l'enfant les admire et les craint, puis internalise ces objets d'amour). Nos relations aux autres, le lien social sont fondés sur l'Idéal du Moi de chacun et sur ce que nous partageons.

Freud montre que des scènes successives liées à des épisodes vécus au long de la vie laissent des traces et écrivent une histoire du sujet, depuis la sexualité infantile jusqu'à la formation des symptômes de l'adolescent et de l'adulte. Dans son histoire, le sujet les élabore et les réélabore toujours.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 9.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 69.

¹⁰⁸ FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XV (1916-1920)*, Paris : PUF, 1996, p. 308.

¹⁰⁹ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012, p. 69.

2.3 - Le narcissisme, moment privilégié de la construction du corps par le sujet

Avec le texte *Pour introduire le narcissisme*, Freud démontre que c'est l'amour que le Moi recherche. Il élabore la différenciation entre les notions du narcissisme primaire (tourné vers soi-même) et secondaire (tourné vers les objets) comme étant fondamentaux pour la constitution du Moi et son identification : « Nous sommes ainsi conduits à considérer le narcissisme qui naît par l'intégration des investissements d'objet comme un narcissisme secondaire s'édifiant au-dessus d'un narcissisme primaire. »¹¹⁰

Freud souligne que le narcissisme est un « stade » du développement du sujet : « le narcissisme est envisageable dans une bien plus large mesure et pourrait réclamer une place dans l'évolution sexuelle régulière de l'humain »¹¹¹. C'est un stade où l'investissement libidinal est focalisé sur soi-même ; l'individu : « a pour son propre corps la tendresse dont on entoure généralement un objet sexuel extérieur »¹¹².

Le narcissisme est ce moment de l'investissement libidinal sur son propre corps, point crucial dans la théorie freudienne pour penser le corps érogène de la psychanalyse.

À partir du moment où le sujet s'investit libidinalement, il se prend comme son objet d'amour et ainsi, a posteriori, investit les objets externes.

« On se dit aussitôt qu'à partir du moment où la libido est ainsi capable de se fixer au propre corps et à la propre personne du sujet au lieu de s'attacher à un objet, il ne peut certainement pas s'agir d'un cas exceptionnel et insignifiant. Il est plutôt probable que le narcissisme constitue l'état général et primitif d'où l'amour d'objet n'est sorti qu'ultérieurement, sans que le narcissisme ait disparu pour autant. »¹¹³

Comme nous voyons aussi un peu plus loin :

« Nous avons été forcés de supposer qu'au début de l'évolution individuelle, toute libido [...] est liée à sa propre personne et, comme nous le disons, investit son moi personnel. C'est plus tard seulement, en s'étayant sur la satisfaction des grands besoins humains, que la libido passe du moi aux objets extérieurs. »¹¹⁴

¹¹⁰ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012, p. 40.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 38.

¹¹² *Ibid.*, p. 91.

¹¹³ *Ibid.*, p. 91.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 122 et 123.

Au début de la vie psychique, selon Freud, le bébé trouve le moyen de satisfaire ces pulsions par l'auto-érotisme ; « la pulsion sexuelle n'est pas dirigée vers d'autres personnes ; elle se satisfait dans le propre corps de l'individu »¹¹⁵. C'est le moment où une zone érogène trouve satisfaction en elle et par elle-même.

Au début de la vie, le Moi satisfait les pulsions en lui-même, le monde externe ne présente pas beaucoup d'intérêt pour le nourrisson ; « l'acte de l'enfant qui suçote est déterminé d'un plaisir déjà vécu et désormais remémoré »¹¹⁶. Le bébé cherche le plaisir dans son propre corps, avec des manipulations répétitives et rythmées. Pendant cette période, l'objet pulsionnel et sa source se trouvent dans la même région du corps.

L'auto-érotisme serait le moment durant lequel le sujet s'investit comme objet d'amour ; il y a une unité de ses pulsions investies en lui.

« Originellement, tout au début de la vie psychique, le moi se trouve investi par les pulsions et en partie capable de satisfaire ses pulsions sur lui-même. Nous appelons cet état narcissisme, et nous qualifions d'auto-érotique, cette possibilité de satisfaction. Le monde extérieur à ce moment n'est pas investi d'intérêt. »¹¹⁷

L'idée de Freud d'une indifférenciation dans un premier temps de la vie du bébé est aujourd'hui discutable, car « les recherches récentes sur le bébé montrent qu'il différencie très tôt ce qui vient de lui et du monde extérieur et qu'il reconnaît très tôt [...] le visage de la mère »¹¹⁸ :

« Nous savons aujourd'hui que le nouveau-né se présente comme un être actif capable de se diriger vers l'autre, dès les premières minutes de sa vie. Les chercheurs observent qu'il est, dès le début de sa vie, capable de "percevoir les autres personnes comme des partenaires conscients et affectueux" et produirait un comportement particulier "qui attire le soin parental pour répondre à des besoins biologiques immédiats". »¹¹⁹

¹¹⁵ FREUD, S., « La sexualité infantile » (1905), in : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris : Folio essais, 2008, p. 104.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 105.

¹¹⁷ FREUD, S., « Pulsions et destins des pulsions » (1915), in : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 2009, p. 36.

¹¹⁸ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012, p. 24.

¹¹⁹ MESQUITA, M. et BIDAUD, E., « Autisme : une rencontre avec un "visage brisé" », in : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 61, 2013, p. 398.

L'idée que nous trouvons centrale dans cette théorie de l'auto-érotisme est l'investissement libidinal sur soi, ce qui permettra le choix et l'investissement d'un objet extérieur et le développement du Moi comme une représentation d'une unité. Cela peut être pensé aussi à partir du narcissisme primaire, moment où les zones érogènes se retrouvent dispersées dans le corps et vont après s'unifier par le narcissisme secondaire.

Freud écrit dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle* que la sexualité est polymorphe, c'est-à-dire qu'elle a une pluralité d'objets possibles pour se satisfaire. Le corps sexuel serait au début de la vie fragmenté en multiples zones érogènes. L'unification de ces zones serait possible grâce à l'investissement libidinal sur son propre corps, à l'introjection des sensations et aux vécus de satisfaction.

« Nous avons jusqu'à présent souligné, en tant que caractères de la vie sexuelle infantile, qu'elle est essentiellement autoérotique [...] et que ses différentes pulsions partielles aspirent sans liens réciproques et indépendamment les unes des autres à l'acquisition de plaisir »¹²⁰

L'enfant, en prenant son être comme objet d'amour, unifie ses pulsions partielles et ses zones érogènes dispersées. Le narcissisme permet le passage d'un corps vécu comme étant dispersé à un corps unifié. C'est un moment crucial pour la constitution du sujet, il coïncide avec l'émergence du Moi et la notion du corps propre du sujet.

Dans *L'introduction au narcissisme*, Freud affirme que pour parvenir à la constitution du Moi, il faut un passage de l'auto-érotisme au narcissisme. Grâce à ce passage, il y aura une différenciation plus nette entre le sujet et les objets. Alors, c'est à ce moment que « quelque chose » se passe chez les psychotiques et les entrave dans la formation de leur Moi et l'acquisition d'un corps, ce qui les laisse sans contention des stimuli pulsionnels de leur corps et du langage.

C'est le narcissisme secondaire qui donne donc la possibilité au sujet d'avoir un corps vécu comme une unité. C'est à partir de l'illusion narcissique d'une « totalité » que le corps psychique et sa représentation du corps se forment.

¹²⁰ FREUD, S., « La sexualité infantile » (1905), in : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris : Folio essais, 2008, p. 127.

2.4 - L'irreprésentable, « le réel » de la pulsion de mort

À partir du texte *Au-delà du principe de plaisir*, Freud modifie sa façon de penser. Dans le cadre de sa clinique, il constate que, pour une grande partie de ses patients, le processus psychique n'obéit pas à la recherche du plaisir mais à son contraire. Il perçoit donc que la vie psychique n'est pas fondamentalement régie par le principe de constance. Comme il le remarque avec les cas de névrose de guerre et les rêves d'angoisse, il existe dans le psychisme une compulsion à la répétition des vécus de déplaisir : « Or la vie de rêve de la névrose traumatique se caractérise en ceci qu'elle ramène sans cesse le malade à la situation de son accident, situation dont il se réveille avec un nouvel effroi [...] Le malade serait, pour ainsi dire, psychiquement fixé au trauma. »¹²¹

Ce changement se fait aussi à partir des observations d'un enfant d'un an et demi, son propre petit-fils, avec le jeu de la bobine. Dans ce jeu, l'enfant reproduit incessamment le vécu de séparation de sa mère par le jeu. Il la lançait loin, avec détresse et, en même temps, il prononçait « ohohoh » ce qui selon sa mère voulait dire le mot *fort* (c'est parti - c'est disparu). Après, il tirait la ficelle et la bobine retournait vers lui et au moment de sa rencontre il prononçait, joyeux, le mot *da* (c'est là – c'est présent -voilà). Il répétait ce jeu incessamment, même en éprouvant un sentiment de déplaisir : « jeu complet : disparaître et revenir, ce dont, la plupart du temps, il nous était donné à voir que le premier acte, et celui-ci était répété comme jeu à lui tout seul, bien que le plus grand plaisir était attaché au second acte »¹²². Plus loin, Freud ajoute que le premier acte de ce jeu évoque un « renoncement pulsionnel qu'il avait effectué (renoncement à la satisfaction pulsionnelle) [...] le départ de la mère »¹²³.

« Examinant une suite de faits – organisés autour de phénomènes compulsions de répétition et sous l'effet du spectacle du « jeu de la bobine » (*Fort/Da*) de l'enfant scandant le départ de la mère -, Freud croit pouvoir dépister une tendance hautement paradoxale, soit la tendance à répéter l'expérience de déplaisir. »¹²⁴

Cela l'amène à conclure qu'il existe une forte tendance au principe du plaisir mais qu'il existe aussi d'autres forces qui vont dans le sens contraire de cette disposition. L'au-delà

¹²¹ FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XV (1916-1920)*, Paris : PUF, 1996, p. 283.

¹²² *Ibid.*, 285.

¹²³ *Ibid.*, 285.

¹²⁴ ASSOUN, P.-L., « La révision du dualisme pulsionnel : la « pulsion de mort » », in : *La métapsychologie*, Paris : PUF, 2000, p. 92.

du principe du plaisir serait lié à des tendances plus archaïques que le principe de plaisir : « il y a effectivement dans la vie de l'âme une contrainte de répétition qui passe outre au principe du plaisir »¹²⁵. Dans la psychique il n'y a pas seulement de la recherche au plaisir, mais de la mort, de l'état de nirvana.

Freud modifie sa première théorie appuyée sur la dynamique et les conflits entre les pulsions sexuelles et le Moi, par les pulsions de vie (Eros) et de mort. Il introduit dans sa théorie le concept de pulsion de mort qui est une pulsion sans représentation, de l'ordre de l'irreprésentable. La pulsion de mort ressemble à une répétition qui vise à revenir à un état antérieur, comme une tendance à régresser à un état inorganique, à une inertie. Freud remarque une tendance de l'être à aller « vers la mort », vers un état de vidage de toute excitation. La pulsion de mort de la deuxième topique de Freud, est en relation avec sa notion de Ça, cet excès pulsionnel qui ne s'inscrit pas dans la chaîne subjective de représentation du sujet.

Ce concept freudien nous permettra aussi d'aborder la question du rapport au corps et à l'image du corps chez les psychotiques, à partir des notions élaborées par Jacques Lacan du « réel » et de la « jouissance ».

2.5 - Le Moi-Corporel

Freud, à partir de ses découvertes de la pulsion de mort dans sa clinique, de l'au-delà du principe du plaisir, reformule sa théorie et développe sa seconde topique où il partage l'appareil psychique en trois instances : le Moi, le Ça et le Surmoi.

Le Ça « considéré comme un réservoir pulsionnel inorganisé, assimilé à un véritable chaos, lieu de "passions indomptées" »¹²⁶.

Le Moi, comme nous venons de le voir, n'est pas présent d'emblée chez le sujet, il faut qu'il se développe, à partir de sa différenciation du Ça, « le moi est la partie du ça modifiée sous l'influence directe du monde extérieur »¹²⁷. Le Moi se constitue et développe graduellement à partir des marques, traces laissées des vécus de plaisir et déplaisir, liées au vécu corporel : « la façon dont le corps propre s'extrait du monde de la perception »¹²⁸. Et « il

¹²⁵FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XV* (1916-1920), Paris : PUF, 1996, p. 283.

¹²⁶ ROUDINESCO, E., PLON, M., *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris : Fayard, 1997, p. 160.

¹²⁷ FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVI* (1921-1923), Paris : PUF, 1991, p. 269.

¹²⁸ *Ibid.*, 270.

s'efforce aussi de faire valoir l'influence du monde extérieur sur le Ça [...] tend à installer le principe de réalité à la place du principe de plaisir »¹²⁹.

Le principe de plaisir correspond à un fonctionnement primaire de l'appareil psychique et exige la décharge d'excitation. Comme l'environnement ne satisfait pas toutes nos nécessités et tous nos désirs, au principe de plaisir doit être substitué le principe de réalité. Le principe de réalité n'abandonne pas la recherche d'obtention de plaisir mais la reporte.

À partir de la deuxième topique, le Moi a pour fonction de médiatiser les pressions des instances psychiques du Ça et du Surmoi, comme les exigences de la réalité : « Comme être frontière, le moi veut faire l'intermédiaire entre le monde et le Ça, rendre le Ça docile au monde et rendre le monde, par le moyen de ses actions musculaires, conforme au souhait du Ça. »¹³⁰

Le Moi se trouve à la superficie de l'appareil psychique comme intermédiaire entre les exigences du Ça et la perception et la réalité ; c'est pour cela que Freud écrit : « le Moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface. »¹³¹ Cette projection d'une surface permet l'acquisition d'une limite, ce qui donne la possibilité aussi au sujet d'avoir une « adaptation », une certaine maîtrise, de la réalité externe et de ses sensations. Comme écrit P.-L. Assoun ce sont les « sensations qui constituent le corps »¹³².

À partir de la formation du corps et du Moi, le sujet aura alors le socle des perceptions internes et externes : « moi comme "être-de-limite", explicitement "corporel" »¹³³ ce qui permet le passage d'un état de dispersion pulsionnel à la constitution d'une unité corporelle. « Le Moi est avant tout un moi corporel »¹³⁴ et pour « avoir un corps, être – dans – un corps, c'est être ordonné »¹³⁵.

Freud ajoute que la douleur aiderait le sujet à se représenter et « reconnaître » sa réalité interne et avoir ainsi une représentation de son propre corps : « à l'occasion de maladies douloureuses une nouvelle connaissance de ses organes est peut-être le prototype de

¹²⁹ *Ibid.*, 269.

¹³⁰ *Ibid.*, 299.

¹³¹ *Ibid.*, 270.

¹³² ASSOUN, P.-L., « Le sensualisme corporel », in : *Corps et Symptôme : Leçons de psychanalyse*, 3^e édition, Paris : Anthropos, 2009, p. 164.

¹³³ ASSOUN, P.-L., « La métapsychologie du Corps », in : *Corps et Symptôme : Leçons de psychanalyse*, 3^e édition, Paris : Anthropos, 2009, p. 4.

¹³⁴ FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVI (1921-1923)*, Paris : PUF, 1991, p. 270.

¹³⁵ ASSOUN, P.-L., « Le surmoi corporel. Figures de l'animalité chez Freud », in : *Champ psychosomatique*, 4, 1995, p. 47.

la façon dont on arrive, d'une manière générale, à la représentation de son propre corps »¹³⁶. La possibilité d'acquérir une représentation psychique du corps propre : « fait de la douleur l'origine même du sentiment du corps »¹³⁷.

Freud dit que l'absence de la mère provoque de la douleur chez l'enfant, ses allés et venues sont vécues par le nourrisson comme une douleur.

« L'intense investissement en désirance de l'objet (perdu) dont on éprouve l'absence, investissement sans cesse croissant par la suite de son caractère insatiable, crée les mêmes conditions économiques que l'investissement en douleur de l'endroit du corps blessé et rend possible de faire abstraction du conditionnement périphérique de la douleur de l'âme correspondant au changement de l'investissement narcissique en investissement d'objet. La représentation d'objet hautement investi par le besoin joue le rôle de l'endroit du corps investi par l'accroissement de stimulus. »¹³⁸

La représentation du corps est possible à partir du sentiment de « corps souffrant [...] qui montre le corps du symptôme impliqué dans la genèse de l'image du "corps propre" [...] la douleur [...] fait exister certains endroits de l'être »¹³⁹.

Cette représentation du corps permet la projection du Moi sur la surface, sur le corps symbolique représenté par le sujet. Notre corporalité est alors étroitement liée aux représentations mentales provenant de l'Autre et de nos sensations et vécus corporels. La construction du Moi et celle du corps sont donc étroitement liées. Comme nous pouvons le voir dans la citation de Freud :

« Le corps propre, et avant tout sa surface, est un lieu dont peuvent provenir simultanément des perceptions externes et internes. Il est vu comme un objet étranger, mais en même temps, il livre au toucher des sensations de deux sortes, dont l'une peut être assimilée à une perception interne. La physiologie a suffisamment examiné la façon dont le corps propre se découpe dans le monde de la perception. La douleur aussi semble jouer là un rôle et la manière dont on acquiert, dans les affections

¹³⁶ FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVI (1921-1923)*, Paris : PUF, 1991, p. 270.

¹³⁷ ASSOUN, P.-L., « La douleur, lecteur des limites », in : *Corps et Symptôme : Leçons de psychanalyse*, 3^e édition, Paris : Anthropos, 2009, p. 167.

¹³⁸ FREUD, S., « Inhibition, symptôme et angoisse », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVII (1923-1925)*, Paris : PUF, 1992, p. 286.

¹³⁹ ASSOUN, P.-L., « Le continent de la douleur », in : *Corps et Symptôme : Leçons de psychanalyse*, 3^e édition, Paris : Anthropos, 2009, p. 209 et 210.

douloureuses, une nouvelle connaissance de ses organes est peut-être exemplaire de la manière dont, d'une façon générale, on arrive à se représenter son corps propre. »¹⁴⁰

Le corps serait donc une image, une représentation. Une amputation d'un bras ne l'enlève pas du champ symbolique des représentations du sujet. Même après l'opération, l'individu peut continuer à sentir ce membre des années plus tard.

Le corps est notamment une surface et cette surface peut être en même temps étrangère à nous-mêmes, comme les psychotiques le montrent clairement avec leur vécu corporel.

Le psychotique au moment de sa constitution subjective éprouve une difficulté dans l'unification corporelle, dans le passage du narcissisme primaire au secondaire. Les psychotiques auraient des difficultés à renoncer à cet objet imaginaire qui pourrait les satisfaire pleinement, comme nous allons le développer plus nettement avec l'élaboration des théories sur le complexe d'Œdipe.

Dans *Pour introduire le narcissisme*, Freud affirme que la psychose serait un retour au narcissisme primaire, à la phase qui précède les investissements d'objets. Dans cette conception, les psychoses seraient alors un surinvestissement du Moi et un désinvestissement des objets externes, et les psychoses paranoïaques retireraient la libido de l'extérieur et la tourneraient vers le Moi comme une tentative de guérison : « le malade retire ses investissements en libido sur son moi pour les réémettre après la guérison »¹⁴¹ :

« La mégalomanie correspond alors à la maîtrise psychique de cette quantité de libido [...] de la défaillance de cette prestation psychique découle l'hypocondrie de la paraphrénie, qui est homologue à l'angoisse des névroses de transfert. Nous savons que l'angoisse peut être remplacée par une autre élaboration psychique. [...] Cette position est occupée, dans les paraphrénies, par la tentative de restitution à laquelle nous devons les syndromes morbides remarquables. »¹⁴²

La libido est d'abord investie dans le Moi propre pour après pouvoir être investie dans les objets.

¹⁴⁰ FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVI (1921-1923)*, Paris : PUF, 1991, p. 238.

¹⁴¹ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme*, Paris : Payot, p. 52.

¹⁴² *Ibid.*, p. 58.

Freud soutient l'idée que les psychoses seraient dues à un conflit entre le Moi et le monde extérieur : « la névrose serait le résultat d'un conflit entre le Moi et le Ça, la psychose, elle, l'issue analogue d'un trouble équivalent dans les relations entre le Moi et le monde extérieur »¹⁴³.

Pour nous, les psychotiques et la fragmentation de l'image de leur corps seront provoquées par une non-contention (un non-refoulement) de la décharge pulsionnelle, d'une défaillance de la prise en compte du Ça :

« Vous avez développé la relation monde extérieur – Moi – Ça et posé comme condition de la névrose que le Moi, dans sa dépendance à l'égard du monde extérieur, combat le Ça. L'autre cas n'est pas également concevable, celui où le Moi, dans un tel conflit, se laisse entraîner par le Ça et dénie sa prise en considération du monde extérieur. Qu'advient-il en pareil cas ? Selon les représentations que je me fais, moi profane, de la nature d'une maladie mentale, cette décision du Moi pourrait être la condition de la maladie mentale. »¹⁴⁴

Les psychotiques « nous renseignent sur le destin des limites du corps [...] absence de limite [...] cette perte de limite »¹⁴⁵. Selon Freud : « les frontières du Moi ne sont pas stables »¹⁴⁶. Pour que le sujet acquière cette frontière corporelle et psychique, la délimitation et le réglage du Ça, de cette force pulsionnelle chaotique, sont nécessaires et permettront la formation chez le sujet d'une limite ou d'une perte de limite du Moi corps. C'est la non-délimitation du Moi et du corps dont témoignent les psychotiques. Sans cette délimitation « des pièces de notre vie psychique, perceptions, sentiments nous apparaissent comme étrangers »¹⁴⁷. Ceci aura des conséquences sur le rapport du psychotique à l'autre, à soi et à la réalité.

¹⁴³ FREUD, S., *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 2008, p. 283.

¹⁴⁴ FREUD, S., « L'analyse profane », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVIII (1926-1930)*, Paris : PUF, 1994, p. 27.

¹⁴⁵ ASSOUN, P.-L., « La douleur, lecteur des limites », in : *Corps et Symptôme : Leçons de psychanalyse*, 3^e édition, Paris : Anthropos, 2009, p. 170.

¹⁴⁶ FREUD, S., « Le malaise dans la culture », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVIII (1926-1930)*, Paris : PUF, 1994, p. 330.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 171 et 172.

3 – Le corps pour Winnicott n’est pas une donnée, mais une construction

Nous allons maintenant voir avec Winnicott que le sentiment d’appartenance à un corps et d’avoir un corps est une acquisition. Au tout début de la vie, le nourrisson se trouve dans un état de non-intégration. À partir du soutien de son environnement, il peut passer d’un état de non-intégration à celui d’intégration, c’est-à-dire acquérir un sentiment unifié de lui-même et de son corps, un « sentiment continu d’exister ». Ce soutien va permettre au nourrisson d’acquérir graduellement un sentiment d’unité corporelle et c’est seulement à partir de cette constitution corporelle et psychique que le nourrisson pourra faire face aux exigences pulsionnelles provenant du Ça. À partir du moment où le nourrisson parvient à unifier son corps et son Moi, il peut bénéficier d’un espace potentiel, d’une zone intermédiaire entre lui et l’autre qui est l’espace symbolique. Cet espace est compromis chez les psychotiques. Ce sera une notion cruciale de la problématique de notre travail : réfléchir à la possibilité du psychotique de se construire des suppléances.

3.1 - Le regard et la fonction spéculaire dans la constitution de corps chez D. Winnicott

« L’enfant doit en venir à ressentir qu’il vit dans ce que nous, nous percevons sans difficulté comme étant le corps de cette enfant-là, mais qui, de prime abord, n’est pas senti par l’enfant lui-même. »¹⁴⁸

Cinq notions chez Winnicott nous aiderons à comprendre la question du corps dans sa théorie : l’intégration (de sa personnalité), la personnalisation (le sentiment d’habiter son corps), le contact avec la réalité, l’espace potentiel et le regard. Ces notions sont au centre des stades primitifs de la vie du petit enfant et sont primordiales dans « l’édification de la personnalité »¹⁴⁹.

3.1.1 - Le développement du self, le *going-on-being*

Selon D. Winnicott, tous les êtres humains naissent avec une prédisposition à l’intégration de leur être, au développement sain de leur *self*, ce qu’il a nommé dans son

¹⁴⁸ WINNICOTT, D., « Pédiatrie et psychiatrie » (1948), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l’homme Payot, 2012, p. 97.

¹⁴⁹ WINNICOTT, D., « La préoccupation maternelle primaire » (1956), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l’homme Payot, 2012, p. 285.

œuvre le *going-on-being*. Pour lui, la constitution du Moi vient d'un « sentiment continu d'exister »¹⁵⁰. Mais, pour que ce processus puisse avoir lieu de façon « saine », il est fondamental d'avoir un environnement « facilitateur », c'est-à-dire, qui vient à la rencontre des besoins du nourrisson lui permettant le développement de ses potentiels. Pour Winnicott, le milieu exerce un rôle essentiel au développement de l'individu et à la construction de sa personnalité et de son corps. La relation mère-enfant aux stades primitifs de la vie du nourrisson constitue le socle de ses théories.

Winnicott affirme qu'aucune utilisation des impulsions du Ça ne pourrait se produire sans qu'auparavant le nourrisson ait éprouvé le sentiment d'être un *self* ou ego, car au début de la vie, l'enfant n'existe que dans sa relation avec quelqu'un. Après sa naissance, le nourrisson se retrouverait dans un état de non-intégration, sans avoir ainsi une conscience de son monde interne et externe, c'est-à-dire, il ne reconnaît pas encore les objets qui ne font pas partie de son corps comme appartenant à la réalité extérieure. Il est nécessaire qu'il ait un « bon contact » avec l'entourage, avec l'autre, car il est initialement dans une relation de dépendance absolue au soin maternel et aux conditions de l'environnement dans lequel il vit, pour qu'il puisse ainsi développer son *going-on-being* de manière satisfaisante.

Winnicott a développé le concept de préoccupation maternelle primaire, qui serait une espèce d'identification mère bébé. Plusieurs mères, pendant les derniers jours de grossesse et les premières semaines de vie de leur enfant, ont généralement une sensibilité plus exacerbée, ce qui rend possible l'interprétation des besoins du nouveau-né. Cela serait une reproduction de l'investissement libidinal que la mère a vécu avec sa mère au début de sa vie. Elle le dirige vers son enfant, ce qui permet l'identification au bébé et son adaptation à ses besoins. Cette phase est ensuite oubliée mais cet ensemble de sentiments maternels et de changements psychiques est ce qui permettra un soin suffisamment bon.

La mère suffisamment bonne ne doit pas être nécessairement la mère biologique de l'enfant mais une personne responsable de ses soins, par son maternage et qui réalise une adaptation psychique aux besoins et aux demandes de l'enfant. Ainsi elle pourra lui fournir un soutien « égoïque », c'est-à-dire soutenir l'enfant dans le temps et dans l'espace. Ce soutien « égoïque » maternel permettra une contention de l'ego encore archaïque du bébé. Winnicott a nommé ce soutien « égoïque » le *holding* : c'est l'investissement de celui qui joue le rôle de la mère suffisamment bonne et crée la possibilité pour le bébé de s'investir, en lui-même et dans l'avenir. « Le holding de Winnicott n'est pas simplement un portage physique et ne se réduit

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 289.

pas non plus au portage psychique au sens d'un contenant où, par exemple, la mère porterait psychiquement l'enfant. C'est plus que cela. »¹⁵¹ Winnicott l'appelle l'intégration : « c'est-à-dire l'accès au sentiment de soi unifié, à une unité moïque »¹⁵².

L'enfant se structure initialement à travers les perceptions sensorielles. Un maternage assez bon, ce que Winnicott a nommé *handling*, implique de nombreux facteurs : dans la manière de tenir l'enfant dans les bras, la température de la maison, les horaires d'allaitement et de sommeil, le maniement de l'enfant par la mère.

« [...] Lorsqu'il a faim, qu'il a froid, qu'il est mouillé, ou qu'il est gêné par des sensations intestinales, il se tourne vers le monde extérieur pour être secouru. Au cours de cette période, le besoin d'un objet est inséparablement lié aux grands besoins corporels [...] Elle aime d'une façon physique, assure le contact, la température du corps, le mouvement et la tranquillité en fonction des besoins du nourrisson. »¹⁵³

Il est également fondamental que la mère ait de l'affection, de la responsabilité et du dévouement pour son bébé. Cette « routine » va servir d'amortisseur qui protège et de sécurité dans laquelle baigne le bébé, lui permettant d'avoir l'expérience d'une continuité d'être. Ainsi, il va progressivement acquérir un sentiment d'unité et de cohésion de son corps, ce que Winnicott appelle la personnalisation.

Toutefois, pour que le développement du *self* se produise, il est essentiel qu'en plus du *holding* et du *handling* il y ait aussi le regard maternel. À travers ces trois rôles effectués par la mère, il se produit trois processus interdépendants mais qui ne surviennent pas nécessairement consécutivement chez le bébé. Il n'existe pas d'ordre chronologique pour que ces acquisitions se produisent et nous accompagnent tout au long de nos vies, en n'étant jamais consolidées d'une manière complète.

Dans un premier temps, cette intégration ne se produit que pendant quelques instants et progressivement elle va se consolider, de sorte que le bébé va commencer à avoir une notion de sa globalité dans le temps et dans l'espace, en créant une notion (une image) de «milieu interne».

¹⁵¹ VANIER, A., « Le paradoxe de Winnicott », in : *Le Carnet Psy*, n° 151, Cazaubon, mars 2011, p. 41.

¹⁵² GUILLERAULT, G., *Dolto/ Winnicott. Le bébé dans la psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2007, p. 51.

¹⁵³ WINNICOTT, D., « Pédiatrie et psychiatrie » (1948), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 94.

La personnalisation pour Winnicott désigne « la façon dont le psychisme se loge dans le corps »¹⁵⁴ et c'est aussi quelque chose à acquérir. Elle est une acquisition que tout le monde ne parvient pas à achever, comme dans le cas de certaines personnes psychotiques. Pour cette raison, le *handling* est fondamental, c'est à dire, la manipulation soigneuse de la peau du bébé et les allers et retours de cette mère. Chaque stimulus sensoriel, comme la façon de tenir le bébé, de le caresser, de le laver, permet progressivement la « sensation d'une peau » (limite mythique) qui l'entoure et lui donne le contour de son « monde interne ». Nous pouvons remarquer l'étonnement et la fascination des bébés lorsqu'ils découvrent les parties de leur corps comme les mains et les pieds. Cette acquisition est la réalisation du sentiment « je suis ».

C'est seulement à partir de l'intégration et de la personnalisation du *self* que l'enfant pourra se rendre compte que les exigences pulsionnelles du Ça font partie de son monde interne et non de l'environnement. Ainsi, il arrive progressivement à distinguer ce qui appartient à son imaginaire et à la réalité extérieure de sorte que, peu à peu, son ego s'intègre et se renforce pour faire face aux demandes extérieures.

Pour que l'enfant réussisse à faire tout cela, il est important que la mère assure une continuité dans son soin maternel, car ainsi elle fournit un sentiment d'existence à son enfant. La mère voit son bébé comme « un être humain à part entière »¹⁵⁵.

La transition entre le monde dans lequel le nourrisson a vécu pendant quelque mois (espace restreint, chaud, une position repliée et un état d'apesanteur) et le monde extérieur peut être vécue par le nouveau-né de manière brutale. Il doit s'adapter à ce nouveau milieu et cela est possible grâce au support maternel et à son entourage.

Lorsqu'il n'est plus dans l'utérus, nous pouvons imaginer qu'il doit éprouver une sensation dispersée, qu'il est un peu perdu sans le contenant qui l'a maintenu si longtemps :

« Le nourrisson est éparpillé ; vous devrez rassembler les morceaux et vous devez pour cela être là quand il le faut [...] si vous faites en sorte qu'il se sente intégré, ce sentiment de confusion cessera et il se rassemblera. Ses expériences pulsionnelles et votre attitude à son égard lui permettront de le faire et, en donnant à l'enfant ce dont il

¹⁵⁴ WINNICOTT, D., « Psychose et soins maternels » (1952), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 195.

¹⁵⁵ WINNICOTT, D., « Pédiatrie et psychiatrie » (1948), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 95.

a besoin pour se rassembler de l'intérieur, vous lui apportez toutes sortes de satisfactions. »¹⁵⁶

Le *going-on-being*, la continuité d'existence peut suivre son cours « sain » à partir d'une adaptation de la mère à l'état primitif (non-intégration de son nouveau-né), pour qu'ainsi elle puisse lui offrir une continuité de soin. Selon Winnicott, si la mère ou l'environnement ne parvient pas à répondre aux besoins de l'enfant et à accepter son temps et ses limites, la continuité d'existence de ce dernier peut se désorganiser.

Une non-adaptation ou une adaptation défectueuse peut provoquer des *impeachements*, c'est-à-dire faire surgir des obstacles ; cela fait que le nourrisson doit se défendre dans un moment encore primitif auquel il n'est pas préparé. Lorsque la mère ou l'environnement sont suffisamment bons, le nourrisson acquiert des capacités pour faire face aux frustrations provenant d'un défaut d'adaptation.

La mère permet à son enfant d'acquérir la capacité d'illusion pour ensuite pouvoir réaliser graduellement la tâche de désillusion. C'est aussi la fonction de la mère d'accepter sa responsabilité de « défaillance graduelle de l'adaptation »¹⁵⁷ à partir du moment où elle perçoit que son enfant a plus de capacité à faire face à son manque, ce qui va lui permettre de passer d'un état de dépendance absolue à une possible indépendance.

Winnicott concevrait la psychose comme « une maladie causée par une déficience de l'environnement »¹⁵⁸. C'est une idée discutable sous cette forme et que nous ne soutenons pas. Car cette conception met toute la charge de la maladie et de sa responsabilité sur le soin maternel. Cette explication est aussi incomplète que les conceptions donnant une origine génétique ou biologique aux psychoses. Elle laisse comprendre que le nouveau-né est un être passif et qu'au début de la vie il ne joue aucun rôle sur son environnement. « Il faut considérer que l'échec du premier contact peut être aussi attribué à l'enfant lorsque celui-ci n'adresse aucun appel, aucune invocation à l'autre maternel, manquant dès l'origine la place où il était attendu. »¹⁵⁹ Il est intéressant de prendre en compte cette idée que « la santé mentale de l'adulte s'édifie à tous les stades de la petite enfance. »¹⁶⁰

¹⁵⁶ WINNICOTT, D., « Le premier contact avec la réalité externe » (1948), in : *L'enfant, la psyché et le corps*, Paris : Bibliothèque scientifique Payot, 2003, p. 57.

¹⁵⁷ WINNICOTT, D., « Pédiatrie et psychiatrie » (1948), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 139.

¹⁵⁸ *Ibid.*, 139.

¹⁵⁹ MESQUITA, M. et BIDAUD, E., « Autisme : une rencontre avec un 'visage brisé' », in : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 61, 2013, p. 398.

¹⁶⁰ WINNICOTT, D., « Psychose et soins maternels » (1952), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 188.

Pour Winnicott, s'il y a un défaut de l'environnement au stade primitif, l'enfant ou futur adulte pourra avoir une « perte du contact avec la réalité, désintégration et "dépersonnalisation" »¹⁶¹. Selon lui, le sujet n'a pas d'unité corporelle au début de sa vie. Il est capital que des conditions soient réunies pour que le psychisme et la représentation corporelle se constituent.

À notre avis, la constitution du psychisme du sujet vient en même temps que la constitution de son corps. Si l'enfant ne parvient pas à faire face à ce premier état de non-intégration et à contenir ce tourbillon pulsionnel qui lui permettra de s'intégrer petit à petit, il devra organiser ses défenses. Les divers types d'organisations psychiques sont des modalités de défense vis-à-vis de l'Autre qui, si elles ne sont pas contenues, peuvent être vécues comme très envahissantes.

La relation entre le sujet et l'environnement (ses objets amoureux) est fondamentale pour la formation et le développement de l'être. Cependant, aucun des deux ne prédomine. Des enfants de mères psychotiques ou dépressives peuvent aller « très bien ». Dans notre conception, l'Autre a une importance fondamentale pour la constitution du sujet ; par contre la pièce centrale de la structuration du sujet est le sujet lui-même (le nourrisson en question), à partir de ses moyens et limites subjectifs : comment il fait face aux *impeachements* (winnicottienement parlant), aux augmentations pulsionnelles et aux mécanismes de défense dont il se sert pour y faire face et comment il va répondre à la place où il est mis dans l'inconscient et dans le discours de l'Autre.

D. Winnicott nous enseigne que l'adaptation maternelle à son enfant n'est jamais complète et que c'est dans cette faille, dans cet écart qu'une subjectivité peut émerger. C'est dans l'aller et venir de la mère, c'est dans cet espace que le sujet peut symboliser (jouer comme nous le dit Winnicott).

D. Winnicott parle de la capacité de l'enfant « à convertir l'adaptation de l'environnement qui n'est-pas-suffisamment-bonne en une adaptation suffisamment-bonne »¹⁶². Ce n'est pas seulement à cause d'un défaut de l'adaptation de l'environnement que le sujet entre dans une psychose ou dans l'autisme mais à cause de sa sensibilité et de ses moyens subjectifs qui varient selon chaque nourrisson. Cela dépend de ses moyens internes

¹⁶¹ WINNICOTT, D., « Pédiatrie et psychiatrie » (1948), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 97.

¹⁶² WINNICOTT, D., « Psychose et soins maternels » (1952), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 194.

pour convertir l'adaptation de l'environnement, de ses moyens subjectifs pour combattre l'envahissement des forces pulsionnelles :

« Les psychanalystes aujourd'hui admettent que l'autisme résulte d'une altération précoce de la relation mère/bébé sans qu'on puisse déterminer qui, de la mère ou du bébé, est à la "cause" de cet échec. Ce que l'on sait, c'est que les troubles précoces de l'enfant autiste induisent des processus défensifs du côté de la mère, lesquels font retour sur la pathologie de l'enfant, de sorte qu'il n'est pas possible, sinon au risque de s'égarer, de situer un point d'origine. L'orientation aujourd'hui est de considérer le trouble essentiel de l'autisme comme une incapacité de se mettre en relation, constituant une maladie de l'interaction, comme l'affirment Golse et Delion. »¹⁶³

3.1.2 - Le regard et la fonction spéculaire

Nous allons présenter la théorie du regard dans la théorie de Winnicott, car elle ajoute au stade du miroir de Lacan la question de l'importance du rôle du visage maternel qui est pour lui le miroir de l'enfant ; « le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère »¹⁶⁴ :

« Winnicott propose de considérer le visage de la mère comme un premier miroir, un précurseur indispensable de l'expérience spéculaire à venir. Le visage de la mère – et tous les traits que l'accompagnent – exprime les premiers linéaments qui permettent à l'enfant de se réfléchir, d'organiser sa propre reconnaissance. »¹⁶⁵

Winnicott dit qu'un des facteurs fondamentaux pour que le *holding*¹⁶⁶ soit satisfaisant dans le développement du Moi encore archaïque du bébé, c'est que la mère puisse « avoir dans ses pensées l'enfant comme une personne complète »¹⁶⁷. Lorsque la mère possède cette

¹⁶³ MESQUITA, M. et BIDAUD, E., « Autisme : une rencontre avec un "visage brisé" », in : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 61, 2013, p. 398 et 399.

¹⁶⁴ WINNICOTT, D., « Le rôle de miroir de la mère et de la famille », in : *Jeu et réalité* (1975), Paris : Gallimard, 1999, p. 151.

¹⁶⁵ BIDAUD, E., « Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique », in : *Altérité et psychopathologie*, Paris : Nolin, 2011, p. 52.

¹⁶⁶ Le *holding* c'est la disposition de la mère (ou celle de la personne qui occupe cette fonction) à se préoccuper de son enfant, lorsqu'elle effectue une adaptation psychique aux besoins et aux demandes du bébé. Par conséquent, elle offre un appui de son ego et une sustentation de l'enfant dans le temps et l'espace. Ce soutien maternel permettra une contenance à l'ego encore archaïque du bébé. C'est à partir de l'investissement de celle qui exerce la fonction maternelle que ce dernier se donne la possibilité de s'investir lui-même dans l'avenir.

¹⁶⁷ MELLO FILHO, J., *Ser e o Viver: uma Visão da Obra de Winnicott*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 42.

image intériorisée de son enfant, ce qu'il voit quand il la regarde c'est lui-même dans les yeux de la mère.

Lorsque le bébé regarde les yeux de sa mère, ce qu'il voit c'est lui-même : « Quand je regarde, on me voit, donc, j'existe. Je peux alors me permettre de regarder et de voir. Je regarde alors de manière créative »¹⁶⁸.

Le regard de la mère reflète ce qu'elle voit dans ce bébé, ses sentiments, pensées et souvenirs qu'il a suscités. Elle le regarde comme un sujet. Ainsi, à partir du regard, la mère peut transmettre à son enfant, de la tendresse, de la sécurité, en lui fournissant un support à son ego encore primitif :

« On lit la transcription des enregistrements des proto-dialogues mère bébé dans la période du turn talking, on est frappé par la façon dont la mère interprète constamment les lallations du bébé. Elle est - pour reprendre le mot de Piera Aulagnier - son porte-parole. Mais il me semble que, pour ce faire - et c'est une difficulté pour certaines mères -, il faut qu'elle suppose du sujet dans le bébé. Supposition, je ne l'entends pas comme certitude, mais plutôt croyance, une foi dans ce sujet comme continuité de ce support d'être. »¹⁶⁹

Pour Winnicott, le bébé se voit lui-même lorsqu'il tourne son regard vers le visage de sa mère. « Que voit le bébé quand il tourne son visage vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. »¹⁷⁰

Nous concevons que ce regard maternel ne concerne pas le contact de l'œil, mais la relation, la manière dont la mère prend l'enfant dans ses bras, lui parle ainsi que la continuité rythmique du soin maternel, ses allers et retours... Nous pensons que c'est à partir de cette relation que la mère peut promouvoir un support « egoïque » à son enfant.

Cela démontre l'importance de la communication préverbale de la mère avec son bébé, par la voie du regard, des soins corporels, des câlins, des chants et de l'affectif. Ces premiers contacts avec le monde favorisent le processus d'auto-enrichissement et la découverte du monde et des objets.

¹⁶⁸ WINNICOTT, D., « Le rôle de miroir de la mère et de la famille », in : *Jeu et réalité* (1975), Paris : Gallimard, 1999, p. 158.

¹⁶⁹ VANIER, A., « Le paradoxe de Winnicott », in : *Le Carnet Psy*, n° 151, Cazaubon, mars 2011, p. 42.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 155.

Lorsque les bébés regardent l'autre, celui qui s'occupe de lui, et n'ont pas de retour de leur « image », ils devront chercher une autre manière d'avoir ce retour. En n'ayant pas bénéficié de ce moyen initial qui devait naître de cette rencontre, ils pourront voir leurs capacités créatives atrophiées. Pourtant, quelques-uns arriveront à atteindre la structuration de soi d'une autre manière.

« Le cas du bébé dont la mère ne refléterait que son propre état d'âme ou, pire encore, la rigidité de ses défenses [...] ceux-là regardent, mais ne se voient pas eux-mêmes. Ce qui ne va pas sans conséquence. En premier lieu, leur propre capacité créative commence à s'atrophier et, d'une manière ou d'une autre, ils cherchent un autre moyen pour que l'environnement leur réfléchisse quelque chose d'eux-mêmes. »¹⁷¹

La fonction spéculaire que Winnicott développe ne signifie pas que le bébé soit un être passif par rapport à ce que sa mère lui transmet par le regard. La fonction spéculaire est, bilatéralement, active¹⁷².

Le vrai *self* (qui a relation avec le concept de Moi de Freud) est une originalité personnelle, quelque chose de propre à l'individu. Le *self* n'est pas un réflexe passif dans le regard de l'autre. Il se constitue dans la relation avec les autres et les objets.

En traitant de psychisme et de subjectivité, nous sommes sur un terrain complexe où les conditions internes et les relations objectales sont marquées par la différence, la singularité de chaque sujet. De cette manière, les images spéculaires humaines ne sont pas le simple reflet de l'environnement mais chacun pourra intégrer ses expériences et les transformer en une réalité interne dans ses limites et possibilités.

À partir de ce regard, le nourrisson intègre graduellement l'image que sa mère lui renvoie, en augmentant de cette manière sa propre « fonction spéculaire interne »¹⁷³, son autoréflexion et une relative indépendance des « objets spéculaires externes »¹⁷⁴. Il intègre alors son *self* et il acquiert une représentation interne de son corps. Cela va faciliter a posteriori les identifications secondaires avec les figures des autres, comme ses proches, ses idoles, ses professeurs, ses maîtres. Cette introjection est ce qui permet la formation des représentations chez les individus.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 155.

¹⁷² MELLO FILHO, J., *Ser e o Viver : uma Visão da Obra de Winnicott*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 72.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 191.

¹⁷⁴ *Ibidem*.

La fonction primaire peut être non intégrante lorsque la mère ou la personne qui s'occupe du bébé n'exerce pas cette fonction, soit parce qu'elle n'a pas les possibilités émotionnelles et psychiques de transmettre ce que le bébé lui demande, soit parce qu'elle ne le voit pas d'une façon authentique en raison d'une dépression ou pour quelque autre motif, ou encore parce que ce bébé ne s'adresse pas à cette mère et qu'avec le temps elle perd ses capacités. Cette absence de la fonction intégrante peut compliquer le rapport spéculaire futur de l'enfant. Néanmoins il peut trouver d'autres sorties en s'attachant à quelqu'un d'autre de son entourage. Lorsque le bébé ne répond pas aux tentatives de sa mère et qu'il ne suscite chez elle ni sentiments ni souvenirs, alors cette non-réponse peut finir par entraîner une lassitude de la mère à communiquer et à avoir des rapports avec lui à cause de ses tentatives frustrées.

Dans la théorie de Winnicott la fonction du rôle du visage et du soin maternel vont permettre à l'enfant de s'approprier son corps.

Pour conclure, en plus de la question de la fonction spéculaire chez Winnicott, il nous semble important de mentionner la question de l'espace transitionnel, zone intermédiaire qui maintient la réalité interne et externe ensemble, à savoir « l'espace entre ». Cette zone est essentielle pour la constitution d'une vie psychique « saine », impliquant le fondement des relations sociales.

Cet espace potentiel n'est pas seulement fondamental pour la créativité primaire mais il se prolonge et nous suit pendant toute notre vie. Ainsi en est-il, dans le jeu, dans notre capacité à retourner à un état non intégré, dans l'équilibre de nos conflits internes et dans notre relation avec les autres et la culture.

Dans le cas des psychoses, il nous semble ne pas y avoir d'espace potentiel. La constitution de cet espace devient possible à partir de l'élaboration minimale d'un corps.

Le concept de l'espace potentiel est lié au moment où l'individu prend contact avec le milieu extérieur de « manière satisfaisante » et réussit à se sentir comme une unité avec un corps qui délimite son monde intérieur et extérieur. Le sujet peut aussi expérimenter un troisième espace, une zone intermédiaire que Winnicott nomme espace potentiel, qui a pour fonction de maintenir l'imaginaire et la réalité externe séparés et en même temps reliés. Il ne se trouve ni à l'intérieur ni à l'extérieur de l'individu, restant entre subjectif et ce qui est objectivement perçu et va permettre l'utilisation de la création symbolique.

L'espace potentiel apparaît dans la confiance du bébé envers celle qui exerce la fonction maternelle et se réfère à une zone de séparation que l'enfant peut remplir de manière créative avec le jeu. Cet espace se manifeste dès les premiers mois de la vie de l'individu

jusqu'à sa vie adulte, en aidant à la formation de symboles qui lui permettent de réfléchir et de donner un sens aux phénomènes internes (subjectifs) et externes. Cet espace est une zone repos qui a comme fonction la médiation des phénomènes psychiques conscients et inconscients, aidant ainsi à l'adaptation et à l'élaboration psychique de l'individu face à la réalité externe.

Cet espace intermédiaire peut être observé dans les différentes activités de la vie quotidienne des individus, à savoir : la vie culturelle, la vie religieuse, les sciences ainsi que l'art, les loisirs, l'idéologie qui permettent à l'individu de sentir qu'il existe. Il est important de comprendre que le phénomène de la créativité n'est pas simplement la manifestation d'un don spécial qui mène à une œuvre d'art ou à un travail scientifique. Il est aussi un phénomène caractéristique de la condition humaine. C'est l'espace où tous les projets individuels, toutes les fantaisies peuvent s'exercer, où chacun peut se servir au maximum de sa propre créativité.

Winnicott part de l'idée que la santé représente un processus de constante création de l'individu, du monde et de soi-même. Nous pensons que la manière dont le sujet vit le monde et les objets externes dépend de l'adaptation à sa façon de les voir : c'est cela la création. Nous soutenons l'idée que la fabrication par les psychotiques d'une suppléance est liée à cette notion de création et d'espace potentiel.

Notre monde, nos représentations de notre corps sont construits par nous-mêmes à partir de l'autre. Nous sommes capables de créer et recréer le monde subjectivement en l'expérimentant de façon active et ludique. Ce phénomène, qualifié par Winnicott de « créativité », est intimement lié au sentiment "d'être vivant et d'exister". Nous verrons qu'au moment du déclenchement de la psychose cela peut se perdre.

Chez les psychotiques « quelque chose » se passe au moment de cette relation primaire mère-enfant ; ils se trouvent alors dans un autre espace psychique. La mère dans la conception de Winnicott n'a pas pu transmettre à son enfant l'image de lui-même et en conséquence cet espace potentiel reste « lésé ». Pour nous, ce n'est pas la faute de la mère mais une faille a eu lieu au moment de l'entrée du sujet dans le symbolique qui est fondamental dans la constitution du sujet et de son corps, dans son entrée dans le monde des relations avec les autres et les objets et dans le partage sexuel.

L'acquisition d'un corps est associée à l'entrée du sujet dans le monde symbolique des représentations. Ceci n'est pas une tâche facile :

« Ne croyez pas pour autant qu'il est toujours facile d'habiter son corps. Il suffit d'être fatigué pour ne pas se trouver là où on est [...] Ainsi, il vous arrive de vous absenter

de votre corps et de ne plus savoir où vous commencez et où vous finissez [...] Prenez l'exemple d'un homme qui a perdu une jambe. Dès qu'il est fatigué, le souvenir de sa jambe réapparaît, alors que tout va bien le reste du temps. Nous sommes, je le répète, tous très différents les uns des autres. »¹⁷⁵

Pour mieux comprendre cette question, nous allons développer les théories psychanalytiques pour comprendre les psychoses, et trois cas cliniques qui nous permettront de réfléchir sur les structures des psychotiques et les raisons pour lesquelles elles ne parviennent pas à construire un corps psychique, unifié. En effet, il est nécessaire de construire une frontière qui protège de l'envahissement pulsionnel du corps.

En résumé, selon Winnicott, le corps n'est pas ressenti a priori par le nourrisson mais c'est une construction à partir de la relation (qui englobe le rythme, les affects, le toucher, le regard,...) avec la personne qui s'occupe de lui dans les premiers moments de sa vie. Cette acquisition d'un sentiment d'appartenance à un corps permet au sujet de différencier son espace interne (ses ressentis) des stimuli de l'extérieur, d'avoir une globalité de l'espace et du temps, ce qui lui permet d'avoir un « sentiment continu d'exister ». Ces éléments de la théorie de Winnicott nous permettent de penser le corps et nous aideront à aborder la question du corps chez les psychotiques, car au moment relationnel primaire « quelque chose » se passe chez les psychotiques et ils ne parviennent pas à avoir ce ressenti corporel global. Ceci les laisse dans une limite floue entre le Moi, l'autre et la réalité et leur sentiment d'existence peut se perdre.

4 - Le corps comme une représentation inconsciente

Dolto donne une place centrale au langage dans la constitution du sujet et de son image inconsciente du corps. Les relations du sujet à l'autre dépendent de cette image. De plus, la notion de castration symboligène est cruciale pour penser la formation de l'image inconsciente du corps, la constitution subjective et corporelle du sujet et son entrée dans le symbolique et le lien social. La manière dont le sujet surmonte ces castrations sera structurante ou non.

¹⁷⁵ WINNICOTT, D., « Le premier contact avec la réalité externe » (1948), in : *L'enfant, la psyché et le corps*, Paris : Bibliothèque scientifique Payot, 2003, p. 58 et 59.

Le stade du miroir est un moment clé pour l'identification du sujet à l'image de son corps et il est aussi vécu comme une castration, une blessure symbolique, car cette image à laquelle le nourrisson s'identifie n'est pas totale, idéale. Ce stade, selon la manière dont il est vécu, peut aboutir à intégrer une image inconsciente du corps, mais peut aussi aboutir à la désintégration de cette image.

4.1 - L'image inconsciente du corps

F. Dolto, dans son livre *L'Image inconsciente du corps*,¹⁷⁶ affirme que le bébé s'inscrit dans le langage avant même sa naissance et que, très jeune, il est déjà en demande de communication. Elle prétend que le spectre du langage a pour origine l'expressivité corporelle première. Gérard Guillerault écrit : « elle fut la première à insister sur le retentissement du vécu intra-utérin, sur les enjeux déterminants de la vie fœtale, allant ainsi jusqu'à souligner l'importance (aussi psychique) de ce qui s'accomplit dans le temps de la gestation ! »¹⁷⁷

Pour elle, comme pour Winnicott, la mère a une place fondamentale :

« L'enfant nouveau-né est organisé, coordonné, dans le cadre de la relation primordiale à la mère dont le mode d'être et de présence à son petit est à cet égard décisif. F. Dolto parle de cette période (dans laquelle elle inclut aussi la vie fœtale) où l'équilibre de la dyade mère-enfant est essentiel à son devenir humain. »¹⁷⁸

Mais différemment de Winnicott, elle ajoute l'importance du père, d'un élément tiers dans cette relation dyade mère-enfant : « Le père est constamment inclus dans la mère [...] Dès le début, il y a constamment une trinité. »¹⁷⁹

Nous essayerons ici de développer la pensée de Françoise Dolto, de voir comment elle conçoit que l'image inconsciente du corps du bébé prend appui sur le dit de l'autre, pour essayer ainsi de comprendre ce qui se passe avec l'image du corps chez les sujets psychotiques.

¹⁷⁶ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984.

¹⁷⁷ GUILLERAULT, G., *Dolto/ Winnicott. Le bébé dans la psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2007, p. 8.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 40.

¹⁷⁹ DOLTO, F., F., *Le féminin*, Paris : Gallimard, 1998, p. 123.

4.2 - L'image inconsciente du corps et le schéma corporel

L'image inconsciente du corps est une mémoire inconsciente du corps et de son vécu relationnel précoce propre à chacun. Elle est différente du schéma corporel qui est commun à tous les individus, à peu près au même âge : « le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique »¹⁸⁰.

L'image inconsciente du corps est une construction propre à chacun. Une sorte d'inscription psychique des vestiges et du vécu émotionnel du sujet. Cette image dépend du type de relation libidinale de l'individu, car elle n'est pas une donnée anatomique mais s'élabore aussi dans l'histoire du sujet :

« L'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire [...]. L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [...] l'incarnation symbolique du sujet désirant [...]. L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique. »¹⁸¹

L'image inconsciente du corps se réfère au sujet du désir, à sa jouissance médiatisée par le temps mémorisé de la communication entre sujets. Tout cela dépend de l'instant et de chaque événement de la vie de l'enfant. Ainsi les images sont appelées à toujours se transformer.

Selon Dolto, c'est grâce à notre image du corps appuyée sur notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. La communication et la relation avec l'autre sont sous-tendues par l'image du corps qui fonctionne comme support du narcissisme et aux différentes rencontres avec l'autre¹⁸².

L'image du corps, au sens strict, est inconsciente, parce qu'au fur et à mesure, elle s'efface derrière l'image scopique. Elle devient le substitut conscient de l'image du corps qui maintenant est refoulée et ainsi devient inconsciente : « l'image du corps est ensuite refoulée, en particulier par la découverte de l'image scopique du corps, puis par la castration œdipienne »¹⁸³.

¹⁸⁰ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984, p. 18.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 22 et 23.

¹⁸² *Ibid.*, p. 23.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 38.

Cette image inconsciente du corps n'est pas exclusivement liée à l'imaginaire, elle est aussi marquée d'emblée chez le sujet par la dimension symbolique : « parler de l'image, d'image du corps, ne veut pas dire que celle-ci soit seulement d'ordre imaginaire, puisqu'elle est aussi bien d'ordre symbolique »¹⁸⁴.

L'image inconsciente du corps pour Dolto se structure par la communication entre les sujets et les traces laissées dans le psychisme du sujet (ce qui est réprimé et refoulé) qui sont des représentations inconscientes.

Du côté du schéma corporel, celui-ci se réfère au corps actuel dans l'espace, à l'expérience immédiate : « le schéma corporel, qui est abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité, se structure par l'apprentissage et l'expérience »¹⁸⁵.

Il est fondamental que nous prenions en compte que, malgré les différences entre l'image inconsciente du corps et le schéma corporel, les deux sont toujours liés : « le rapport du schéma corporel et de l'image du corps est constitué par une foule d'intrications pulsionnelles »¹⁸⁶.

Elle nous rappelle dans son livre *L'image inconsciente du corps*, qu'une maladie très précoce peut ne pas affecter l'image inconsciente du corps de l'enfant si son environnement reste flexible sans angoisse des parents et de son entourage. Il faut que l'enfant puisse aussi exprimer ses désirs et fantasmer sur ce qui est irréalisable selon son schéma corporel. Pour l'expliquer plus précisément, Dolto explique que même un enfant paraplégique joue avec l'autre :

« En parlant de courir, de sauter, choses que sa mère sait comme lui qu'il ne pourra jamais faire. Il projette de la sorte une image du corps saine, symbolisée par la parole et les représentations graphiques, dans des fantasmes de satisfactions érotiques, dans l'échange de sujet à sujet. Que ses désirs soient ainsi parlés à quelqu'un qui accepte avec lui ce jeu projectif permet au sujet d'intégrer dans le langage ces désirs malgré la réalité, l'infirmité quant à son corps [...]. Un enfant phocomèle, né sans membres inférieurs ou supérieurs, possède un schéma corporel infirme. Cependant, son image du corps peut être tout à fait saine et permettre un langage de communications

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 16.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 23.

¹⁸⁶ DOLTO, F. et NASIO, J.-D., *L'enfant du miroir*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002, p. 29.

interhumaines, aussi complètes et aussi satisfaisantes pour lui que celles d'un individu non infirme. »¹⁸⁷

Néanmoins, pour que cela arrive, il est nécessaire de prendre en compte la relation émotionnelle qui unit les parents à l'enfant afin qu'ils puissent donner des informations véritables sur la maladie de celui-ci et qu'ils puissent lui expliquer avec des mots. Ces mots vont avoir un effet humanisant pour l'enfant et permettront aussi d'avoir un soutien et des recours pour qu'il puisse par lui-même trouver des issues à son handicap.

« L'évolution saine de ce sujet, symbolisé par une image du corps non infirme dépend donc de la relation émotionnelle de ses parents à sa personne [...]. Ces échanges humanisants – ou, au contraire, leur absence, déshumanisante – proviennent de ce que les parents ont – ou non – accepté l'infirmité du corps de leur enfant. »¹⁸⁸

Il est important de souligner que, pour que les parents puissent offrir ce mot d'amour, humanisant pour leur enfant, ils doivent faire le deuil intérieur de cette maladie (qu'elle soit physique ou organique) et de l'image idéalisée qu'ils avaient de cet enfant. Ils doivent accepter le deuil de leur propre narcissisme. Ils doivent faire le deuil de l'enfant qu'ils espéraient et accepter celui qu'ils ont eu. Cela n'est pas seulement nécessaire chez les parents des enfants malades mais nous croyions que tous les parents doivent faire ce deuil de l'image idéalisée de leur narcissisme face à l'enfant réel. Cela permettra à l'enfant, comme nous l'avons vu avec Freud, de passer du narcissisme primaire au narcissisme secondaire et de pouvoir se détacher de ce Moi Idéal à l'Idéal du Moi, afin d'être perçu comme sujet et de se constituer comme sujet.

4.3 - Le langage, aspect crucial pour la constitution du corps et de l'image corporelle

Dolto place les paroles et les mots dans une position très importante pour la constitution du sujet, de son image du corps et son entrée dans le monde symbolique. Pour elle, il est fondamental qu'une personne (la mère ou celui qui s'occupe du nourrisson) lui dise des mots qui ont une fonction de médiation symbolique, séparatrice et consolatrice et qui apportent l'espoir d'une rencontre de plaisirs futurs en opérant des castrations symboligènes.

¹⁸⁷ *Ibid.*, 19 et 20.

¹⁸⁸ *Ibid.*, 20.

Dolto nous a appris que le bébé se sent en sécurité en présence de sa mère et qu'à chaque moment d'absence de celle-ci, il essaye de parvenir au minimum de tension à partir d'images corporelles (olfactives, auditives, etc.) de sa mère.

Lorsqu'il y a distance du corps à corps bébé mère, ce sont les perceptions sensori-motrices (odeur, voix, etc.) introjectées chez le bébé qui vont pouvoir lui donner une sensation de présence maternelle au moment de l'absence. Grâce à elles, le bébé peut se sentir vivant et en sécurité. Pour que l'image du corps s'organise, il est crucial qu'un continuum de perceptions répétées successivement dans l'alternance entre présence et absence maternelle se mette en place.

« L'expérience de l'absence de la mère, suivie de son retour, permet à l'enfant la mémorisation du lien qui, intégré à son sensorium, l'unit à elle. [...] L'enfant, grâce à ce lien introjecté, symbole de son narcissisme fondamental, est alors, à tout moment, en son corps tout entier, "cohésé". »¹⁸⁹

Selon Dolto, si les enfants bénéficient d'assez de paroles d'amour, ces paroles les aident à entrer dans symbolique. La « parole est essentielle à la symbolisation »¹⁹⁰.

La parole de la mère, ou de celui qui s'occupe du nourrisson, est un élément organisateur qui permet le croisement entre le schéma corporel et l'image du corps. Elle est médiatrice de l'absence de la mère et du sentiment de non-satisfaction immédiate qui peut influencer sur l'évolution de l'image inconsciente du corps : « F. Dolto insiste sur le fait que la mère doive (est censée) parler à son enfant – car c'est ainsi qu'elle le soutient dans son vivre humanisé [...] c'est pour le faire advenir à son statut d'humain où il a à se faire (re)connaître comme sujet. »¹⁹¹

« Cela ne veut pas dire seulement que la langue se trouvait ainsi emprunter dans le registre corporel. Cela nous emmène jusqu'à là où la langue trouve sa source dans le corps, s'enracine inextricablement dans des expériences aussi corporelles. Cette intrication du corps et de la symbolique de la langue peut se décrire dans les deux sens. À la fois pour dire que la langue vient donner valeur symbolique aux expériences de corps [...]. Mais aussi pour dire que la langue elle-même tire sa symbolique, son pouvoir métaphorique du fait qu'elle s'extrait du corps, et qu'elle vaut comme

¹⁸⁹ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984, p. 70.

¹⁹⁰ DOLTO, F. et NASIO, J.-D., *L'enfant du miroir*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002, p. 78.

¹⁹¹ GUILLERAULT, G., *Dolto/ Winnicott. Le bébé dans la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 2007, p. 47.

métaphore corporelle. Le corps s'y avérant comme chargé lui-même de cette potentialité métaphorique ou représentative. De ce pouvoir poétique qui pousse la représentation et par quoi le corps s'avère lui-même (métaphore). »¹⁹²

4.4 - La castration « *symboligène* »

À partir de l'organisation de l'image inconsciente du corps, l'enfant ne peut plus être satisfait de la même manière. Pour qu'il obtienne de la satisfaction, il doit changer d'objet.

Le processus par lequel il doit faire ce changement d'objet est nommé par Dolto castration symboligène parce qu'il y a une castration qui équivaut à une interdiction de l'objet jusque -là érotiquement investi par lui. Il faut donc avoir une perte de l'objet, un deuil de cet objet antérieurement investi, pour que l'image du corps devienne inconsciente.

Dolto dit qu'au cours de son développement, l'enfant doit passer par plusieurs castrations : castration orale, anale, spéculaire, phallique ; et cette castration n'est pas une mutilation mais une épreuve limitée qui, si elle se passe bien, aura une valeur symbolique : « les castrations sont des épreuves mutantes quelquefois ratées, quelquefois accomplies, ayant des effets symboliques promotionnant ou des effets pathogènes. »¹⁹³

Cette épreuve d'une limitation est vécue comme un interdit du désir de satisfaction qui existait auparavant. La castration est l'interdiction par la Loi qui peut produire des effets positifs pour la constitution du corps et le rapport du sujet aux autres (sa socialisation). Mais cela dépend de la manière dont le sujet passe (vit) cette épreuve.

Les castrations vont permettre ou non (tout dépend comment le sujet les franchit) la symbolisation et en même temps vont modéliser l'image inconsciente du corps dans l'histoire de ses réélaborations successives.

Dolto a qualifié ces castrations de symboligènes parce qu'elles ouvrent des possibilités de métaphorisation et de sublimation des pulsions. Alors, pour nous, les castrations donnent la possibilité de l'accès de l'enfant au symbolique et pacifient les forces pulsionnelles du sujet.

« Les pulsions ainsi refoulées subissent un remaniement dynamique et le désir, dont le but initial a été interdit, vise son accomplissement par des moyens nouveaux, des sublimations : moyens qui exigent, pour leur satisfaction, un processus d'élaboration, que n'exigeait pas l'objet primitivement visé. C'est ce dernier processus qui seul porte

¹⁹² GUILLERAULT, G., *Le corps psyché. Essai sur l'image du corps selon Françoise Dolto*, Gédit : Ed. Universitaires Bégédis, 1989, p. 58.

¹⁹³ DOLTO, F. et NASIO, J.-D., *L'enfant du miroir*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002, p. 52.

le nom de symbolisation, découlant d'une castration, entendue au sens psychanalytique. »¹⁹⁴

Avec cette citation et ce qui a été présenté dans cette topique, nous pouvons conclure que tout au long de la vie du sujet, la fonction symbolique, la castration, l'image du corps et le stade du miroir sont étroitement liés. Donc, pour que le sujet puisse avoir une représentation de son corps, il est nécessaire qu'il passe par une castration et qu'il y ait une perte d'objet auparavant investi libidinalement.

4.5 - L'épreuve du miroir

L'épreuve du miroir est un des moments de la castration symboligène dans lequel l'autre a la fonction de soutenir ce vécu de l'enfant par le biais du symbolique. Les théories sur l'épreuve du miroir de Dolto renvoient aux théories de Winnicott où l'image du corps se constitue à partir du soutien du regard maternel. Nous retrouverons cette idée chez Lacan dans ses théories sur le stade du miroir où la constitution de l'image du corps est possible grâce au désir de l'Autre. L'épreuve du miroir est un moment structural qui permet au sujet de se construire, ou non, une image de soi et d'*avoir* une représentation de son corps.

Dolto se réfère au stade du miroir comme étant une épreuve existentielle, une des étapes de la constitution du sujet, de son image et de son corps.

Lorsque le bébé remarque son image dans le miroir : « c'est décidément une épreuve. Je pense à un enfant qui tout un coup voit surgir son image reflétée dans un miroir qu'il n'avait pas jusque-là remarqué. »¹⁹⁵

La personne qui l'accompagne à ce moment là est le médiateur de cette épreuve, c'est lui qui atteste que cette image est bien celle de l'enfant. Si l'enfant est tout seul ou si personne n'occupe cette fonction médiatrice, il peut se trouver dans un état de perplexité extrême et perdre ses références. Il est important à ce moment que l'adulte le nomme et médiatise cet événement : « oui c'est toi ». L'adulte aide l'enfant à symboliser cette expérience, sa présence est importante pour que l'enfant compare son image à celle de l'adulte, il regarde et constate cette différence. Le bébé découvre cette image par rapport à l'autre : « L'enfant prend conscience qu'il a un corps dès lors que cette conscience est conjointe à celle de l'Autre quant

¹⁹⁴ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984, p. 80.

¹⁹⁵ DOLTO, F. et NASIO, J.-D., *L'enfant du miroir*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002, p. 67.

à ce même corps, dès lors qu'il se sait regarder. Il sait que son corps est le lieu d'une visibilité partagée. »¹⁹⁶

C'est à partir du miroir que l'enfant se rend compte que son image n'est pas totale ; cette expérience est vécue comme une blessure symbolique.

« C'est l'expérience du miroir seulement qui donne à l'enfant le choc [...]. Qu'elle n'est donc pas totale [...]. Cette blessure irrémédiable de l'expérience du miroir, on peut l'appeler le trou symbolique dont découle, pour nous tous, l'inadaptation de l'image du corps et du schéma corporel [...] l'irréparable dommage narcissique. »¹⁹⁷

Cette expérience est une des premières blessures narcissiques, car l'enfant s'aperçoit qu'il a un sexe. Ce n'est pas simple, parce que l'enfant aime aussi l'autre sexe et il souhaiterait disposer également des caractéristiques de l'autre sexe.

Cette image reflétée dans le miroir peut aussi être aliénante à cause de la « fascination mortifère pour l'image du corps inconscient »¹⁹⁸. *Donc l'image du corps peut tantôt intégrer le sujet et tantôt le désintégrer.*

Dolto nous apprend que le stade du miroir peut être symbolique ou être dé-symbolique pour l'image du corps. Cette seconde possibilité a été développée dans le cas présenté par Dolto dans son ouvrage avec Nasio, *L'enfant du miroir*, lorsqu'elle évoque une petite fille qui a voyagé avec ses parents et qui était restée dans la chambre d'hôtel, « la pièce était recouverte de miroirs et la plupart des meubles étaient glacés »¹⁹⁹, avec une personne qu'elle ne connaissait pas et qui ne parlait pas sa langue. Dolto nous rappelle qu'avant cette expérience elle était une enfant normale mais qu'après, elle est devenue schizophrène. Selon elle : « elle s'est perdue et morcelée en des bouts de corps visibles partout [...]. C'est terrible de voir comment l'expérience du miroir avait dissocié et éparpillé son être [...] l'image spéculaire peut tout aussi bien intégrer qu'abolir l'image inconsciente du corps. »²⁰⁰

À partir de ces études sur le stade du miroir et de la constitution du sujet et de son image, nous étudierons comment Dolto pensait que les pathologies de l'image du corps se produisaient.

¹⁹⁶ BIDAUD, E., « Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique », in : *Altérité et psychopathologie*, Paris : Nolin, 2011, p. 53.

¹⁹⁷ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984, p. 151.

¹⁹⁸ *Ibid.*, 153.

¹⁹⁹ DOLTO, F. et NASIO, J.-D., *L'enfant du miroir*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002, p. 71.

²⁰⁰ *Ibid.*, p. 71 et 72.

4.6 - Pathologie des images du corps

« Un être humain peut, sans avoir d'anomalies neuromusculaires ou neurovégétatives, s'être trouvé dans l'impossibilité de structurer sa première image du corps, et même de soutenir son narcissisme fondamental. Il suffit qu'il ait subi des ruptures dommageables du lien précoce avec sa mère, soit au cours de la vie fœtale symbiotique, soit au cours de sa vie de nourrisson, dans cette période où l'équilibre de la dyade mère-enfant est essentiel à son devenir humain. »²⁰¹

Les enfants psychotiques ont rarement un fonctionnement organique altéré. Le déclencheur d'une pathologie, selon Dolto, apparaît lorsque les pulsions de mort se mettent à prévaloir.

« La cohésion de trois composantes de l'image du corps, reliées entre elles par l'image dynamique, est synonyme de sécurité. Leur dissociation, au contraire, peut permettre aux pulsions de mort d'avoir la prépondérance sur les pulsions de vie. Cela nous signale au passage encore une autre modalité explicative possible de la pathologie clinique, celle qui correspond à une intervention directe, dominante, des pulsions de mort. »²⁰²

Pour nous, l'image du corps d'un psychotique peut se dissocier à partir du moment où il ne parvient pas à rendre compte de l'excès pulsionnel. Ainsi, pour se protéger de ce danger (excès pulsionnel), le sujet dissocie son image pour se défendre face à cette invasion

Selon Dolto, les premiers risques d'altération de l'image inconsciente du corps peuvent survenir dès la grossesse. Il existe, selon elle, un lien symbolique mère fœtus dans lequel les traces inconscientes de la mère sont mobilisées dans son affection destinée à l'enfant. Par exemple, une mère qui devient enceinte après avoir perdu un bébé et qui, lors de cette nouvelle grossesse, éprouve des sentiments très ambigus de joie et de tristesse. Chaque mouvement du bébé lui rappelle son bébé mort et provoque alors sa peur de perdre aussi ce bébé. Ce nouveau bébé reste, dans l'inconscient de la mère, collé à l'autre perdu. Ce collage peut avoir des effets très préjudiciables pour le bébé qui va venir au monde.

²⁰¹ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984, p. 209.

²⁰² GUILLERAULT, G., « Le principe de communication », in : *Le corps psychique : Essai sur l'image du corps selon Françoise Dolto*, Gédit : Ed. Universitaires Bégédis, 1989, p. 35.

Pendant la grossesse, la mère peut vivre des traumatismes psychiques qu'elle oubliera complètement par la suite mais qui, selon Dolto, peuvent être à l'origine d'enfants psychotiques dès la naissance. Ces traumatismes peuvent aussi provoquer des avortements naturels ou des naissances prématurées avec toutes leurs complications.

Il y a aussi des risques d'altération de l'image du corps de l'enfant, par exemple, lorsqu'il y a des complications pendant l'accouchement ou que la mère décède en couches. On ne peut pas généraliser mais quand une telle expérience surgit, cela peut occasionner l'élaboration de fantasmes meurtriers chez ce nouveau-né.

Beaucoup d'autres expériences peuvent aussi affecter et supprimer de façon soudaine la figure de la mère et le lien entre le bébé et celle-ci. Quand ce lien mère bébé est coupé de façon abrupte, le narcissisme de l'enfant sera endommagé. Comme nous pouvons le voir dans la citation suivante :

«Dans le cas de schizophrènes, cette potentialité de symboliser l'image du corps a été interrompue à une certaine époque, et comme il n'y a pas de mots venant de la personne avec qui la relation était structurante, dans la relation d'amour, l'enfant symbolise pour lui-même tout ce qu'il vit, dans un code qui n'est pas communicable.»²⁰³

Les psychotiques, selon Dolto, émergent dans une impossibilité de communication et plongent dans une solitude psychique « hors » du langage, sans échange de perceptions avec l'autre et sans paroles « symbolisantes ».

Nous pensons que l'image du corps d'un sujet psychotique peut être endommagée ou effacée lorsque le sujet rencontre une situation de vie qui le renvoie à un élément symbolique qui n'a pas été symbolisé par lui au moment de sa constitution psychique et corporelle²⁰⁴.

Dolto nous aidera à aborder la question du corps chez les psychotiques et les concepts de Lacan que nous travaillerons dans la deuxième partie. Selon elle, l'image inconsciente du corps commence à être construite avant la naissance (*in utero*) par le lien symbolique entre la mère et le fœtus et devient inconsciente à partir de la castration. Dans cette conception du corps, l'image de celui-ci est tantôt de l'ordre imaginaire - l'assomption d'un sexe, d'un Moi, d'une identité -, tantôt de l'ordre symbolique - elle se modifie à partir de la relation du sujet au langage. Selon nous, elle pourrait aussi être de l'ordre du « réel », car au moment où elle

²⁰³ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984, p. 42.

²⁰⁴ Comme nous le verrons dans le premier chapitre de la partie suivante, avec le complexe de l'Œdipe.

devient inconsciente, quelque chose se perd. Comme nous le verrons avec Lacan, il y a toujours une partie de l'image de notre corps qui n'est pas « spécularisée » et qui reste en dehors du symbolique et de la représentation.

5 - Le corps pour Lacan a des coordonnées : symboliques, imaginaires et « réelles »

« Le corps n'est pas pour le sujet humain quelque chose dont la représentation se donne comme assurée. »²⁰⁵

Les développements théoriques du stade du miroir sont des points centraux de l'enseignement de Jacques Lacan : « quand il publia ses Écrits, en 1966, il affirma encore avec force que (ce) terme avait toujours servi de pivot à l'élaboration de son système de pensée. »²⁰⁶

Il développe sa théorie et la reformule tout au long de son œuvre (séminaires oraux et écrits). Nous n'allons pas développer toutes ces élaborations mais seulement ce qui nous considérons être fondamental pour réfléchir à la question de l'acquisition d'un corps psychique et à la problématique de la constitution du corps chez les psychotiques. Les trois temps de ses élaborations au long de ses enseignements sont les suivants : le premier marqué par l'importance donnée à l'imaginaire ; le deuxième au symbolique ; et le troisième au « réel ».

5.1 - Stade du miroir moment d'acquisition d'un espace psychique et corporel

En 1949, J. Lacan fait sa présentation sur « *le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* » au XVI^e Congrès international de psychanalyse, à Zurich, devenu éminemment connu dans les milieux

²⁰⁵ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p 127.

²⁰⁶ RODINESCO, E., *Jacques Lacan : Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, Paris : Fayart, 1993, p.156. La parenthèse a été ajoutée par nous.

psychanalytiques. Il commence sa présentation en disant que le sujet qu'il allait aborder (le stade du miroir) l'avait déjà été treize ans auparavant²⁰⁷.

« La conception du stade du miroir que j'ai introduite à notre dernier congrès, il y a treize ans, pour être depuis plus ou moins passée dans l'usage du groupe français, ne m'a pas paru indigne d'être rappelée à votre attention : aujourd'hui spécialement quant aux lumières qu'elle apporte sur l'expérience du Je dans l'expérience que nous donne la psychanalyse. »²⁰⁸

Le premier théoricien à présenter une théorie sur l'importance du miroir pour la constitution de l'individu a été Henri Wallon (1934). Il développe, dans *Les origines du caractère chez l'enfant*²⁰⁹ l'épreuve du miroir chez l'enfant : moment où l'enfant parvient graduellement à reconnaître comme étant sienne l'image reflétée dans le miroir. Lacan reprendra ce concept.

H. Wallon, comme psychologue, parle de l'épreuve du stade du miroir par le biais de la conscience, moment où le bébé acquiert cette image spéculaire, imaginaire et passe dans le symbolique. Comme Bertrand Ogilvie le formule, l'épreuve du miroir est une prise de conscience par l'enfant de son corps :

« Dans le cas du miroir, il s'agit pour l'enfant de "réussir à unifier son moi dans l'espace" ; la notion de corps propre est un cas particulier de la psychogenèse, mais par l'époque de sa formation, elle devance les autres, car il n'y en a pas qui soit comme elle plus indispensable aux progrès ultérieurs de la conscience [...] la rencontre de l'image dans le miroir est avant tout une expérience décisive provoquée par le psychologue pour découvrir la manière dont l'enfant surmonte peu à peu ses déficiences et conquiert un apport adulte normal, avec sa propre réalité et la réalité en général. »²¹⁰

Le développement théorique de H. Wallon décrit les comportements des enfants face à leur image dans le miroir. L'enfant confronté à cette image la reconnaît comme étant la sienne

²⁰⁷ Cette présentation, différente de celle de 1936, a été publiée la même année dans la Revue Française de Psychanalyse, n°4 et en 1966 a été inclus dans les Écrits.

²⁰⁸ LACAN, J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique » (1949), in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 92.

²⁰⁹ WALLON, H., *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris : PUF, 1976.

²¹⁰ OGILVIE, B. « Le stade du miroir », in : *Lacan, la formation du concept de sujet*, Paris : PUF, 1987, p. 101.

et acquiert la notion de corps propre, de sa forme. Cette reconnaissance lui permet de s'organiser psychiquement.

« En 1931, Henri Wallon donna le nom d'épreuve du miroir à une expérience par laquelle un enfant, mis devant un miroir, parvient progressivement à distinguer son corps propre de l'image reflétée de celui-ci. Cette opération dialectique s'effectue selon lui grâce à une compréhension symbolique par le sujet de l'espace imaginaire dans lequel se forge son unité. Dans la perspective wallonienne, l'épreuve du miroir spécifie le passage du spéculaire à l'imaginaire ; puis de l'imaginaire au symbolique. »²¹¹

Dans ses observations, il décrit les comportements des enfants et leurs changements comportementaux et affectifs suite à la reconnaissance de leur image. Il développe l'idée que l'acquisition de cette image leur permet de dépasser l'état d'insuffisance organique pour acquérir une identité et une représentation corporelle.

J. Lacan, au contraire de Wallon, soutient que le stade du miroir permet une transformation d'ordre psychique : c'est le moment même de la constitution de cet espace interne, l'inconscient.

« Le stade devient une opération psychique, voire ontologique, par laquelle se constitue l'être humain dans une identification à son semblable [...] le stade du miroir est ainsi le moment où l'état durant lequel l'enfant anticipe la maîtrise de son unité corporelle par une identification à l'image du semblable et par la perception de son image dans le miroir. D'ores et déjà, Lacan fonde sa conception du stade du miroir sur celle, freudienne, du narcissisme primaire. Ainsi se construit la structure narcissique du moi pour élément central l'imgo du double. Quand le sujet reconnaît l'autre, sous la forme d'un lien conflictuel, il parvient à la socialisation. »²¹²

En 1938, à partir de la demande d'Henri Wallon, J. Lacan écrit *Les Complexes familiaux*, publié en 1938 dans l'*Encyclopédie française*.

²¹¹ ROUDINESCO, E., « Jacques Lacan : Le stade du miroir », in : *L'analyse, l'archive*, Paris : Bibliothèque Nationale de France, 2001, p.33.

²¹² *Ibid.*, p.34.

Lacan développe et retravaille plusieurs fois sa théorie du stade du miroir pour réfléchir à la question du moment structurant du sujet, du *Je*²¹³ et de la reconnaissance par le bébé, encore dans un état prématuré (d'incoordination motrice), de son image dans une unité corporelle. Cette identification à son image est le socle de la matrice du Moi. Ce premier temps du développement du stade du miroir par Lacan est inspiré de la théorie de Freud sur le narcissisme, étant donné que cette prise de conscience d'une image totale par le nourrisson est vécue avec jubilation (investissement libidinal du sujet sur cette image, dans le Moi) : c'est donc une identification d'ordre imaginaire.

Lacan date l'état de la prématurité organique de tout être humain à la naissance.

« J'ai appelé la *prématuration de la naissance* chez l'homme, autrement dit l'incomplétude et le "retard" du développement du névraxe pendant les six premiers mois. Phénomènes bien connus des anatomistes et d'ailleurs manifestes, depuis que l'homme existe, dans l'incoordination motrice et "équilibratoire" du nourrisson. »²¹⁴

Cette prématurité offre la possibilité au nourrisson d'avoir des inscriptions psychiques et ainsi de se constituer un espace interne (psychique). Le manque d'un objet dans une situation déterminée, comme le sein maternel lorsque le nourrisson a faim, permet la création d'un espace entre la demande du bébé et la réponse de la mère, ce qui lui permet de symboliser²¹⁵ et d'introjecter cette image.

« Le complexe est dominé par des facteurs culturels : dans son contenu, représentatif d'un objet ; dans sa forme, lié à une étape vécue de l'objectivation ; enfin dans sa manifestation de carence objective [...] les complexes se sont démontrés comme jouant un rôle "d'organiseurs" dans le développement psychique. »²¹⁶

Il démontre la dépendance de l'être humain, à la naissance, aux soins d'un autre (les premières personnes qui s'occupent de l'enfant). Ces premières rencontres permettent les

²¹³ Comme nous dit Roudinesco : « Lacan cherche non pas seulement à relier la deuxième topique freudienne (Ça, Moi, Surmoi) à un Je, mais une théorie philosophique du sujet à une théorie freudienne et hégéliano-kojévienne du sujet du désir. De là, ensuite, il passera à la notion de sujet de l'inconscient ». *Ibid.* p. 29.

²¹⁴ LACAN, J., « Propos sur la causalité psychique », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 185.

²¹⁵ Comme nous l'avons vu avec les théories de Donald Winnicott, les allers et retours de la mère, le maternage suffisamment bon qui offre un espace entre le temps de la demande et de la réponse, ce manque, ouvrent l'espace pour la symbolisation. Le fameux espace potentiel, l'espace entre.

²¹⁶ LACAN, J., « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu : Essai d'analyse d'une fonction en psychologie » (1938), in : *Autres Écrits*, Paris : Seuil, 2001, p.28 et 29.

premières inscriptions psychiques que Lacan appelle *imago*²¹⁷. L'organisation du sujet et de son monde est liée à ses inscriptions psychiques.

Ces inscriptions de traits mnésiques s'organisent selon J. Lacan dans ce qu'il appelle *complexes*.

« Une forme de causalité la fonde qui est la causalité psychique même : l'*identification*, laquelle est un phénomène irréductible, et l'*imago* 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. »²¹⁸

Dès la naissance le nourrisson reçoit des stimuli qui demandent des réponses ; c'est de cette manière que le complexe de l'enfant s'organise. Ici nous remarquerons la relation entre cette théorie de J. Lacan et le corps pulsionnel de S. Freud. La façon dont le sujet répond et se défend du Ça influence l'organisation psychique du sujet et ses rapports aux autres et à lui-même.

Nonobstant un premier moment, le nourrisson n'a pas de contrôle ni de symbolisation de ses forces internes (Ça) ; Lacan compare cela à une image du corps morcelée. Donc, dans un premier temps, avant le passage par l'état du miroir, le nourrisson se retrouve dans un état « désemparé », d'angoisse primordiale.

« La discordance, à ce stade chez l'homme, tant des pulsions que des fonctions, n'est que la suite de l'incoordination prolongée des appareils. Il en résulte un stade affectivement et mentalement constitué sur la base d'une proprioceptivité qui donne le corps comme morcelé : d'une part, l'intérêt psychique se trouve déplacé sur des tendances visant à quelque recollement du corps propre ; d'autre part, la réalité, soumise d'abord à un morcellement perceptif, dont le chaos. »²¹⁹

²¹⁷ L'imago est la représentation imaginaire que le sujet se construit de lui-même et aussi l'image qu'il a de ses parents. « Le premier effet qui apparaisse de l'imago 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 » (LACAN, J., « Propos sur la causalité psychique », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p.180). L'imago c'est ce qui permet la formation d'un trait psychique.

²¹⁸ LACAN, J., « Propos sur la causalité psychique », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 187 et 188.

²¹⁹ LACAN, J., « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu : Essai d'analyse d'une fonction en psychologie » (1938), in : *Autres Écrits*, Paris : Seuil, 2001, p. 41 et 42.

Selon Lacan, la pré maturation biologique du nouveau-né génère un sentiment de « corps morcelé », fragmenté et c'est à partir de l'identification à l'image que le corps s'unifie. Mais ces images du chaos psychique, avant le stade du miroir, marquent les sujets.

« Ce sont les images de castration, d'éviration, de mutilation, de démembrement, de dislocation, d'éventrement, de dévoration, d'éclatement du corps, bref, les *imagos* que j'ai groupées sous la rubrique qui paraît bien être structurale, d'*imagos du corps morcelé*. [...] Il faut feuilleter un album reproduisant l'ensemble et les détails de l'œuvre de Jérôme Bosch pour y reconnaître l'atlas de toutes ces images agressives qui tourmentent les hommes. »²²⁰

La fonction du *Je* et l'assomption de l'image spéculaire du corps sont pensées par Lacan comme étant la matrice symbolique. Ces conquêtes de l'enfant face au miroir sont ses premières inscriptions psychiques. Ces élaborations montrent la fonction de ce stade comme étant cruciale à la constitution subjective et contenance du chaos pulsionnel.

Pendant le premier temps de son enseignement sur le stade du miroir, Lacan se fonde sur les élaborations de Sigmund Freud dans sa deuxième topique : le Moi, le Ça et le Surmoi, en ajoutant un quatrième terme le *Je*, comme étant le sujet inconscient, le sujet du désir. Il soutient que le Moi est une identification du sujet, le : « Moi ainsi constitué dans son statut imaginaire »²²¹.

Selon Roudinesco : « Lacan inaugurerait, à la manière de Freud, un mode de pensée topique, qui se retrouvera tout au long de son trajet intellectuel. »²²²

Le stade du miroir est un moment essentiel pour que le nourrisson parvienne à unifier son Moi dans un espace contenant, dans cette image corporelle. Ce moment est structurant, car il marque le psychisme par l'identification du sujet à son image et aux autres (semblables) : « Il suffit de comprendre le stade du miroir comme une identification au sens plein que l'analyse donne à ce terme : à savoir la transformation produite chez le sujet, quand il assume une image. »²²³

²²⁰ LACAN, J., « L'Agressivité en psychanalyse », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 104.

²²¹ LACAN, J., « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : "Psychanalyse et structure de la personnalité" » (1938), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 154.

²²² ROUDINESCO, E., *Jacques Lacan : Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, Paris : Fayard, 1993, p. 72.

²²³ LACAN, J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique » (1949), in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 93.

Le terme identification est une notion psychanalytique présente dès S. Freud et selon E. Roudinesco et M. Plon c'est le processus fondamental pour la constitution du sujet, à partir de son identification aux traits des autres, de ses semblables :

« L'identification est d'abord située par lui dans le registre imaginaire durant la phase du stade du miroir. Elle ponctue ensuite les trois temps de la conception lacanienne de l'Œdipe, sous la forme d'une identification à ce qui est pensé être le désir de la mère, puis sous celle de la découverte de la loi du père, et enfin par la symbolisation de cette loi, qui a pour effet d'attribuer sa vraie place au désir de la mère et d'autoriser les identifications ultérieures, constitutives du sujet. »²²⁴

L'identification du nourrisson à son image lui permet la reconnaissance de cette superficie corporelle²²⁵ et la formation d'un espace contenant : « le corps comme contenant »²²⁶. C'est un moment fondamental et structurant de la constitution de la réalité, de la subjectivité et du Moi.

L'enfant s'identifie à l'image qui lui vient de l'extérieur, ce qui démontre le côté aliénant de cette identification imaginaire mais en même temps cette assomption de l'image par l'enfant lui permet la constitution du Moi.

« Le sujet ne se distingue pas de l'image elle-même [...] l'image ne fait qu'ajouter l'intrusion temporaire d'une tendance étrangère. Appelons-la intrusion narcissique : l'unité qu'elle introduit dans les tendances contribuera pourtant à la formation du Moi. Mais, avant que le moi affirme son identité, il se confond avec cette image qui le forme, mais l'aliène primordialement. »²²⁷

« La nature de l'agressivité chez l'homme est sa relation avec le formalisme de son moi et de ses objets. Ce rapport érotique où l'individu humain se fixe à une image qui

²²⁴ ROUDINESCO, E., PLON, M., *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris : Fayard, 1997, p. 479.

²²⁵ « Le Moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface ». (« le Moi et le Ça » in : *Sigmund Freud Œuvres Complètes*, Paris : PUF, 2003, p. 270) ; « le Moi est finalement dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps ». (« le Moi et le Ça » in : *Sigmund Freud Œuvres Complètes*, Paris : PUF, 2003, p. 270).

²²⁶ LACAN, J., « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : "Psychanalyse et structure de la personnalité" » (1938), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 153.

²²⁷ LACAN, J., « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu : Essai d'analyse d'une fonction en psychologie » (1938), in : *Autres Écrits*, Paris : Seuil, 2001, p. 43.

l'aliène à lui-même, c'est là l'énergie et c'est là la forme d'où prend origine cette organisation passionnelle qu'il appellera son Moi. »²²⁸

Le passage de ce corps que Lacan appelle « corps morcelé » à un corps plus unifié, passe par un moment de structuration du sujet que Lacan appelle transitivity. Le transitivity est donc un phénomène de la constitution subjective, pendant lequel il y a une indétermination entre ce qui est moi et ce qui est l'autre (double), une confusion entre le moi et l'autre.

« La forme totale du corps par laquelle le sujet devance, dans un mirage, la maturation de sa puissance, ne lui est donnée que comme Gestalt, c'est-à-dire dans une extériorité où certes cette forme est plus constituante que constituée, mais où surtout elle lui apparaît dans un relief de stature qui la fige et sous une symétrie qui l'inverse [...] le rôle de l'appareil du miroir dans les apparitions du double où se manifestent des réalités psychiques, d'ailleurs hétérogènes. »²²⁹

Lacan parle de l'intérêt que montre le nourrisson face à son image : « l'image d'un autre lui-même »²³⁰. Nous pouvons percevoir cet intérêt par le comportement et les gestes du bébé face à son image dans la glace.

Selon B. Ogilvie, J. Lacan s'intéresse :

« au moment où il commence, où l'enfant ne sait pas encore, mais il cherche à savoir, et, très précisément, aux effets produits sur lui par le fait de se chercher dans une image [...] sans d'une recherche de soi [...] c'est un monde de formes qui façonnent d'abord le sujet dans la forme d'une extériorité à lui-même [...] dans cette expérience qui le relève comme un pur comportement de fascination à l'égard de l'image, épreuve qui lui donne aussitôt la forme contournée d'un rapport à soi qui passe par un rapport à l'autre. »²³¹

²²⁸ LACAN, J., « L'Aggressivité en psychanalyse », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 112.

²²⁹ LACAN, J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique » (1949), in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 94.

²³⁰ OGILVIE, B. « Le stade du miroir », in : *Lacan, la formation du concept de sujet*, Paris : PUF, 1987, p. 102.

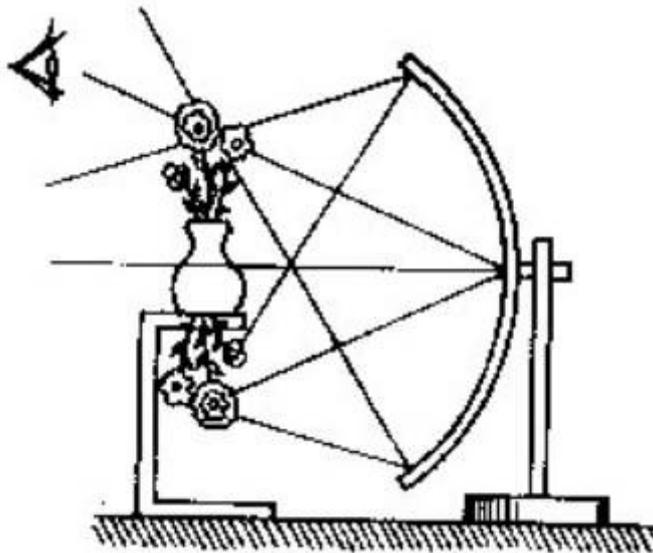
²³¹ *Ibid.*, 104 et 105.

Lacan parle de ce moment important de la reconnaissance de l'image par l'enfant, comme si cette image était déjà là, comme le développe aussi F. Dolto²³². Cette image est déjà en construction bien avant sa reconnaissance par le sujet, elle se constitue pendant les échanges affectifs²³³ entretenus avec l'autre, par le regard, la voix. Mais c'est au moment de la constatation du reflet de son image que l'enfant réalise une *gestalt* et unifie « tout Ça ». C'est ainsi qu'intervient l'importance des effets produits chez le sujet lorsqu'il assume son image. L'identification et la représentation de son corps (imaginaire), ainsi qu'une inscription subjective et symbolique donnent sens, interprètent la réalité interne et externe.

C'est le moment de l'inscription de la matrice du *Je*, de l'inconscient. En même temps que s'inscrit chez le sujet cet espace corporel, il se constitue aussi un espace psychique. La forme « totale » du corps du sujet, par cette *Gestalt*, permet l'amarrage d'une forme dans un ensemble.

5.2 - L'importance de l'Autre dans la constitution psychique et corporelle

Lacan introduit dans sa théorie du stade du miroir le schéma optique du physicien Henri Bouasse, en 1954 dans son séminaire nommé, *Les écrits techniques de Freud*. L'image ci-dessous, du schéma de Bouasse, est la métaphore des premières mises en place de la structure de l'appareil psychique qui permet au corps de se constituer.



²³² Mais pour elle cette image avant la reconnaissance de sa globalité, n'est pas une image de corps morcelé, comme Lacan le soutient.

²³³ Comme la relation affective entre mère et enfant où sont en jeu les sentiments de satisfaction et frustration, comme l'allaitement et le sevrage. Ces moments, s'ils sont investis libidinalement, laissent une trace, dépendant de la manière dont ils sont vécus par les deux.

« *Un lieu psychique* – il s’agit exactement du champ de la réalité psychique [...] Écartons aussitôt la notion de localisation anatomique. Restons sur le terrain psychologique et essayons seulement de nous représenter l’instrument qui sert aux productions psychiques comme une sorte de microscope compliqué, d’appareil photographique, etc. »²³⁴

Le miroir concave produit l’illusion de voir surgir un bouquet de fleurs qui se trouve caché du champ visuel de l’observateur qui aura l’illusion de le voir sur le vase. Pour cela, l’observateur doit se placer à une distance spécifique : « pour que l’illusion se produise [...], l’œil doit être dans une certaine position »²³⁵.

L’objet réel (de la réalité), qui est le vase, plus l’objet virtuel, qui sont les fleurs, vont donner par le miroir concave l’illusion de voir les fleurs comme formant une unité avec le vase. Cela donne l’impression à l’observateur de produire un « Un ». Ce n’est toutefois qu’une image.

Lacan présente le schéma de Bouasse comme une métaphore de la constitution de l’image corporelle. Pour que cette image se forme, le regard de l’Autre est important et pour cela, il faut que l’appareil psychique de la mère soit capable de créer une illusion anticipatrice²³⁶, c’est-à-dire qu’elle voit ce qui n’est pas là. La mère interprète le cri de son nouveau-né comme une demande :

« Les marques de réponse qui furent puissantes à faire de son cri appel. Ainsi restent cernées dans la réalité, du trait du signifiant ces marques où s’inscrivent le tout-pouvoir de la réponse. Ce n’est pas en vain qu’on dit ces réalités insignes. Ce terme y est nominatif. C’est la constellation de ces insignes qui constitue pour le sujet l’Idéal du Moi. »²³⁷

Le sujet est d’abord représenté dans le lieu de cet Autre, dans cet espace vide, c’est-à-dire dans le « réel » qui n’est pas encore représentable, comme nous pouvons l’illustrer avec l’exemple du bébé encore *in utero*, de F. Dolto. Ses parents font déjà beaucoup de spéculations : par exemple, le père dit qu’il aura les yeux de son frère et la mère dit qu’il sera aussi intelligent que son grand-père et ainsi de suite.

²³⁴ LACAN, J., « la topique imaginaire », in : *Séminaire I : Les écrits techniques de Freud* (1953-1954), Paris : Seuil, 1975 p. 89.

²³⁵ *Ibid.*, p. 94

²³⁶ C’est comme ce que nous avons vu avec Winnicott et sa théorisation sur « la maladie normale de la mère ».

²³⁷ LACAN, J., « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : "Psychanalyse et structure de la personnalité" » (1938), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 156.

C'est à partir de cet espace vide, qui n'a pas encore de représentation, que les parents vont pouvoir investir leurs libidos narcissiques sur cet enfant à venir : « avant d'exister en lui-même et pour lui-même, l'enfant existe pour et par autrui [...], il est déjà un pôle d'attentes, des projets, d'attributs [...] c'est-à-dire de signifiants plus ou moins liés en un discours. »²³⁸

Le montage : l'objet réel et l'image virtuelle sont une illusion. L'illusion c'est l'image du corps, car elle est constituée par quelque chose qui est là, l'organique et d'un autre qui n'est pas là qui viendra à partir du regard parental. L'image existe à partir d'une représentation parentale. L'image n'est que la représentation anticipatrice, une image idéalisée par les parents, car ce nouveau-né représente pour eux l'objet d'amour et d'investissement libidinal :

« Retrouver là où il se trouve d'abord dans l'Autre anticipé comme sujet, c'est-à-dire éliidé par les signifiants qui l'ont appelé : il le retrouvera au titre des marques élémentaires de la réalité, que Lacan nomme « insignes » parce qu'elles portent les traits des premiers symboles sous lesquels l'Autre c'est d'abord signalé. »²³⁹

Lacan réalise avec son stade du miroir, comme Freud l'a initié, le passage du narcissisme primaire au narcissisme secondaire comme moment important pour la constitution de l'image du corps et la formation du *Je*. Pour rendre possible ce passage, la question du désir de l'Autre joue un rôle central, l'Idéal du Moi (l'investissement narcissique des parents sur cet enfant). L'Autre permet au sujet de s'organiser comme une unité : « L'Autre qui garantit une origine, un socle d'existence (être reconnu par l'Autre). »²⁴⁰

Dans son article *Remarques Daniel Lagache*, Lacan met au centre du schéma optique le grand Autre²⁴¹ en donnant de l'emphase à la dimension symbolique du stade du miroir. Donc l'aspect symbolique et imaginaire entre en même temps en jeu dans la constitution subjective et corporelle du sujet.

²³⁸ THIBIERGE, S., *L'image et le double, la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p. 80.

²³⁹ *Ibid.*, p. 83.

²⁴⁰ BIDAUD, E., « Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique », in : *Altérité et psychopathologie*, Paris : Nolin, 2011, p. 53.

²⁴¹ L'Autre est l'agent central de ce moment, comme constituant le sujet. L'Autre selon, CONDACK, M., *Para onde ir quando não se tem lugar? Histórico e conceitos básicos da Psicoterapia Institucional Francesa*, Mémoire de recherche, Université PUC-RIO (Brésil), p. 156 ce sont les discours et désirs des autres, de l'entourage du sujet, auxquels il s'identifie et introjecte. C'est comment les autres nous veulent ou nous voient, comme par exemple : la mère qui veut que sa fille soit bien élevée pour être bien acceptée par ses amis et copains, ou le compagnon qui nous veut comme ci ou comme ça. Ces sont tous les désirs des autres qui nous marquent, qui nous affectent sans que nous ayons conscience. Par contre, ils sont internalisés et dans plusieurs cas inconnus par nous-mêmes, mais marquent notre manière d'être.

Lacan, pour donner une continuité à sa présentation sur le schéma optique, ajoute le miroir plan au schéma de Bouasse, cela permettant alors d'illustrer le stade du miroir, ce moment où le sujet se reconnaît de manière jubilatoire dans l'image. Cette image spéculaire qu'il obtient ainsi, l'image de lui-même en tant qu'autre, sera son expérience de l'unité corporelle et va lui permettre d'avoir des rapports avec ses semblables.

« Les effets de l'assomption de l'image spéculaire, tels que nous avons cru pouvoir les interpréter dans le moment jubilatoire où elle s'observe électivement du 6^e au 18^e mois, se fondent sur une pré maturation perceptive inscrite dans une discordance du développement neurologique. »²⁴²

Selon Lacan, le miroir plan est la représentation du regard de l'Autre. Le miroir et le regard de la mère peuvent renvoyer à l'enfant, cette première image fondatrice de son unité. Car au moment du stade du miroir, l'enfant demande à l'Autre l'authentification de l'image qu'il voit dans la glace, c'est la reconnaissance de l'Autre qui permettra la constitution de son propre corps comme totalité et lui permettra d'intégrer ses fonctions motrices. C'est là qu'entre en scène l'aspect symbolique du stade du miroir, l'attestation des parents par un mot ou un geste qui lui permet d'assimiler cette image comme étant à soi et de l'intégrer :

« La reconnaissance de l'image ne se produit que sous la condition de l'identification d'un élément tiers dont Lacan situe l'occurrence au cœur du procès de l'identification spéculaire : cette occurrence permet d'inscrire l'image sous la marque du symbole, marque dont l'appel du regard au témoin entérine qu'elle est effectivement reconnue. »²⁴³

Selon Lacan, l'image se produit là où le sujet est déjà anticipé, dans les relations de langage : « la fonction de la parole, dans les déterminants que nous cherchons pour le ressort supérieur de la subjectivation »²⁴⁴. Comme nous l'avons vu avec F. Dolto, le bébé est dans le langage avant sa naissance. Marque symbolique dans le discours de l'Autre où le sujet n'est pas encore advenu, mais est déjà inscrit. Le sujet devient tel, car il est depuis sa naissance représenté par l'Autre. C'est pour cela que nous disons en même temps que l'image permet

²⁴² LACAN, J., « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : "Psychanalyse et structure de la personnalité" » (1938), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 152.

²⁴³ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p. 81).

²⁴⁴ LACAN, J., « Remarques sur le rapport de Daniel Lagache : "Psychanalyse et structure de la personnalité" » (1938), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 155.

l'entrée du sujet dans le symbolique et sa séparation à l'autre; elle est aussi aliénante dans le désir et l'Idéal de cet autre. « Ainsi est-il introduit à la représentation symbolique à la faveur de sa propre inadéquation entre : une place vide, celle de l'élimination qui le représente dans le discours de l'Autre, et le retour, à quoi s'ordonnera la réalité, de ces premiers insignes que le représentent. »²⁴⁵

Lorsque l'enfant est encore dépendant de l'Autre, le discours de la mère produit des marques initiales qui vont donner à l'enfant les premiers éléments grâce auxquels il pourra s'identifier. C'est là qu'intervient l'importance de la médiation du Grand Autre, vers lequel l'enfant se retourne en appel d'un consentement selon lequel cette image est bien son image.

« Si nous nous efforçons d'assumer le contenu de l'expérience de l'enfant et de reconstruire le sens de ce moment, nous dirons que, par ce mouvement de mutation de la tête qui se retourne vers l'adulte comme pour appeler son assentiment, puis revient vers l'image, il semble demander à celui qui le porte, et qui représente ici le grand Autre, d'entériner la valeur de cette image. »²⁴⁶

L'image était déjà là, mais l'inscription symbolique est seulement possible grâce au consentement de l'Autre, ce qui permettra à l'enfant la reconnaissance de son image : « L'importance accordée au retournement, à ce croisement des regards mère-enfant tient à la parole de la mère qui vient soutenir ce processus de reconnaissance : "Mais c'est bien toi, Pierre, qui est mon fils". Le visage procède une nomination. »²⁴⁷

Dans un premier temps il y aurait alors une négation de l'image par l'enfant, mais à partir de la confirmation de l'Autre, l'inscription psychique de cette image est possible. Les marques (les insignes) laissées par les signifiants permettent la consistance de cette image : « Le mode originel d'élimination signifiante que nous tentons ici de concevoir comme la matrice de la *Verneinung*, affirme le sujet sous l'aspect négatif, en ménageant le vide où il trouve sa place. »²⁴⁸

Dans cette théorie, la manière dont le nourrisson va envisager cet Autre joue un rôle décisif pour la mise en place de son corps, dans la constitution de ce que Freud appelle le narcissisme primaire. Le moment où l'Autre met l'enfant à la place d'un Idéal produisant

²⁴⁵ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p. 84.

²⁴⁶ LACAN, J., « Du cosmos à l'Unheimlichkeit », in : *Le Séminaire X : L'Angoisse* (1962 – 1963), Paris : Seuil, 2004, p. 42.

²⁴⁷ BIDAUD, E., « Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique », in : *Altérité et psychopathologie*, Paris : Nolin, 2011, p. 54.

²⁴⁸ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p. 143.

l'investissement libidinal sur cet enfant et la manière dont le nourrisson répond à cette place sont des éléments fondamentaux qui permettent la formation du corps.

Cette acquisition d'une représentation de l'image du corps permet à l'enfant de configurer une première forme, de situer ce qui est de lui et de l'extérieur: Cette unité corporelle permet au nourrisson de régler, pacifier son chaos pulsionnel : elle lui sert de défense. Cela n'intervient pas de la même manière dans le cas d'une névrose et dans le cas d'une psychose. Nous verrons quelles conséquences cela peut entraîner chez les psychotiques.

Les psychotiques n'ont pas cette nomination par un signifiant symbolique. Ainsi pour eux leur image du corps peut rester problématique (elle peut être de l'ordre du double, menaçante...), comme aussi leur rapport au langage. Chez les psychotiques, l'image du corps n'est pas garantie. De cette manière, nous pouvons apprendre par leur vécu corporel un peu plus sur l'image du corps et sa constitution.

5.3 - L'objet a dans le schéma optique

Le sujet est marqué par le signifiant primordial qui vient de l'Autre. À partir du moment où il y a cette inscription, il y a aussi une perte. Ce qui se perd c'est l'*objet petit a*, non spécularisable et non symbolisé : « Tout l'investissement libidinal ne passe pas par l'image spéculaire. Il y a un reste. [...] Cela veut dire que, dans tout ce qui est repérage imaginaire, le phallus viendra dès lors sous la forme d'un manque. »²⁴⁹

Lacan, dans son séminaire *Angoisse*, différencie le concept de l'*objet petit a* de celui de l'objet de la philosophie. Ce dernier est spécularisable et palpable, cependant que la notion de l'*objet petit a* développée par Lacan est ce qui n'est pas spécularisable : « le a, qui est ce reste, ce résidu, cet objet dont le statut échappe au statut de l'objet dérive de l'image spéculaire »²⁵⁰.

Lacan introduit dans son schéma optique la dimension non spécularisable, ce qui reste en dehors du miroir c'est l'*objet petit a* et le phallus. L'*objet petit a* ne rentre pas dans l'image spéculaire, dans l'imaginaire narcissique, mais il est fondamental pour la constitution de l'image : « l'objet a [...] son incidence sur la consistance ou délitement de l'image »²⁵¹. Le manque et la castration sont présents dans le stade du miroir de Lacan.

²⁴⁹ LACAN, J., « Du cosmos à l'Unheimlichkeit », in : *Le Séminaire X : L'Angoisse* (1962 – 1963), Paris : Seul, 2004, p. 50.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 51.

²⁵¹ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p. 96.

Cette notion est inspirée du concept freudien de l'angoisse, de son texte *L'inhibition, symptôme et angoisse*²⁵². Il se base aussi sur le texte « l'inquiétante étrangeté »²⁵³ de Freud, sur sa notion d'« *Unheimlich* », l'étrange/familier : « Cet objet a [...] c'est lui dont il s'agit partout quand Freud parle d'objet à propos de l'angoisse. »²⁵⁴

L'*objet petit a* représente cet objet que le sujet perd (oublie ou refoule) et qui n'a pas de sens ; il ne s'inscrit pas dans le langage. Lacan élabore qu'il y a une perte chez le sujet lorsqu'il entre dans le langage :

« Cet objet a une particularité dans la psychanalyse, Freud l'affirme dès le début, qui est d'être un objet *radicalement perdu*. La mère, comme en témoigne le jeu du *fort-da*, par ce "coup de ciseau dans le réel" dû à la symbolisation, est un objet perdu dont l'objet a ne constitue qu'un reste, qu'un fragment. Cet objet n'est pas perdu à cause de son départ, mais par le fait de l'opération de symbolisation. »²⁵⁵

La voyelle a, au début de l'élaboration du schéma du stade du miroir, représentait pour J. Lacan l'autre imaginaire (le semblable) et l'objet spéculaire. À partir « du *Désir et son interprétation*, la lettre a passe à représenter l'objet cause de désir, non "spécularisable" »²⁵⁶. Porge continue un peu plus loin : « l'objet petit a, soit tour à tour ce qui divise le sujet et ce qui l'unifie »²⁵⁷.

Au moment du stade du miroir, la fonction du manque chez l'Autre parental est fondamentale. Le support de la mère pour l'apparition de cette image chez l'enfant dépend du rapport de la mère au phallus²⁵⁸, à son propre manque :

« l'importance du processus de subjectivation, tient au fait que la mère puisse non seulement représenter qu'elle manque de quelque chose, mais aussi indiquer en quoi ce manque se symbolise, en référence à l'instance phallique et à la fonction paternelle. C'est en effet par la dimension de la toute-puissance qui est initialement celle de

²⁵² Freud soulève dans ce texte que la peur n'a pas d'objet.

²⁵³ FREUD, S. « L'inquiétante étrangeté » (1916), in : *Sigmund Freud L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris : Gallimard, 1985.

²⁵⁴ *Ibid.*, p. 51.

²⁵⁵ VANIER, A., *Lacan*, Paris : Les Belles Lettres, 1998, p. 72.

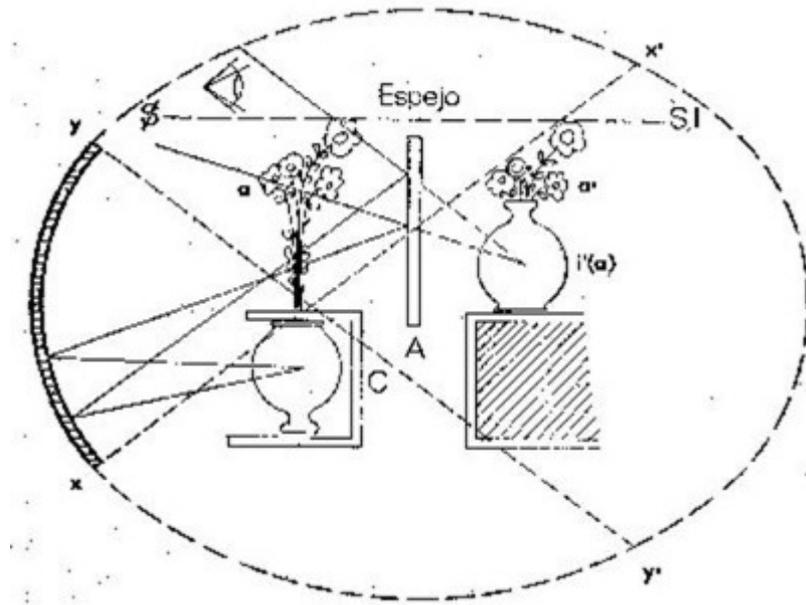
²⁵⁶ PORGE E., « les inventions reconnues pour telles par Lacan » in : *Jacques Lacan, un psychanalyste*, Toulouse : Érès, p. 174.

²⁵⁷ *Ibid.*, 176.

²⁵⁸ Objet de désir tiers qui n'est pas l'enfant, mais qui signale qu'elle est désirante et ainsi aussi manquante.

l'Autre se trouve chez elle entamé : elle s'avère désirante et, qui plus est, elle indique que ce désir se prête à la symbolisation. »²⁵⁹

Pour Lacan, ce que la mère envoie au bébé c'est son manque. L'enfant vient occuper au regard des parents la place de l'idéal



260

L'image virtuelle se forme derrière le miroir plan. Le regard de l'Autre est représenté par le miroir plan, ce qui ne peut se produire qu'avec l'incidence d'un manque phallique : « i(a), ce que j'ai appelé l'image réelle, image du corps fonctionnant dans le matériel du sujet comme proprement imaginaire, c'est-à-dire libidinalisée, le phallus apparaît en moins, comme un blanc [...] coupé de l'image spéculaire »²⁶¹.

Dans le schéma optique de Lacan, les fleurs cachées sous la table sont une métaphore de l'objet a, le reflet d'un manque qui gère l'investissement libidinal parental, qui est crucial pour la formation de l'image du corps et du psychisme.

Ce moment est crucial pour le rapport du sujet à l'image et pour l'assomption de cette image par le sujet. C'est le moment « d'insight configurant » de l'image spéculaire que Lacan situe comme élémentaire dans la configuration du Moi. L'assomption de l'image délimite le Moi et en même temps sa position subjective.

²⁵⁹ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p. 107.

²⁶⁰ Reprise faite par Lacan du schéma optique dans son séminaire sur l'Angoisse. 1^{ère} leçon, 28 novembre 1962.

²⁶¹ LACAN, J., « Du cosmos à l'Unheimlichkeit », in : *Le Séminaire X : L'Angoisse (1962 – 1963)*, Paris : Seuil, 2004, p. 50.

Il est important que la mère puisse transmettre sa propre dé-complétude. Ce manque symbolise l'instance phallique. Elle désire autre chose sexuellement en réduisant la toute-puissance de l'Autre, ce qui permet à l'enfant de médiatiser son rapport à l'Autre : le « désir de l'Autre se trouve tempéré du fait que ce désir, en tant qu'il désigne un manque, indique aussi un point d'arrêt »²⁶². Le manque permet la symbolisation, la constitution d'une représentation corporelle pour recouvrir ce manque.

Les psychotiques ne subissent pas l'incidence de ce manque, donc ils ne symbolisent pas la question du désir de l'Autre, qui leur reste énigmatique ; « les effets dans ce qu'évoquent les sujets psychotiques d'un corps sans cesse menacé de morcellement et de démembrement, c'est-à-dire effectivement sans abri face à sa constante désarticulation dans l'Autre »²⁶³.

Nous retrouvons dans cette théorisation sur le stade du miroir de Lacan le moment de nouement des trois registres, développés par Lacan, du discours humain le « réel », l'imaginaire et le symbolique. Donc, le stade du miroir est d'une grande complexité. Il exige des coordonnées non seulement imaginaires, mais aussi symboliques et réelles dans son rapport à la fonction de l'objet.

Le stade du miroir peut être donc considéré comme étant un « carrefour » structural, moment auquel l'individu se reconnaîtra comme sujet ou comme « objet » : « le schéma optique [...] vient au terme d'un développement entièrement consacré à la notion de structure »²⁶⁴. Comme aussi l'image inconsciente de F. Dolto qui est : « le médiateur de ces trois instances psychiques (Moi, Ça et Surmoi) [...] Je l'ai appelé l'image inconsciente du corps. »²⁶⁵ L'image inconsciente du corps est ce qui fait arrimage entre les trois instances psychiques du sujet et ce qui le tient dans son existence, comme sujet désirant et le moment du miroir vu comme une épreuve pour la constitution subjective du sujet.

La constitution d'un inconscient et de la représentation corporelle dépend de la position du sujet, s'il accepte la perte de *l'objet petit a* et l'entrée dans le langage.

Si le sujet reste dans l'axe imaginaire et n'accepte pas la perte de l'objet, ce qui se passe est la non-élaboration symbolique de son histoire et son vécu. Nous pouvons penser que c'est à cause de ce manque de symbolisation « nécessaire », et la « non-perte de l'objet » que

²⁶² THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p 108.

²⁶³ *Ibid.*, p 107.

²⁶⁴ *Ibid.*, p.73.

²⁶⁵ DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984, p. 8.

les psychotiques éprouvent des difficultés à soutenir leur image du corps d'une manière plus intégrée au moment où ils rencontrent cet élément symbolique non symbolisé.

Pour comprendre un peu plus cette question et le rapport du psychotique à son corps, nous développerons dans le chapitre suivant le complexe d'Œdipe selon S. Freud et J. Lacan, pour pouvoir élaborer les concepts clés qui nous aident à comprendre les psychoses ; le Nom-du-Père, l'objet petit a, le « réel » et la jouissance.

6 – G. Pankow et le travail avec l'image du corps chez les psychotiques

G. Pankow est une référence pour réfléchir à la question du corps chez les psychotiques. À partir de sa clinique avec des patients psychotiques, elle a mis au centre de ses théories la relation que ces sujets entretiennent avec leur corps et notamment le manque de dialectique entre le corps (comme un tout) et ses différentes parties. Ainsi la reconnaissance de leur image dans leur unité peut être compromise. La continuité et la présence de l'autre dans le traitement peut les aider à intégrer cette dynamique et permettre une certaine unité de leur image comme formant un tout. Selon elle, c'est à partir du travail sur l'image du corps que les psychotiques peuvent reconstituer la fonction symbolique.

Pour Pankow, l'image du corps pourrait être un repère au moment de poser un diagnostic et une pièce centrale pour le traitement.

Nous trouvons important de mentionner qu'elle fait la distinction entre la schizophrénie et la non-schizophrénie, ce qui veut dire que les névrosés peuvent aussi présenter des dissociations de l'image de leur corps. Selon Pankow, l'aspect premier du corps est le symbolique ou le langage. Il forme un tout, une *Gestalt* qui englobe le contenu et le sens. Chez les psychotiques, il sera détruit par une faille dans le symbolique et chez les névrosés, il sera déformé :

« La différence entre la névrose et la psychose consiste en ce que les structures fondamentales d'ordre symbolique, qui apparaissent au sein du langage et qui contiennent l'expérience première du corps, sont détruites dans la psychose, alors qu'elles sont simplement déformées dans la névrose. »²⁶⁶

²⁶⁶ PANKOW, G., *Structure familiale et psychose*, Paris : Aubier Montaigne, 1983, p. 117.

Selon elle, chez le schizophrène l'image du corps serait détruite, c'est-à-dire que la dynamique entre l'image dans sa totalité et ses parties serait perdue. Il peut perdre le rapport à son histoire, à son corps ou à ses notions spatio-temporelles. Cette perte du lien dynamique entre la totalité de son image et ses parties peut entraîner chez le schizophrène une rupture de continuité de son existence. Le traitement consisterait à les aider à rétablir cette dynamique entre les parties du corps et le corps dans sa totalité :

« Par le terme de dissociation, je définis donc une destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur [...] Si le malade peut, grâce à l'intervention thérapeutique, rétablir l'unité du corps détruit, il peut apprendre à l'habiter. Tout notre effort visera à réunifier ce dynamisme du corps, de façon à ce que celui-ci retrouve son image et entre dans le domaine du temps. »²⁶⁷

Les psychotiques ont des difficultés à arriver à un état d'isolement tranquille, à cause de cette non-intégration du corps, ils n'ont pas accès à l'espace potentiel, le sentiment d'existence de Winnicott. Ils sont fréquemment dans une position défensive vis-à-vis de l'autre, qui est presque tout le temps ressenti comme intrusif (à cause du manque de limites entre moi et l'autre).

La sensation d'avoir un risque constant d'intrusion du monde extérieur dans son intégrité arrive assez souvent chez les psychotiques, à cause d'un manque dans leur dynamique corporelle qui n'est pas mise en forme (*Gestalt*). D'après Pankow, ils se retrouvent donc dans une lutte, une tentative constante d'unifier leurs « brides » de corps. Notre fonction comme analyste, thérapeute, soignant, etc. est de les soutenir dans ce travail, pour que les patients psychotiques puissent « fabriquer » leur sentiment d'existence :

« Nous désignons sous le terme de structuration dynamique le processus qui consiste à restituer l'unité perdue de couches psychiques éparses. [...] le malade mental perçoit souvent un fragment, non pas comme partie, mais comme totalité [...] essayé de travailler à partir de ces fragments d'une expérience du corps, pour les intégrer comme parties à la totalité de l'image du corps. Si nous réussissons à mettre en relation les

²⁶⁷ PANKOW, G., *L'homme et sa psychose* (1969), Paris : Champs essais, 1993, p. 276.

unes avec les autres, les diverses parties de l'image du corps, alors le corps est "habitable". »²⁶⁸

Le travail de cette thèse est de penser comment les psychotiques peuvent se créer un bord, un corps plus unifié qui les soutiennent à une distance minimum de l'Autre, pour que progressivement ils puissent avoir un espace de tranquillité et un « sentiment d'existence ». Le projet thérapeutique du point de vue de Pankow consiste à contenir le processus dissociatif en permettant au sujet « d'habiter » son corps, de cette manière le sujet peut se créer une image plus consistante, globale de son corps. Ce travail thérapeutique passe par un repérage de la faille dans le symbolique de leur image du corps. Le traitement sert de support, mais c'est au propre patient de trouver les moyens de parvenir à une « réparation » de l'image de son corps. C'est un travail non seulement de la forme du corps vécu, mais aussi du sens et du contenu.

Perspective

Comme nous l'avons vu, à partir du XIX^e siècle, la médecine s'est fondée sur l'anatomie pathologique. Un corps, ainsi conçu, serait exclu de toute variabilité subjective. La psychanalyse va à l'encontre de cette conception du corps. Freud, à partir de sa clinique avec les hystériques, considère que les souffrances psychiques peuvent se manifester dans et par le corps du patient. Il parle d'un corps pulsionnel, érogène investi de libido et d'affect. Le corps pour lui est la projection d'une superficie psychique. Le moment du passage du narcissisme primaire au narcissisme secondaire, d'un corps fragmenté en plusieurs zones érogènes à un corps unifié, est primordial. Dolto, dans sa théorie de l'image inconsciente du corps, montre que le sentiment d'avoir un corps n'est pas une donnée mais une représentation psychique qui commence à se constituer préventivement et qu'elle a une importance fondamentale pour la constitution du sujet, son entrée dans le symbolique et son rapport aux autres et au lien social.

Pour Lacan comme pour Dolto, c'est au moment du stade du miroir que l'enfant reconnaît son image spéculaire, qu'il se perçoit dans une unité (*Gestalt*). C'est un moment pendant lequel le nourrisson est encore immature organiquement, il n'a pas encore maîtrisé son corps. L'image de soi vient donc dans un moment anticipatoire, où les ressentis du nourrisson (non intégrés, éparpillés,...) n'ont pas de liaison avec ce qu'il voit. L'acquisition

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 272.

de cette image est fondamentale pour qu'il puisse organiser même minimalement ce chaos pulsionnel et établir un écart entre le Moi, les autres et la réalité.

Pour Lacan, avant le stade du miroir, il y aurait chez le nourrisson un vécu de « corps morcelé », à cause de son immaturité organique et de son manque de coordination. Pour Winnicott, le nourrisson, après sa naissance, est dans un état de non-intégration. L'acquisition de ce corps psychique permet la formation d'un bord entre le Moi et l'Autre et est fondamentale pour diminuer l'angoisse de l'enfant.

Cela a lieu par la reconnaissance de son image par le nourrisson et c'est aussi par le fait d'avoir un autre, apaisant (sécurisant) à côté de lui ; cet autre exerce, dans ce premier temps, la fonction d'un espace contenant. L'importance de cet autre se retrouve dans les avancées théoriques de Freud, Winnicott, Dolto et Lacan. Ceci nous permet de développer la notion de construction, d'acquisition d'un corps pour la psychanalyse et son rapport avec la constitution subjective du sujet.

Ce processus de constitution du corps et du sujet se déroule autrement pour les psychotiques. Dans certains cas de psychoses, ils ne parviennent pas à acquérir cet espace contenant, tant psychique ou inconscient que corporel et peuvent avoir une limite floue entre le Moi et l'Autre, ce qui les « empêche » de délimiter, réguler leur pulsion. Ainsi le dysfonctionnement de l'image du corps peut être pensé comme une forme de défense contre l'invasion pulsionnelle. L'acquisition d'un corps est essentielle, car, elle a la fonction de protection, de contenir ces excès pulsionnels tant de l'intérieur du sujet que de l'extérieur.

Certains théoriciens soutiennent l'idée que chez les psychotiques, principalement dans la schizophrénie, il y aurait un dérèglement du stade du miroir ou un trouble du stade du miroir. Il y aurait, de ce fait, une régression du psychotique à un stade pré spéculaire. En conséquence, il ne pourrait pas dépasser le stade du miroir. Cette idée rejoint celle de Freud selon laquelle la psychose serait un désinvestissement de l'objet et un retrait dans le stade du narcissisme primaire ou, comme Mélanie Klein le soutient, une régression à un état primitif, schizoparanoïde.

Si les psychoses étaient une régression dans un état pré spéculaire, alors les psychotiques seraient dans une dissociation permanente, comme si, en raison de cette impossibilité à accéder au stade du miroir, ils restaient envahis par ce transbordement pulsionnel. Ceci va à l'encontre de certains cas cliniques que nous avons pu observer et que nous reprendrons dans la suite de ce travail. En effet, plusieurs psychotiques peuvent vivre une partie de leur vie « normalement » sans avoir de soucis apparents ; on observe même des

cas de « psychoses ordinaires »²⁶⁹, dans lesquels les sujets parviennent à suppléer à leur fissure constitutionnelle sans jamais avoir de décompensation. À l’opposé, nous voyons aussi des névrosés, ayant passé le stade du miroir, faire face à des dissociations de leur image corporelle.

Pour nous, les psychotiques passent par le stade du miroir, néanmoins comme nous le développerons par la suite, « un élément phallique » n’est pas symbolisé dans leur représentation psychique : quelque chose se passe dans le champ même du symbolique qui leur laisse une faille subjective ou une non-inscription psychique qui permettrait l’inscription de la Loi symbolique pour le sujet. L’image du psychotique peut se fragmenter lorsque le sujet rencontre une situation qu’il ne parvient pas à surmonter par ses moyens internes (inscriptions psychiques, symboliques) : « Le dédoublement spéculaire est en l’occurrence articulé chez le sujet à certains points de fragilité ou de défaillance dans l’ordre proprement symbolique. »²⁷⁰

Nous remarquons d’ailleurs, lorsque nous prenons en charge un psychotique que « quelque chose » de l’ordre du symbolique vient perturber son organisation : la dissociation de l’image corporelle chez les psychotiques est en relation avec leur fissure symbolique. Ceci est un point commun à toutes les théories que nous avons étudiées dans cette partie. C’est à partir de cette idée de « faille » que nous regarderons, dans la suite de ce travail, la spécificité des psychoses dans leur rapport au corps, au langage et au lien social.

²⁶⁹ MILLER J.-A., « La Convention mode d’emploi », in : *La Convention d’Antibes. La psychose ordinaire* (1998), Paris : Seuil, 2005, p. 230.

²⁷⁰ THIBIERGE, S., *L’image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Paris, Érès, 1999, p. 33.

**DEUXIÈME PARTIE - LE
CORPS ET LES
PSYCHOSES**

CHAPITRE 1 : FONDEMENTS CLINIQUES ET PSYCHANALYTIQUE SUR LES PSYCHOSES

Introduction

« Qu'est-ce que la folie ? » question que nous a posé un jour un patient, dans une clinique psychiatrique. Que lui répondre ?

La folie a presque toujours été entourée de préjugés et de peurs dans l'Histoire, considérée comme un châtiment de Dieu, comme une possession démoniaque, etc.

La conception de maladie mentale n'est pas très ancienne, de même que la recherche de sa guérison qui a entraîné des traitements cliniques et médicamenteux²⁷¹.

La psychose expliquée comme facteur organique et le corps comme une donnée sont des éléments importants de notre problématique et nous pensons qu'ils sont liés à la rencontre avec le « réel » que la psychose peut susciter. Cette rencontre peut nous perturber et nous bouleverser, car elle peut toucher nos vécus corporels les plus archaïques, refoulés, qui restent marqués dans nos corps : « au cœur de chacun de nous, il y a la place pour le rejet de la folie, c'est-à-dire pour le rejet de notre propre refoulé »²⁷². Lorsque le sujet se retrouve face à « quelque chose » de l'ordre de l'irreprésentable, l'apparition du « réel », cela suscite un sentiment d'« inquiétante étrangeté » chez lui. Ce sentiment coïncide pour Freud avec le sentiment d'angoisse²⁷³ : « à proprement parler, l'étrangement inquiétant serait toujours quelque chose dans quoi, pour ainsi dire, on se trouve désorienté »²⁷⁴.

Ce sentiment d'étrangeté développé par Freud est en relation avec « quelque chose » qui touche l'image spéculaire et la notion de reconnaissance ; cela est aussi étrange que familier : « l'inquiétante étrangeté est cette variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier »²⁷⁵.

²⁷¹ Nous allons développer tout cela dans le premier chapitre de la troisième partie de ce travail.

²⁷² VANIER, A., « Psychanalyse et antipsychiatrie », in : *L'esprit du temps/ Topique*, n° 88, 2004/3, p. 83.

²⁷³ FREUD, S. « L'inquiétante étrangeté » (1916), in : *Sigmund Freud L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris : Gallimard, 1985, p. 213.

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 216.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 215.

Pour nous, le sujet *a* un corps et il *n'est* pas un corps. C'est pour cela que pour réaliser un diagnostic différentiel il est important que nous prenions en compte la relation du sujet à son corps qui peut être vécu²⁷⁶ comme étant étranger au sujet :

« Avoir rapport à son corps comme étranger est certes une possibilité, qu'exprime le fait de l'usage du verbe *avoir*. Le corps, on l'a, on ne l'est à aucun degré [...]. Mais la forme, [...] du *laisser tomber* du rapport au corps propre est tout à fait suspect pour un analyste, car l'idée de soi comme un corps a un poids. »²⁷⁷

Les angoisses archaïques du vécu corporel chez les psychotiques peuvent nous enseigner sur notre relation aux objets et à notre propre corps : « De la même manière que les névroses de transfert nous ont permis de suivre les motions de pulsion libidinale, la *dementia praecox* et la paranoïa nous permettront de comprendre la psychologie du moi. »²⁷⁸

Il est difficile de préciser le terme de folie. Il nous amène à des notions comme la déraison, l'insensé, l'excès, qui sont en rapport avec les questions que nous allons travailler sur l'excès pulsionnel, le « réel », la jouissance qui ne sont pas délimités (représentés) par une symbolisation. C'est pour cela que nous avons choisi d'utiliser le terme psychanalytique de psychose qui serait un diagnostic donné au sujet qui se retrouve, sans protection, face aux forces pulsionnelles (de la jouissance) qui l'anéantissent.

Le corps, le Moi et l'identité viennent couvrir le « réel », l'impensable, l'innommable, l'irreprésentable du sujet et du langage. À travers leur délire²⁷⁹, les psychotiques tentent de rendre compte de ce « réel ». Comme les psychotiques peuvent dans la grande majorité des cas perdre les coordonnées de leur identité, ils restent sans barrière, sans protection pour faire face à ce « réel » et au désir de l'Autre.

Ainsi ils peuvent perdre la notion de temporalité et d'espace ou même ne pas en avoir à cause du manque d'une représentation corporelle, d'un espace que les tient. Ils peuvent vivre alors, dans un monde de bribes et de morceaux sans arriver à faire de liens entre eux, sans arriver à rassembler cette pluralité de signifiants, de sensations...

Nous préférons dire qu'ils ont un corps dissocié au lieu de dire qu'ils ont un corps morcelé, car chez les schizophrènes, le vécu corporel peut être dissocié presque tout le temps,

²⁷⁶ Comme nous allons voir dans les cas cliniques ici développés.

²⁷⁷ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 150.

²⁷⁸ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme*, Paris : Payot, p. 51.

²⁷⁹ Comme nous allons voir dans les cas cliniques ci-dessous et dans le prochain chapitre.

alors que les paranoïaques ont plus de ressources et peuvent arriver à donner plus d'unité à ces vécus corporels.

Maintenant, nous allons prendre appui sur la théorie freudienne et lacanienne du complexe d'Œdipe, pour comprendre ce qui se passe chez les psychotiques au moment de leur constitution psychique et corporelle, leur fissure structurale. Cette fissure serait responsable de la relation particulière que le psychotique entretient avec lui-même et avec l'Autre et permettrait de repérer un sujet psychotique, c'est-à-dire de réaliser un diagnostic différentiel.

1 - De la *Verdrängung* à la *Verwerfung* freudienne

1.1 - Le complexe d'Œdipe ; la *Verdrängung*²⁸⁰ et la *Verwerfung*²⁸¹

Freud a créé la psychanalyse à partir de sa clinique avec des hystériques mais il s'aventure aussi dans d'autres champs, comme celui des psychoses. Il s'interroge et développe quelques théories. Il croyait que l'analyse des questions de la psychose aiderait à mieux comprendre le fonctionnement psychique et l'analyse du Moi.

Nous verrons, avec ses essais théoriques sur les mécanismes de défense spécifiques des psychoses, les impasses et difficultés auxquelles Freud s'est heurté dans ses études. Et jusqu'à maintenant nous nous heurtons à des impasses dans les théories psychanalytiques pour aborder les psychoses. C'est l'impossibilité même du « réel » des psychoses.

Freud a théorisé sur les différences fondamentales entre la névrose et la psychose. Dans son concept de défense, il explique que la réussite ou l'échec de celle-ci sera responsable du « destin » du sujet, ce que Lacan reprend avec la différence structurale entre ces deux diagnostics différentiels.

N'importe quelle structure psychique a des difficultés à régler son désir et les limites imposées par la réalité. Chaque organisation psychique aura sa propre manière de faire, face à cela, sa propre « défense » : « pour la névrose comme pour la psychose, la question qui vient à se poser n'est pas seulement (celle) de la perte de la réalité, mais aussi celle d'un substitut

²⁸⁰ La répression ou refoulement ; exemple de la partie sur l'hystérie de Miss Lucy, qui refoule l'idée intolérable d'aimer son patron. C'est la mise à l'écart de la conscience de quelque chose de désagréable, d'une représentation indésirable par le sujet, de la disparition de l'objet. Freud dit que le vécu fondamental pour que le refoulement ait lieu est la constatation de la différence de sexes. Pour Freud, cela est vécu différemment chez la fillette et chez le petit garçon.

²⁸¹ L'exclusion ou rejection.

de la réalité »²⁸². La névrose remplace la réalité par ses fantasmes et son symptôme, la psychose par son délire et aussi par la création d'une suppléance ou d'un sinthome.

Alors pour Freud, chaque forme d'organisation psychique aurait un mode de défense spécifique.

Chez les névrosés, il y aura un refoulement²⁸³ (*Verdrängung*) des forces pulsionnelles (du Ça). Le refoulement dans les névroses obsessives est caractérisé par un déplacement des représentations, des idées et des sentiments hostiles envers les autres. Chez les névrosés hystériques, il y a un effacement des idées, des sentiments et représentations, afin de les étouffer, de les « taire ». Mais, comme dans tout processus de défense, il y a des failles et les idées et sentiments reviennent dans les symptômes (comme les symptômes corporels).

Les symptômes des névrotiques sont les « dérivés » du refoulé. Les formations symptomatiques sont les moyens qu'il a trouvés pour avoir accès à la conscience : « la névrose serait le résultat d'un conflit entre le Moi et son Ça, la psychose, elle, l'issue analogue d'un trouble équivalent entre le Moi et le monde extérieur »²⁸⁴.

Chez les névrosés, la scène, la situation angoissante, pour laquelle le sujet ne dispose pas de moyens internes (représentations) pour faire face, est éloignée de la conscience par le mécanisme de refoulement, alors que chez les psychotiques, cela se passe autrement²⁸⁵. Au lieu de cacher cela et de le refouler, il y aurait un refus de la réalité qui n'entre même pas dans les représentations psychiques du sujet psychotique : la *Verwerfung*, mécanisme par lequel le sujet ne veut rien savoir sur la castration :

« Nous savons quelle attitude notre patient avait d'abord adopté en face du problème de la castration [...] il la rejeta, le sens immédiat de cette expression est qu'il n'en voulut rien savoir au sens du refoulement [...] les choses se passaient comme si elle (la castration) n'existait pas. »²⁸⁶

Selon Freud, le mécanisme spécifique des psychoses est un rejet plus radical d'une réalité intolérable pour le sujet. C'est un mécanisme distinct de celui utilisé par les névroses, la *Verdrängung*, le refoulement :

²⁸² FREUD, S., « La perte de réalité dans la névrose et dans la psychose », in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1985, p. 303.

²⁸³ Le refoulement dérive des tendances morales et esthétiques introjecté par le sujet.

²⁸⁴ FREUD, S., « Névrose et psychose », in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 2008, p. 283.

²⁸⁵ La défense utilisée au début de sa vie, de sa constitution subjective est autre.

²⁸⁶ FREUD, S., « L'Homme aux loups », in : in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1984, p. 389.

« Il existe pourtant une espèce beaucoup plus énergique et efficace de défense. Elle consiste en ceci que le Moi rejette (*Verwirt*) la représentation insupportable en même temps que son affect et se comporte comme si la représentation n'était jamais parvenue au Moi. »²⁸⁷

En 1911, dans son analyse du cas Schreber, Freud soutient l'hypothèse que la psychose serait provoquée par la régression de la libido dans le Moi, le retrait de la libido de la réalité. Il n'y aurait pas d'équilibre pulsionnel mais un excès pulsionnel dans le Moi : « Il semble que ce malade, *Schreber* ait réellement retiré sa libido des personnes et des choses du monde extérieur. »²⁸⁸

Dans son article *La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose*, Freud affirme qu'il y a une perte de la réalité tant dans la névrose que dans la psychose mais cela se passe différemment dans chacune de ces deux organisations psychiques. Dans les organisations psychotiques, selon Freud, il y aurait d'abord une coupure du Moi avec la réalité extérieure qui serait comblée par « son désir » du Ça. Dans un deuxième temps, le sujet psychotique reconstituerait sa « perte de la réalité » par la constitution d'un délire. Le délire serait pour Freud une tentative de reconstruire ce monde, non symbolisé à cause de son désinvestissement affectif et son mécanisme de défense envers cette réalité insupportable pour le sujet et déniée par lui :

« Dans le cas de la psychose ; il y a là aussi 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 ; mais ce n'est pas au prix d'une restriction du ça, à la manière dont, dans la névrose, c'était au frais de la relation au réel ; la psychose emprunte une voie plus autocratique, elle crée une nouvelle réalité à laquelle, à la différence de celle qu'est abandonnée, on ne se heurte pas. »²⁸⁹

Donc, ce que les psychotiques ont rejeté va être remplacé par une autre réalité omnipotente, construite par eux-mêmes. La névrose ne dénie pas la réalité, au contraire elle ne veut pas la connaître, alors que la psychose la rejette ou essaye de la changer.

²⁸⁷ FREUD, S., « Les psychonévroses de défense » (1894), in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 2008, p. 12.

²⁸⁸ FREUD, S., « Pour introduire le narcissisme », in : *La vie sexuelle*, Paris : P.U.F., 1985, p. 82. Le mot en italique a été ajouté par l'auteur.

²⁸⁹ FREUD, S., « Les psychonévroses de défense » (1924), in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 2008, p. 300 et 301.

Autant chez les psychotiques que chez les névrosés, il y a une perte de la réalité. Néanmoins, les névrosés parviennent, par le refoulement et le fantasme qui en résulte, à créer une fiction d'eux-mêmes, une histoire et une illusion de leur image, de leur corps. Comme le dit brillamment Albert Einstein, « la réalité n'est qu'une illusion, bien que très tenace ». Ce qui fait que cette illusion est tenace serait le signifiant du Nom-du-Père.

Pour Freud, la « perte de la réalité » est un point crucial de la psychose. C'est l'action du Moi qui rejette la représentation insupportable, « comme si la représentation ne l'avait jamais abordé »²⁹⁰. La crise ou le déclenchement d'une psychose serait lié au moment où cette représentation rejetée touche le Moi.

Freud différencie la névrose de la psychose selon les différents mécanismes des défenses employées par chaque maladie (le refoulement serait celui utilisé par les névroses, tandis que chez les psychotiques il y aura un rejet (*Verwerfung*). Cependant, Freud n'a jamais catégorisé un concept précis pour expliquer le mécanisme de défense particulier des psychoses, mais il essaye de rendre compte de cette question tout au long de son œuvre.

Les concepts-clés pour comprendre la distinction entre la névrose et la psychose, pour la psychanalyse, sont ceux de la castration et du complexe d'Œdipe :

« Pour Freud, la réalité psychique n'est pas un système de représentations sans loi : la réalité de l'inconscient a un principe d'orientation qui s'appelle le complexe d'Œdipe et la fonction du père qui s'y révèle [...] le complexe de castration comme le roc indépassable contre lequel vient buter la psychanalyse. »²⁹¹

L'Œdipe serait le moment imaginaire crucial où la fonction paternelle vient interdire (prohiber) l'inceste, le désir de l'enfant de n'avoir la mère que pour lui. C'est le moment de l'inscription dans le psychisme du sujet d'une loi (symbolique).

Freud, dans son long texte *Totem et Tabou*²⁹², développe brillamment l'origine de la loi si nécessaire au développement d'une société, d'une culture et du sujet de l'inconscient.

L'objet amoureux qui viendrait imaginairement combler tout le désir du sujet et pourrait le satisfaire complètement, est pour toujours perdu. Néanmoins, cette idée, cette croyance, d'avoir un jour eu cet objet, amène le sujet à une recherche infinie de celui-là.

Le concept de *das Ding* de Freud, selon Lacan :

²⁹⁰FREUD, S., « Névrose et psychose », in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 2008, p. 285.

²⁹¹SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 61.

²⁹²FREUD, S., *Totem et Tabou* (1912 – 1913), Paris : Payot, 1992.

« Le Ding [...] c'est ce autour de quoi s'oriente tout le cheminement du sujet [...] au moindre de ses désirs [...] bien entendu, il est clair que ce qu'il s'agit de trouver ne peut pas être retrouvé. C'est de sa nature que l'objet est perdu comme tel. Il ne sera jamais retrouvé [...] das Ding, en tant qu'Autre absolu du sujet, qu'il s'agit de retrouver [...] Ce n'est pas lui que l'on retrouve, mais ses coordonnées de plaisir. »²⁹³

C'est le moteur du désir du sujet, ce qui le lance dans la recherche de l'objet qui pourrait mythiquement compléter le sujet. Recherche sans fin, vu que cet objet est pour toujours perdu. Le sujet cherche à retrouver cette rencontre avec l'objet *das Ding* (halluciné), qui peut-être n'a jamais eu lieu réellement. Mais il soutient l'espérance d'un jour pouvoir le retrouver.

Pour que l'enfant puisse symboliser, il est nécessaire qu'il y ait un refoulement originaire²⁹⁴. Cela signifie une expulsion première, un mécanisme névrotique de défense contre ce qui génère le déplaisir.

Le refoulement originaire aurait alors une fonction structurante pour le sujet. Freud enseigne qu'il y a une première phase du refoulement originaire : « sa nature consiste exclusivement à la repousser du conscient et à la tenir à l'écart [...] Nous estimons quant à nous que le refoulement et l'inconscient sont corrélatifs. »²⁹⁵ Il consiste en une interdiction faite au représentant de la pulsion d'entrer dans la conscience ce qui permet la formation de l'inconscient du névrosé.

Selon Freud, cette interdiction apporte à l'enfant les souvenirs de menaces vécues auparavant mais qu'il a niées. Mais, après son développement et ses remarques sur le manque du phallus chez l'autre, l'interdiction provoque la peur, car elle est envisagée par lui comme un danger. Nous citerons l'exemple du petit Hans et la menace de sa nounou de le castrer s'il continuait à jouer avec son pénis. L'interdiction est ressentie comme une menace de castration. L'enfant doit résister à ses envies dues aux exigences externes. Il est important de souligner qu'il y a l'idée d'une perte.

La perte de l'objet est la condition *sine qua non* à la constitution du sujet et de son corps.

La castration est le moment décisif où la réponse du sujet à cette frustration ira influencer sa structuration (névrose, psychose et perversion).

²⁹³ LACAN, J., « *Das Ding* », in : *Séminaire VII : L'éthique de la psychanalyse* (1959 – 1960), Paris : Seuil, 1986, p. 65.

²⁹⁴ FREUD, S., « Le refoulement », in : *Trois mécanismes de défense*, Paris : Payot & Rivages, 2013, p. 45.

²⁹⁵ *Ibid.*, p. 44.

Freud, dans ses articles sur la sexualité infantile, aborde la question de la primauté du phallus. Selon lui, tous les enfants, de n'importe quel sexe, attribuent un pénis à tous les êtres humains. Ils sont surpris lorsqu'ils se rendent compte de cette différence sexuelle, de la possibilité du manque de cet objet si estimé²⁹⁶. Et, dans un premier temps, il est difficile de croire à cette perception. Ils peuvent ou nier ce constat ou supposer que l'organe de la petite fille est encore très petit et qu'il grandira un jour.

Lorsque le Moi est encore au début de son développement, l'enfant est soumis à des interdictions de ses exigences pulsionnelles par la réalité. Selon Freud, la défense contre les forces pulsionnelles du Ça serait responsable de la névrose, tandis que la défense contre la réalité de la psychose (schizophrénie et paranoïa) serait le retrait de la libido. La conséquence pour les psychotiques sera le retrait de la libido du monde envers le Moi. Ainsi, il y aura ensuite une difficulté à investir les objets. Il y aurait une régression de la libido à l'auto-érotisme chez les schizophrènes et au narcissisme chez les paranoïaques. Et, l'impossibilité à s'adapter aux exigences externes et celles du Ça est responsable tantôt de la psychose, tantôt de la névrose.

Le sujet psychotique ne veut rien savoir de la castration, il n'y aurait pas cette perte de l'objet. L'Autre, la mère, continue à avoir sa place d'objet total. Ce rejet de la castration aura des conséquences pour le sujet et sa manière d'être dans le monde vis-à-vis de ses semblables et de l'Autre.

Freud, dans « Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse », comprend les psychoses à l'aide de la métaphore d'un cristal brisé :

« Nous sommes familiarisés avec la conception selon laquelle la pathologie peut, en les agrandissant et en les grossissant, attirer notre attention sur des conditions normales qui, autrement, nous auraient échappé. Là où elle nous montre une cassure ou une 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 brise selon les directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée 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. »²⁹⁷

²⁹⁶ FREUD, S., « La sexualité infantile », in : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris : Folio essais 2008, p. 124.

²⁹⁷ FREUD, S., *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris : Folio, 1989, p. 82 et 83.

La métaphore du cristal utilisée par Freud nous semble intéressante pour penser la question de structure lacanienne, selon laquelle, « pour être fou, il faut quelque prédisposition, sinon quelque condition »²⁹⁸.

Dans les psychoses, il y aurait alors une fissure structurale que nous connaissons comme la *Verwerfung* freudienne, le rejet de la loi et la non-perte de cet objet *Das Ding* freudien et ainsi : « On sait qu'il y a, dit-il (*Freud*), pour chaque structure, un mode de conceptualisation qui lui est propre. »²⁹⁹

Les concepts de rejet et de projection (*Verwerfung*) sont ceux utilisés par Freud pour désigner les mécanismes de défense employés par la psychose : « 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. »³⁰⁰

Toutefois, Freud, dans son analyse du livre du président Schreber, change d'avis sur le mécanisme de projection chez les psychotiques en disant : « Il n'était pas juste de dire que le sentiment réprimé au-dedans fût projeté au-dehors ; on devrait plutôt dire, ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors. »³⁰¹

Pour Freud³⁰², toutes les institutions sociales sont structurées pour les personnes qui ont un Moi unifié, « normal », ce qui veut dire que les psychotiques auront des difficultés à s'y insérer. Néanmoins, il faut rappeler que pour tout le monde, dans n'importe quelle structure, il y a une difficulté à s'adapter aux exigences sociales et aux exigences psychiques. Alors, autant pour les psychotiques que pour les névrotiques, il y aura une perte de la réalité et sa substitution mais à des niveaux différents. Néanmoins, chez les psychotiques, il y aurait une mise à l'écart du Moi qui ne les touche pas. Elle est complètement écartée de la possibilité d'être symbolisée : « la névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle, la psychose la dénie et cherche à la remplacer »³⁰³.

La structure du sujet dépend de sa première relation au symbolique, en fonction de l'acceptation ou du refus d'un signifiant symbolique. Chez les névrosés, il y a un refoulement

²⁹⁸ LACAN, J., « Introduction à la question des psychoses », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1955-1956), Paris : Seuil, 1981, p. 23.

²⁹⁹ LACAN, J., *Séminaire I : Les écrits techniques de Freud* (1953 – 1954), Paris : Seuil, 1975, p.10. Mot en italique ajouté par l'auteur.

³⁰⁰ FREUD, S., « Manuscrit H », in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, p. 100.

³⁰¹ FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia paranoïdes », in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1984, p. 315.

³⁰² FREUD, S., « La question de l'analyse profane » (1926), in : *Sigmund Freud Œuvres complètes Vol. XVIII* (1926 – 1930), Paris, PUF.

³⁰³ FREUD, S., « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » (1924), in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 301.

de l'énergie pulsionnelle et chez le psychotique il y a une exclusion (*Verwerfung*) de la symbolisation de cette énergie pulsionnelle. Donc il y aurait, chez ces derniers, un défaut d'inscription symbolique.

L'individu peut nier l'entrée dans le monde symbolique par son acceptation ou non de la menace de castration. Lacan affirme que ces sujets (psychotiques) n'ont rien voulu savoir de la castration, « son effet est abolition symbolique »³⁰⁴.

Le délire viendrait alors, selon Freud, couvrir cette faille fondamentale du sujet. Et comme nous allons le développer, les psychotiques peuvent trouver des manières pour suppléer à cette faille.

2 – J. Lacan et le complexe de l'Œdipe : moment crucial pour la structuration du sujet

2.1 - Les trois temps de l'Œdipe et la question des structures subjectives

Freud restreint le complexe d'Œdipe à une logique imaginaire liée à notre structure familiale occidentale et à la notion de la figure du père. Il a une interprétation de l'Œdipe qui est assez chronologique. Les années d'accomplissement de l'Œdipe se situent entre 3 et 5 ans : « Pour Freud, la réalité psychique n'est pas un système de représentations sans loi : la réalité de l'inconscient a un principe d'orientation qui s'appelle le *complexe d'Œdipe et la fonction du père qui s'y révèle.* »³⁰⁵

Freud rencontre la question de l'Œdipe dans sa clinique avec les hystériques. Ces névrosées adultes racontaient leurs histoires de séduction par un adulte ou un enfant proche ou des souvenirs de contenus sexuels enfantins.

Alors, Freud se demande si l'origine de l'hystérie ne viendrait pas de l'éruption d'un contenu dont l'enfant ne peut pas encore rendre compte dans ses représentations, ce qui convoquerait la notion de traumatisme³⁰⁶. Il va chercher la scène de traumatisme qu'il croit être l'étiologie de l'hystérie.

³⁰⁴ LACAN, J., « Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la " *Verneinung* " de Freud », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 384.

³⁰⁵ ANDRE, S., « Clinique et nœud borroméen » in : *Revue La Cause Freudienne, Premières journées d'études, consacrées à la clinique psychanalytique d'aujourd'hui*, n°2, Paris : École de la Cause Freudienne, p. 63.

³⁰⁶ Le traumatisme serait à l'origine du symptôme hystérique, comme nous l'avons développé plus haut, dans la partie consacrée aux hystériques de Freud.

Lorsque Freud rencontre dans sa clinique avec les adultes la question de la sexualité infantile, il va percevoir que l'enfant est pris par ses investissements amoureux, sexuels et qui dans une grande partie des cas sont des phantasmes de séduction. Le phantasme a le même poids que la situation de satisfaction sexuelle réelle. Il est important de souligner dans ce retour sur Freud que les premiers investissements libidinaux des enfants, ce sont ses parents, frères et sœurs... C'est là qu'entrent les places occupées par les personnes qui s'occupent de l'enfant :

« J'ai trouvé en moi, comme partout ailleurs, des sentiments d'amour envers ma mère, de la jalousie envers mon père, sentiments qui sont, je pense, communs à tous les jeunes enfants, même quand leur apparition n'est pas aussi précoce que chez les enfants rendus hystériques [...] la légende grecque a saisi une compulsion que tous reconnaissent parce que tous l'ont ressentie. Chaque auditeur fut un jour en germe, en imagination, un Œdipe. »³⁰⁷

La dynamique de l'Œdipe se crée à partir de l'interdit de l'inceste et des fantasmes sexuels infantiles.

Lacan se détache de ce raisonnement freudien, il maintient l'idée qu'il y a une logique dans le complexe d'Œdipe, par contre elle n'est pas chronologique. Il s'appuie sur les théories structuralistes de Lévi-Strauss. « Ce ne sont pas forcément des temps chronologiques, mais peu importe, puisque des temps logiques eux aussi ne peuvent se dérouler que dans une certaine succession. »³⁰⁸ Selon Lacan, le père est une fonction psychique, il n'est pas le vrai père, le père de la réalité : « Nom-du-Père le principe de la constitution de la réalité de l'inconscient, n'est pas tout à fait la même chose que de laisser la garde de ce principe au père freudien. »³⁰⁹

Pour Lacan, chaque membre d'une famille occupe des places et partage des rôles qui vont être le socle de la notion de l'Œdipe, c'est-à-dire que la fonction maternelle et la fonction paternelle ne seront pas forcément représentées par le père ou la mère : « Par rien d'autre qu'un père réel, non pas du tout forcément par le père du sujet. »³¹⁰

³⁰⁷ FREUD, S., « Lettre à Wilhem Fliess, n° 71 », in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, 2009, p. 198.

³⁰⁸ LACAN, J., « Les trois temps de l'Œdipe », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient*, Livre V (1957-1958), Paris, Seuil, 1998, p. 198.

³⁰⁹ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 61.

³¹⁰ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1955-1956), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 55.

« Nous avons parlé de la forclusion, en insistant sur le fait que ce qui est forclos, c'est la fonction paternelle et non les signifiants relatifs à cette fonction. Si ce qui est forclos, c'est la fonction dans l'organisation du savoir structurellement psychotique, parler de la "forclusion du Nom-du-Père" n'implique pas l'absence relative au père. »³¹¹ Il continue un peu plus loin : « Ce qui est forclos, c'est la fonction ; il s'agit donc d'un savoir organisé d'une autre façon qu'autour d'un centre, mais où les signifiants œdipiens et paternels ne sont pas absents. Il est évident que n'importe quel psychotique peut parler de sa constellation œdipienne, ça n'est pas inaccessible pour lui. Ce qui est inaccessible, c'est l'organisation de son savoir autour de cette fonction. »³¹²

Selon Lacan, le plus important n'est pas la personne physique, mais sa fonction : la manière dont nous vivons et représentons le monde, la fonction que nous occupons vis-à-vis des autres, la fonction que nous attribuons aux autres, à notre mère, à notre père, à notre frère, aux fonctions que nous investissons par nos désirs inconscients.

« Le caractère primitif et irréductible de l'élément de la parenté tel que nous l'avons défini résulte en effet, de façon immédiate, de l'existence universelle de la prohibition de l'inceste. »³¹³ La parenté n'est pas seulement les parents, mais les membres d'un groupe, d'un système de relation sociale ; la parenté étant l'alliance entre certains membres d'un groupe. Le système de parenté varie de culture en culture, mais il « fournit à certains le principe actif qui règle toutes les relations sociales »³¹⁴. Il continue plus loin : « la parenté ne consiste pas dans les liens objectifs de filiation [...] Celle-ci consiste en systèmes de relations, qui sont eux-mêmes le produit de l'activité inconsciente de l'esprit [...] remplaçant un système de relations consanguines, d'origine biologique, par un système sociologique d'alliance. »³¹⁵

Pour parler de complexe d'Œdipe, il n'est pas nécessaire que ce soit le père ou la mère, mais des sujets qui s'occupent du nourrisson et qui auront des rôles et des fonctions spécifiques affectées par le désir même de l'enfant : « L'inconscient [...] se réduit à un terme par lequel nous désignons une fonction : la fonction symbolique, spécifiquement humaine,

³¹¹ CALLIGARIS, C., *Pour une clinique différentielle des psychoses*, Paris : Point hors ligne, 1991, p. 77.

³¹² *Ibid.*, p. 80.

³¹³ *Ibid.*, p. 63.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 64.

³¹⁵ *Ibid.*, p. 68, 74 et 75.

sans doute, mais qui, chez tous les hommes, s'exerce selon les mêmes lois. »³¹⁶ Ce sont de « lois structurales »³¹⁷.

Comme Lacan s'inspire de Lévi-Strauss pour sa conception de la subjectivité humaine du point de vue structurel, il y aura, plutôt, une logique dans les relations familiales, dans les lieux et rôles que chacun occupe et joue inconsciemment.

Lorsque nous prenons quelqu'un en charge, il est important d'analyser la fonction qu'il occupe et que l'autre occupe dans la relation. Les investissements affectifs et identificatoires dans cette relation ont une fonction dans la constitution subjective du sujet ; cela est inconscient.

Lacan parle de fonction du père, car elle est très importante pour la structuration « normale » du sujet. Mais pour que cette fonction ait lieu, la présence du père biologique n'est pas nécessaire. Celui qui exerce cette fonction est le père symbolique qui a un rôle important, normatif : « le père intervient dans le complexe de l'Œdipe en tant que signifiant. Le père symbolique, dira Lacan dans son séminaire sur "Les formations de l'inconscient", est une métaphore. »³¹⁸

Le structuralisme évoque alors des rôles, c'est-à-dire des fonctions et il ne suit pas une logique chronologique. Le structuralisme n'est pas, non plus, une logique développementale, ou génétique, ou naturaliste.

La culture n'est pas quelque chose qui vient s'ajouter à notre nature, mais qui nous marque dès le début de notre existence, car elle est là bien avant nous. L'être humain est dans un rapport de langage, c'est-à-dire un rapport à l'Autre avant la naissance : « l'Autre qui est de toujours déjà là, de l'Autre où ça parle de lui, qu'un sujet peut advenir, à s'y reconnaître sous un signifiant, sous ce signifiant- maître S1 de l'identification fondamentale »³¹⁹. Ou encore : « En fait, aucune société ne connaît et n'a jamais connu la langue autrement que comme un produit hérité des générations précédentes et à prendre tel quel. »³²⁰

Ce qui est important, c'est la place que nous occupons dans le discours inconscient de l'Autre et la manière dont nous faisons face à cela : « Le lieu de l'Autre c'est le corps, "le premier lieu maître des inscriptions" [...] la mère, tenant lieu de l'Autre, trace des zones pulsionnelles dont les représentants de l'appareil psychique constituent les premières

³¹⁶ *Ibid.*, p. 232.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 233.

³¹⁸ LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, octobre 1987, p. 82.

³¹⁹ SKRIABINE, P., « Logique lacanienne », in : *Revue de la Cause*, n° 23, février 1993, p. 72.

³²⁰ HERFRAY, C., *Psychanalyse hors les murs*, Paris : L'Harmattan, 1993, p.49.

inscriptions. »³²¹ Comment l'enfant fait face à ce qui laissera ou non des inscriptions psychiques.

Dès la naissance du bébé, et même avant, intervient la rencontre entre le bébé (ou le fœtus) et le désir de la mère. Celle-ci est perçue comme détenant tous les « trésors de signifiants », comme l'Autre tout puissant. Dans cette rencontre, au début, le bébé ne sait rien, sur le désir maternel, il peut se trouver dans le vide et l'angoisse vis-à-vis du désir de l'Autre, qui se présente comme une énigme : « Il rencontre l'Autre [...] comme trésor de signifiant, comme siège du code. »³²² « La genèse du trouble psychotique dans quelque chose qui s'établit au niveau de la relation mère enfant [...] dans le message où l'enfant a déchiffré le comportement de sa mère. »³²³

Lacan a mis l'accent sur l'importance du langage et ses effets sur le sujet. Nous arrivons dans un monde dans lequel on a déjà parlé de nous et où nous occupons déjà une place dans le désir inconscient de nos parents : « "le sujet comme effet du signifiant" [...] ça parle de lui. Ça parle de lui avant qu'il ne parle, avant qu'il n'appelle ou même qu'il ne crie. »³²⁴

Il y a « quelque chose » là qui nous attend avant notre naissance, ce que Lacan va nommer « lalangue ». Elle laisse des empreintes, des traces dès avant la naissance. Elle est présente dans la culture, dans le collectif et laisse des marques dans le psychisme de chacun. Ces marques dépendent de la façon dont une expérience est vécue par chaque sujet. Des jumeaux n'auront pas tout à fait le même souvenir du même épisode ou la même sensation liée à ce souvenir. De même, deux personnes frappées du même diagnostic clinique ne vont pas réagir de la même manière aux mêmes traitements médicamenteux.

Pour pouvoir parler, devenir sujet de notre propre discours, il faut d'abord que nous soyons prêts à accepter les mots de l'Autre qui était là avant notre existence. Donc l'entrée dans le langage ne se fait pas sans conséquence : « Il y a un moment qui est, si l'on peut dire, l'origine de la symbolisation. »³²⁵

Les paroles, les mots et les signifiants que le sujet choisit parmi les « tourbillons » sont introduits par l'Autre et influencent le psychisme et le corps. L'image du corps se constitue

³²¹ LACAN, J., « Jouissance et division », in : *Scilicet*, n° 6/7, Paris : Seuil, 1976, p. 137.

³²² LACAN, J., « La forclusion du Nom-du-Père », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 148.

³²³ *Ibid.* 144.

³²⁴ MILLER, J.-A., « Produire un sujet ? », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 4, mai 1983, p. 32.

³²⁵ LACAN, J., « Je viens de chez le charcutier », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1955-1956)*, Paris : Seuil, 1981, p. 57.

dans la relation aux autres, mais aussi au langage, comme le montrent les psychoses : « la condition du sujet S (névrose ou psychose) dépend de ce qui se déroule en l'Autre A ».

Nous ne pouvons pas penser un sujet juste par sa nature. Il est confronté dès son arrivée au monde à la culture et aux relations (à la frustration et au vécu du manque). La différence entre l'être humain et les animaux est dans le langage et la culture.

Pour Lacan, le complexe d'Œdipe serait présent dès la naissance et même la notion de castration dès que le nourrisson entre dans un rapport à l'Autre :

« Le traumatisme de la naissance n'est pas le traumatisme de l'accouchement. Il s'agit plutôt d'une perte, d'une séparation, et de l'"ouverture" d'une tragédie, d'une "plongée" dans un vécu conflictuel, dans le corps, dans la vie perceptive, dans la vie psychique naissante du nouveau-né ; il s'agit de la naissance d'une ambivalence fondamentale dans la relation à la mère, de l'alternance plus ou moins chaotique des moments de fusion et des moments de séparation générateurs d'angoisses de chute ou de morcellement (mais aussi, dans les premiers jours, voire les premières semaines, d'une mise en route parfois "désagréable" du système digestif, liée, pour l'enfant, à la séparation d'avec la mère toute-puissante. »³²⁶

L'enfant est déjà confronté au sentiment de frustration, car il y a le trauma de la naissance que nous vivons déjà comme une castration : la sortie du milieu intra-utérin, avec une autre gravité, une température, un autre espace... Donc, le bébé est confronté à l'Autre immédiatement. Il est, dès sa naissance, envahi par plusieurs sensations qu'il n'avait jamais eues : le froid (les nourrissons ont du mal à réguler leur température), la faim, les douleurs intestinales.

Le nourrisson pleure tout de suite, dès qu'il est né. Ce cri-là peut être considéré déjà comme un signe du langage. Cette perte de l'état utérin n'est pas vécue si facilement par le nouveau-né. La même chose se produit du côté de la mère, il faut qu'elle réalise le deuil de la perte de son bébé idéal, imaginaire et apprenne à faire avec ce nouveau-né.

Il existe un Autre, dès la naissance auquel nous sommes obligés de nous adresser et auquel nous sommes toujours confrontés. Le désir de l'Autre a toutes les formes phénoménales que nous pouvons imaginer, il peut nous désirer ou non, être envahissant ou non... La question est de savoir comment le sujet fait face à cela.

³²⁶ LETONDAL, J., *Le Coq. Héron*, n° 187, Toulouse : Érès, 2006, p. 8.

Nous sommes dès la naissance dans l'appel à l'Autre pour nous aider à nous tenir dans l'existence (la douleur d'exister). Nous voyons cela aussi chez les peuples anciens, comme les Grecs, qui avaient des cérémonies pour invoquer les dieux (l'Autre), lorsqu'ils allaient à la guerre, comme une demande de protection. C'est un appel à l'Autre, cet autre qui saurait tout sur nous et notre existence, qui est le lieu des signifiants, le trésor des signifiants.

Alors, dès la naissance, il y a un vécu de manque, il y a de la frustration. Le nourrisson est très tôt confronté au fait qu'il ne peut pas être complètement comblé et protégé de ses souffrances. Il se retrouve dans un état de dépendance totale aux soins de quelqu'un. Le jeu de présence et absence de la mère que Winnicott développe très clairement, joue un rôle très important dans la constitution de ce petit être. Lacan aussi donne une importance cruciale à ce qui se passe dans la relation entre la mère et son enfant. Cette relation aura beaucoup de significations dans la manière dont l'enfant va se structurer, car à partir du « va-et-vient de la mère (le *Fort-Da*), c'est la question du sujet, de l'enfant : "que veut-elle ?" »³²⁷

Plusieurs théoriciens comme Mélanie Klein, Donald Winnicott, entre autres, ont développé l'idée que l'origine des psychoses se trouve dans la relation primaire mère – enfant. « Certaines parties de notre champ d'expérience se rapportent spécialement à ce champ des étapes précœdipiennes du développement du sujet, à savoir, d'une part, la perversion, d'autre part, la psychose. »³²⁸

Nous pouvons avoir des mères très déprimées qui répondent à l'appel du bébé d'une manière très automatique. Nous pouvons aussi voir des mères très angoissées par tout ce que cet enfant lui demande. Il existe même des mères qui donnent trop, qui sont très présentes et ne laissent leur enfant manquer de rien.

Tous ces types de mère seraient des prototypes de « mères psychopathologisantes », ce qui n'est pas tout à fait le cas, car le nourrisson peut trouver des ressources pour surmonter cela ou d'autres personnes de son entourage peuvent occuper des rôles signifiants pour la constitution de ce petit. Il n'y a alors pas de déterminisme. Nous ne pouvons pas dire que toute mère mélancolique aura un enfant psychotique. Elle peut en avoir mais cela n'obéit pas à un déterminisme³²⁹ :

³²⁷ LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, octobre 1987, p. 83.

³²⁸ LACAN, J., « La métaphore paternelle », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 163.

³²⁹ Nous pouvons penser au cas de Pablo, développé dans le chapitre suivant. Il a deux frères et une sœur psychotiques et une sœur qui est passée à l'acte (elle s'est défenestrée) ; néanmoins, il a aussi des frères « normaux ». Nous constatons cette dynamique familiale particulière lorsque la mère de Pablo est morte et que leur appartement a été complètement négligé, au point qu'il a été mis aux enchères.

« ... la psychose parentale ne produit pas la psychose infantile. Les choses ne sont pas aussi simples. La psychose ne se transmet pas directement comme les cheveux bruns ou l'hémophilie [...]. Notre tâche est rendue infiniment complexe par le fait que nous avons tendance à penser à nos malades psychiatriques non comme à des personnes atteintes des diverses maladies, mais comme des gens blessés dans la lutte que mène l'homme pour son développement, pour son adaptation et pour la vie. »³³⁰

La psychanalyse a été beaucoup critiquée pour avoir « culpabilisé » la mère ou les parents pour la « maladie » de leur enfant. Néanmoins, ce n'est pas la mère ou le père mais les fonctions qu'ils occupent dans le psychisme du sujet. Cela dépend du sujet lui-même qui prend sa place aussi dans ce rapport parental et de la manière dont il répond à la place dans laquelle il est mis dans l'inconscient de l'Autre.

L'Œdipe et la structure du sujet se mettent en œuvre dans la relation du sujet à la frustration, à l'organisation familiale. Les rôles et affects en jeu dans cette relation sont fondamentaux pour la constitution du sujet.

Le sujet est confronté à la réalité dès qu'il perçoit qu'il ne peut pas disposer de tout. Être un sujet du langage, c'est être marqué par la structure même du langage, de ses limites et donc de ne pas pouvoir bénéficier d'une jouissance totale ou d'un objet qui nous complèterait : « la fonction [...] du réel comme rencontre [...] qu'essentiellement elle est rencontre manquée »³³¹.

Le complexe d'Œdipe est le moment où nous sommes confrontés à la question de la castration. La manière dont le sujet surmonte cette frustration va influencer ses relations aux autres et aux objets partiels, car il n'existe pas le « Un » qui le satisfasse complètement.

La famille ou le groupe (clan) comme Freud le développe dans le *Totem et tabou*³³² est la matrice symbolique, qui va donner au sujet un nom et une logique du « fonctionnement du monde ». Nous ne sommes pas dans une logique biologique où tout serait prédéterminé par la nature du sujet. Mais, nous voyons avec l'Œdipe, moment clé de la structuration du sujet, comment il va prendre sa place et quelle place il prend dans le discours de l'Autre, et comment le sujet se porte face à l'Autre, à la culture et au langage.

Lacan pense la notion de structure par l'intermédiaire du complexe d'Œdipe et principalement par son concept de la métaphore paternelle. Les différences fondamentales

³³⁰ WINNICOTT, D., « L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant » (1961), in : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012, p. 389.

³³¹ LACAN, J., « Tché et Automaton », *Séminaire XI : Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Paris : Seuil, 1990, p. 54.

³³² FREUD, S., *Totem et Tabou* (1912 – 1913), Paris : Payot, 1992.

entre les névroses et psychoses que Lacan reprend de Freud, sont des différences structurales, des différences d'organisation psychique entre elles. Cette différence est fondamentale à prendre en compte lorsque qu'un sujet arrive pour le traitement, car le projet thérapeutique et notre posture en tant que soignants va dépendre de ce diagnostic différentiel.

L'Œdipe, selon Jacques Lacan, aurait trois moments. Nous allons le développer en deux temps : un d'une logique imaginaire et l'autre symbolique.

2.1.1 - Moment imaginaire de l'Œdipe, « être ou ne pas être le phallus »

Le moment où la mère donne à son enfant une place désirée a une grande importance pour son narcissisme, car l'enfant à partir de cet investissement maternel peut s'investir. C'est un premier moment très centré sur l'enfant, comme la « folie maternelle » de Winnicott et « sa majesté le bébé » de Freud. La mère signale son désir, moment pendant lequel le nourrisson occupe la place imaginaire du phallus, cette « chose » qui pourrait combler la mère et son désir. L'enfant, à ce moment, s'identifie à cet objet qui pourrait satisfaire complètement sa mère :

« Cette subjectivation consiste simplement à poser la mère comme cet être primordial qui peut être là ou n'être pas là. Dans le désir de l'enfant, son désir à lui, cet être est essentiel. Qu'est-ce que le sujet désire ? Il ne s'agit pas simplement de l'appétition des soins, du contact, voire de la présence de la mère, mais de l'appétition de son désir. »³³³

Ce moment est important pour la constitution subjective de l'enfant ; il occupe imaginairement la place du phallus de la mère, il est son objet d'amour. Cette place est donnée aussi par la mère, dans son désir inconscient. Le nourrisson s'identifie en miroir à cette place.

Cette place imaginaire occupée par l'enfant lui permet d'entrer dans la logique du désir. La subjectivité de l'Autre, la place que le nourrisson occupe dans son inconscient, a de l'influence aussi sur la subjectivité de l'enfant.

Ce premier temps est extrêmement important, au tout début de la vie du sujet où la mère joue le rôle de ce grand Autre qui le présente et fait découvrir petit à petit la réalité.

³³³ LACAN, J., « Les Trois temps de l'Œdipe », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 182.

L'enfant n'a pas seulement besoin de sa présence physique mais aussi de son amour et de son désir, car au premier temps : « son désir est désir du désir de la mère »³³⁴.

Néanmoins, il y aura une frustration, car aucun objet, ni même son bébé, ne peut combler le désir de la mère. Elle a aussi d'autres objets d'investissements. Par ses allers et retours, elle n'est pas là pour lui tout le temps, il s'aperçoit alors qu'elle désire ailleurs.

Cette place imaginaire attribuée à l'enfant est assez commode, car il n'aura pas à être confronté à la frustration, au manque et au fait qu'il doit faire appel à l'Autre pour être satisfait.

Occuper cette place imaginaire d'être l'objet du désir de l'Autre (le phallus), même seulement un moment, est important pour la constitution du sujet. Lorsque la mère répond à l'appel de son enfant, lorsqu'elle arrive à s'identifier avec son nourrisson, elle suppose qu'un sujet est déjà là, elle interprète ses cris et pleurs (« il a froid », « il a faim ») et suppose une demande et des envies. Ainsi, elle lui donne une place subjective. Il faut d'abord avoir cette place imaginaire d'être le phallus pour, dans un deuxième temps, avoir le phallus.

Comme nous l'avons vu avec Winnicott, la mère voit et regarde son enfant comme un sujet, avec des envies. Cela donne l'illusion au sujet d'avoir un jour été comblé, d'avoir eu un jour l'objet qui le satisferait pleinement. Cela lui permet d'aller à la recherche de cet objet et de se satisfaire, même partiellement.

L'enfant peut risquer de développer une psychose ou d'autres maladies mentales si la mère ne parvient pas à lui donner une place subjective. Cela ne veut pas dire qu'il sera psychotique, car d'autres personnes de son entourage peuvent jouer ce rôle et le désirer.

2.1.2 - Moment symbolique du complexe d'Œdipe; l'incidence du signifiant Nom-du-Père

Il est important que la mère puisse signifier à son enfant qu'il n'est pas tout, qu'il ne représente pas toute sa vie, qu'elle a aussi d'autres intérêts. Il n'est pas l'objet total qui comble le désir de la personne qui s'occupe de lui. Cela lui est signifié par la manière dont la mère s'occupe de son enfant (la manière dont elle le porte, le lave, l'allait, le regarde,... - comme les notions de *handling* et de *holding* de Winnicott). La mère lui signifie déjà la place qu'il occupe dans son inconscient, dans son désir. La question est de savoir : Comment chaque nourrisson va-t-il supporter cette situation et y répondre ?

³³⁴ LACAN, J., « La métaphore paternelle », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 182.

Le bébé est confronté au manque de l'Autre, par les allers et retours de la mère : « Le signifié des allers et venues de la mère, c'est le phallus »³³⁵ :

« C'est la mère qui va et qui vient. C'est parce que je suis déjà un petit être pris dans le symbolique et que j'ai appris à symboliser, qu'on peut dire qu'elle va et qu'elle vient [...] La question est - Quel est le signifié ? Qu'est-ce qu'elle veut, celle-là ? Je voudrais bien croire que ce soit moi qu'elle veuille, mais il est bien clair qu'il n'y a pas que moi qu'elle veut. Il y a autre chose [...] c'est le *x*, le signifié. Et le signifié des allées et venues de la mère c'est le phallus. »³³⁶

Le désir de la mère sera représenté par ce que Lacan a nommé le phallus : dans un premier temps, le nourrisson occupe cette place imaginairement. Mais à partir du moment où la mère signale à son enfant, par ces allers et retours qu'il y a un au-delà de son désir, il peut entrer dans le champ symbolique. Car, à partir du moment où l'enfant assume ce manque de ne pas être le phallus, cette constatation l'amène à aller chercher ailleurs : « ce désir de l'Autre, qui est le désir de la mère, et qui comporte un au-delà »³³⁷.

L'enfant, au premier temps, peut imaginer être ce *x* (l'énigme du désir de l'Autre) et se faire phallus pour la mère, tel le bébé d'une mère qui a très peur qu'il meurt étouffé, et accourt chaque fois qu'il tousse. Avant même de parler, le nourrisson sait qu'il doit tousser au lieu de crier ou pleurer s'il veut la présence immédiate de sa mère.

La fonction paternelle est celle de la privation. Elle consiste à signaler à l'enfant qu'il n'est pas le phallus de la mère : « cette privation dont la mère s'avère être l'objet. Cette privation, le sujet enfantin l'assume ou ne l'assume pas, l'accepte ou la refuse. Ce point est essentiel [...] nodal dans l'Œdipe »³³⁸, car l'acceptation par le sujet de la situation requiert une symbolisation.

La fonction du père est de châtrer la mère :

« Le père n'a de rôle dans la structure du sujet qu'en tant que nom, qu'en tant que signifiant. Et encore, c'est un signifiant qui n'a de poids que parce qu'il en évoque un

³³⁵ LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, octobre 1987, p. 83.

³³⁶ LACAN, J., « La métaphore paternelle », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 175.

³³⁷ LACAN, J., « Les Trois temps de l'Œdipe », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 183.

³³⁸ *Ibid.*, p. 185.

autre, celui du phallus, grâce auquel le sujet va pouvoir se repérer dans le désir et la jouissance. »³³⁹

La question qui se pose là pour l'enfant est : « *être ou ne pas être, to be or not to be*, le phallus : sur le plan imaginaire. »³⁴⁰ Puis, à partir de l'acceptation du sujet de ne pas être ce phallus, la question qui se pose est d'avoir ou de ne pas avoir le phallus sur le plan symbolique. Pour l'avoir, il faut qu'à un moment donné, l'enfant accepte la possibilité de ne pas en avoir, c'est là le point fondamental concernant la question de la privation et de la castration : « Ce qui suppose que, pour l'avoir, il faut qu'il y ait eu un moment où il ne l'avait pas [...] pour l'avoir, il faut d'abord qu'il ait été posé qu'on ne peut pas l'avoir, si bien que la possibilité d'être castré est essentielle dans l'assomption du fait d'avoir le phallus. »³⁴¹ Cette acceptation par le sujet l'amène à symboliser ce manque et à pouvoir chercher ailleurs cet objet. C'est là qu'intervient la notion si célèbre et essentielle pour réfléchir à la constitution subjective qui est le Nom-du-Père : « Le Nom-du-Père est ce signifiant qui fait métaphore pour le désir de la Mère [...] ce désir lui devient lisible, que son signifié lui est moins obscur. »³⁴² Le père n'est donc pas le père réel du sujet mais une métaphore, c'est-à-dire « c'est un signifiant qui vient à la place d'un autre signifiant »³⁴³.

Le complexe d'Œdipe est une opération signifiante, c'est-à-dire le moment du remplacement d'un signifiant par un autre, « d'être le phallus » par « avoir un phallus », par exemple. Cette substitution d'un signifiant par un autre est facilitée grâce à la métaphore parentale du Nom-du-Père qui vient exprimer pour le petit la question du désir de la mère.

« Comme signifiant, il marque un point d'arrêt [...] interdire la poursuite de la quête infinie d'une réponse à l'énigme du désir maternel, quête qui se confond avec celle de s'en faire l'objet, et qui, par-là, s'avère incestueuse [...] Le signifiant Nom-du-Père signifie à l'enfant que c'est au père qu'incombe la charge de cette énigme. Un savoir dont l'accès est interdit se trouve par-là constitué et situé au lieu de l'Autre paternel auquel il est supposé. »³⁴⁴

³³⁹ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 62.

³⁴⁰ LACAN, J., « Les Trois temps de l'Œdipe », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 186.

³⁴¹ *Ibidem*.

³⁴² SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 62.

³⁴³ *Ibid.*, p. 174 et 175.

³⁴⁴ MILLOT, C., *Horsexe, essai sur le transsexualisme*, Paris : Point Hors Ligne, p. 32.

Si le sujet rejette la castration et la privation, comme cela se passe avec les psychotiques, il continue d'être l'objet de désir, le phallus de l'Autre : Il relie ce plan imaginaire à la question sans réponse : qu'est-ce que l'Autre veut de moi ? : « À ceci que je ne sais pas quel objet a je suis pour le désir de l'Autre. »³⁴⁵ Car avec le rejet de la castration, il n'a pas accès au signifiant phallique qui pourrait représenter cette énigme et il n'y a pas une séparation de l'Autre; il reste dans une « colle » imaginaire, comme étant lui-même l'objet de désir de l'Autre et il n'aura pas la perte de *l'objet a*. Donc, l'Autre chez les sujets psychotiques ne perd pas une partie de sa jouissance, il reste un Autre absolu, total : « Lacan s'appuie encore sur l'hypothèse d'une dialectique du sujet et de l'Autre ; et l'Autre, à cet égard, est complet et consistant, c'est l'Autre véritable et absolu qui pourrait annuler le sujet lui-même. »³⁴⁶

Le névrosé accepte cette perte, l'idée de ne pas être le phallus, il sait que cet Autre ne peut pas être comblé. Ainsi, il peut croire à l'illusion qu'un Autre aurait la réponse à l'énigme de son désir et du désir de l'Autre, car, comme nous l'avons vu « le désir de l'homme est le désir de l'Autre »³⁴⁷. Il se raconte donc une petite histoire (phantasme névrotique) que l'Autre pourrait lui donner ce qu'il désire (la fiction du névrosé). Dans la constitution de son idéal, le sujet croit qu'il existe un Autre qui n'est pas touché par la castration. Il refoule la castration de l'Autre et fait semblant d'avoir son objet de désir.

Lacan nomme cela comme étant une signification phallique à l'énigme de l'Autre. C'est pour cela qu'il s'agit d'une métaphore, car le sujet n'est pas enfermé dans une seule signification possible du désir. Le désir reste toujours inconnu et c'est le moteur de l'existence humaine : « le désir est un rapport d'être à manque. Ce manque est manque d'être à proprement parler. Ce n'est pas manque de ceci ou de cela, mais manque d'être ce par quoi l'être existe. »³⁴⁸

Donc, il continue dans sa demande sans fin, dans sa recherche de cet objet, s'en satisfait partiellement. Ayant l'expérience de la castration, il sait que ni lui ni l'Autre ne sont complets. Il sait qu'un autre qui pourrait lui fournir tout ce dont il a besoin, n'existe pas. Car, il a été confronté à la castration, il a eu lui-même une perte de jouissance et de *l'objet a*. Il sait alors que l'Autre aussi est castré.

³⁴⁵ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p.105.

³⁴⁶ SKRIABINE, P., « Logique lacanienne », in : *Revue de la Cause*, n° 23, février 1993, p. 78.

³⁴⁷ LACAN, J., « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », in : *Écrit II*, Paris : Seuil, 1996, p. 106.

³⁴⁸ LACAN, J., « Le désir, la vie et la mort », in : *Séminaire II : Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (1954 – 1955)*, Paris : Seuil, 2009, p. 261.

La façon dont le sujet assume cette privation, cette possibilité de perte d'une partie de sa jouissance, lui permet l'inscription dans sa subjectivité de la Loi phallique, « la loi du père ». Cela lui permet de se libérer de « la loi de la mère [...] une loi incontrôlée »³⁴⁹. Ce qui est important est que le sujet s'aperçoit que la mère aussi est assujettie à une loi.

Cette castration permet au sujet de s'identifier à un signifiant, à un trait, ce « trait d'esprit »³⁵⁰ qui nous permet de nous tenir dans notre existence et dans cette recherche sans fin de *l'objet a* qui pourrait nous satisfaire mais qui est pour toujours perdu : « ce qui importe c'est que l'objet a soit réduit au trou découpé par le signifiant dans l'opération du Nom-du-Père »³⁵¹.

Avec le refoulement, le sujet oublie cela ou ne veut pas savoir que cette recherche est infinie et qu'il ne peut se satisfaire que partiellement. Cela lui permet de se tenir dans la dynamique du désir et d'entrer dans le partage sexuel : « il renonce à son objet. C'est là aussi ce qui nous permet de comprendre que tout abri où peut s'instituer une relation vivable, tempérée, d'un sexe à l'autre nécessite l'intervention – c'est l'enseignement de la psychanalyse – de ce médium qu'est la métaphore paternelle. »³⁵²

« Ce qui, chez Freud, est attribué à la fonction d'un père castrateur, d'un gêneur, dans l'interdiction de la mère et dans la menace de castration, est reporté par Lacan sur la fonction du signifiant lui-même. C'est le signifiant qui est castrateur en ce qu'il fonde une sexualité, une « fonction de relation sociale », dont le rapport à l'Autre comme tel, à l'Autre réel, est banni. »³⁵³

C'est ce qui tempère, règle la jouissance de l'Autre, car cette opération montre ainsi que la jouissance entière n'existe pas. Ce signifiant signale que la mère n'est que partiellement satisfaite, donc elle le libère de cette place d'objet de sa jouissance.

L'enfant n'est plus identifié à cet objet qui pourrait combler la jouissance de l'Autre. Il y a un écart entre le sujet et *l'objet a*. Cet Autre qui, dans ce troisième temps, sera remplacé par le père, vient régler ce rapport imaginaire, a-a', en miroir : « Pour que l'enfant puisse repérer son image, il est nécessaire que le regard de la mère le soutienne, c'est-à-dire que la

³⁴⁹ LACAN, J., « Les Trois temps de l'Œdipe », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Paris : Seuil, 1998, p. 188.

³⁵⁰ LACAN, J., *Séminaire V : Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Paris : Seuil, 1998.

³⁵¹ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 64.

³⁵² LACAN, J., « En toi plus que toi », in : *Séminaire XI : Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Paris : Seuil, 1990, p. 247.

³⁵³ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 63.

mère accepte d'être vue comme séparée de lui [...] qu'elle s'accepte soumise à la loi symbolique. »³⁵⁴ Ainsi, « un refus de la loi symbolique annulerait l'effet structurant du miroir. »³⁵⁵

L'inscription subjective du signifiant Nom-du-Père opère comme un point d'arrêt qui empêche le glissement infini de signification, il « est un point de captation »³⁵⁶. Lacan dit que le Nom-du-Père est « le point capiton entre le signifiant et le signifié »³⁵⁷. C'est comme un point d'arrêt, qui permet le nouage entre les différentes instances de la réalité du sujet le « réel », l'imaginaire et le symbolique (R.S.I.). Ainsi « la fonction parentale indique au sujet la route à suivre dans l'existence »³⁵⁸.

Le Nom-du-Père est un « point fixe », un signifiant phallique qui est responsable de la structuration « normale » du sujet. Il vient borner l'aspect pulsionnel du langage et du corps. S'il n'existe pas, le sujet peut un jour s'effondrer dans les psychoses, sauf s'il parvient à suppléer, d'une certaine façon, à ce manque.

L'inscription de la métaphore paternelle permet la constitution d'un « lieu tenant » pour le sujet. La chair, elle, fait corps à partir de l'entrée de ce signifiant. Le corps est un tissage de signifiants reliés entre eux.

À partir de cela nous pouvons penser à différentes manières d'être par rapport à l'objet et à l'Autre. Cela va dépendre de la structure du sujet : « Il s'agit de savoir comment ce signifiant inconscient se situe dans la psychose [...] Cette notion topographique va dans le sens de la question déjà posée sur la différence entre la *Verwerfung* et la *Verdrängung* quant à leur localisation subjective. »³⁵⁹

C'est au moment de la castration symbolique que la métaphore du Nom-du-Père va entrer ou non en jeu dans l'organisation psychique du sujet ; cette entrée ou non va avoir une influence sur le rapport du sujet à l'Autre, aux autres et aux objets : « Mais nous posons que c'est la loi propre à cette chaîne *signifiante* qui régit les effets psychanalytiques déterminants pour le sujet : tels que la forclusion (*Verwerfung*), le refoulement (*Verdrängung*), la dénégation (*Verneinung*) elle-même. »³⁶⁰

³⁵⁴ LACAN, J., « Jouissance et division », in : *Scilicet*, n° 6/7, Paris : Seuil, 1976, p. 130.

³⁵⁵ *Ibidem*.

³⁵⁶ LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, octobre 1987, p. 83.

³⁵⁷ LACAN, J., « Le point de capiton », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1955-1956)*, Paris : Seuil, 1981, p. 304.

³⁵⁸ MALEVAL, J.-C., « *Verwerfung* et refoulement originaire », in : *La Forclusion du Nom-du-Père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, Champ Freudien, p.61.

³⁵⁹ LACAN, J., « Thématique et structures du phénomène psychotique », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 160 et 161.

³⁶⁰ LACAN, J., « La Lettre volée », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999 p. 11. Mot en italique ajouté par nous.

L'universalité de l'inceste (Freud), montre que pour entrer dans la société humaine il faut du renoncement, on ne peut pas jouir de tout, comme le père de la Horde. Alors, pour entrer dans le monde humain, celui du langage il faut renoncer à une jouissance première. Lévi-Strauss démontre : « les systèmes de parenté comme une sorte de langage, c'est-à-dire un ensemble d'opérations destinées à assumer, entre les individus et les groupes, un certain type de communication [...] et les règles qui découlent de la prohibition de l'inceste [...] l'origine du langage »³⁶¹. Le complexe d'Œdipe aurait donc « une fonction essentielle de normalisation »³⁶².

Le signifiant père, cette instance tierce, amorce l'entrée dans le symbolique en montrant la Loi du langage, celle à laquelle tout le monde est assujéti : « C'est dans le Nom du Père qu'il nous faut reconnaître le support de la fonction symbolique »³⁶³. L'entrée dans le monde du langage exige une perte, un renoncement de *l'objet a* : « Il n'accède à l'existence que d'être perdu, et son statut ne lui est donné qu'après coup. Avant, il n'est pas séparé de ce qui n'est pas encore sujet. Il est donc d'autant plus perdu qu'il est quelque chose qui choit précisément dans l'opération constitutive du sujet. »³⁶⁴

Le père symbolique se pose comme Loi qui permet d'avoir une séparation, un espace psychique, entre l'enfant (le Moi) et sa mère (l'Autre). Dans cet espace, l'enfant peut se constituer comme sujet désirant. Il entre dans le monde symbolique, dans la culture³⁶⁵.

Au moment de l'inscription du Nom-du-père, ce signifiant symbolique, il y a une coupure qui sépare le corps de la jouissance du signifiant incestueux. Ce sont ces premières inscriptions qui vont donner la possibilité d'avoir une construction du corps et une représentation du corps.

Le névrosé est un sujet divisé, car entre le sujet et l'objet il y a une coupure que Winnicott a bien développée dans sa notion d'espace potentiel, cet espace de jeu, de créativité entre le Moi et l'Autre. Cette division permet au sujet d'affirmer son rapport au monde et son sentiment d'existence.

Chez les névrosés, il y a la perte de l'objet que Lacan appelle *l'objet petit a* : « ce qui est fondateur du sujet, par exemple de la métaphore, c'est ce quelque chose hors sujet,

³⁶¹ LEVI-STRAUSS, C., *Anthropologie structurale*, Paris : Plon, 1974, p.76 et 77.

³⁶² LACAN, J., « La métaphore paternelle », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998, p. 162.

³⁶³ LACAN, J., « Fonction et champ de la parole et du langage », in : *Écrit II*, Paris : Seuil, 1996, p. 276.

³⁶⁴ VANIER, A., *Lacan*, Paris : Les Belles Lettres, 1998, p. 72.

³⁶⁵ Ici nous pouvons voir le rapport avec la théorie de Winnicott de l'espace potentiel, que nous avons développée dans la première partie de ce travail.

adjacent au sujet, que Lacan a décrit sous le terme d'objet "a" »³⁶⁶. Ils font un deuil de cette perte et ainsi ils peuvent aller le chercher ailleurs. Pour avoir une identité, il faut avoir la perte de l'objet.

Chez le psychotique, il n'y a pas la perte de *l'objet a*. Comme le souligne la célèbre phrase de Lacan : « le psychotique, cet objet, il l'a dans sa poche »³⁶⁷, il ne se détache pas. Cela aura des conséquences sur sa représentation du corps, son rapport au langage et aux autres et à son identité. L'identification symbolique, c'est l'identification au père, identification à l'objet idéalisé. On s'identifie à partir d'un trait. Ce trait fait que le sujet est en quelque sorte séparé de l'Autre.

L'identification chez les psychotiques selon Lacan³⁶⁸, dans son séminaire *Les Psychoses*, est l'identification première que nous avons vue avec le stade du miroir, avant l'entrée du symbolique et de la chute de *l'objet a* derrière le miroir. Leur identification n'est pas symbolique mais reste dans l'axe de l'identification imaginaire. Selon Hélène Deutsch, le « comme si », est une forme d'identification imaginaire, une forme de compensation imaginaire du manque du Nom-du-Père : « Il s'agit, au fond de 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. »³⁶⁹

Cette problématique de l'identité sexuelle, nous pouvons la voir nettement dans le cas Schreber et le cas de Jean.

C'est là qu'entre en jeu la question de l'Idéal du Moi, notion que nous n'allons pas explorer mais qui est importante pour pouvoir penser la question de la « génitalisation » du sujet et la manière dont il assume ou non cela. La question de l'assomption du sexe, de l'identité sexuelle passe par la notion de castration : « le rapport du complexe d'Œdipe avec la génitalisation [...] le complexe d'Œdipe a une fonction normative, non pas simplement dans la structure morale du sujet, ni dans ses rapports avec la réalité, mais quant à l'assomption de son sexe. »³⁷⁰

³⁶⁶ DELEUZE, G., in : préface, GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La Découverte, 1974, p. 55.

³⁶⁷ LACAN, J., « La formation du psychiatre et la psychanalyse », 10 novembre 1967, inédit, *apud.* : http://www.champlacanianfrance.net/IMG/pdf/Mensuel29_JMattei.pdf

³⁶⁸ LACAN, J., « L'Autre et la psychose », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 50.

³⁶⁹ *Ibid.*, p. 219.

³⁷⁰ LACAN, J., « La métaphore paternelle », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Paris : Seuil, 1998, p. 165.

Parler du corps en psychanalyse c'est parler du « réel » : « le réel dans ma notation étant ce qui est impossible à rejoindre »³⁷¹. Car le corps est marqué par la limite incontournable de la « coupure » du sexe, inscrite dans notre chair. Mais, comme le sujet névrosé refoule la castration, cette coupure, il essaye toujours de faire « Un » avec l'autre, de revenir à un état de plénitude qui fait référence au moment in-utéro, à une tétée satisfaisante, ou au moment mythique auquel le nouveau-né s'est cru *être le phallus* de la mère. Selon Lacan c'est la recherche infinie de l'être humain de « la part perdue de lui-même »³⁷². Cette recherche est très bien développée par Platon :

« Quand donc l'être primitif eut été dédoublé par cette coupure, chacun, regrettant sa moitié, tentait de la rejoindre [...] désirant ne former qu'un seul être [...] notre nature ancienne, qui de deux êtres essaye d'en faire un seul, et de guérir la nature humaine [...] Chacun, bien entendu, est en quête perpétuelle de son complément. »³⁷³ Platon continue plus loin : « La raison en est que notre nature originelle était comme je l'ai dit, et que nous formions un tout. »³⁷⁴

Fondamentalement, ce qui nous rend désirant ce sont le manque de ne pas pouvoir être total, de faire Un seul et la limite même du langage. Et, c'est autour de ce manque que les névrotiques peuvent créer leurs phantasmes. Pendant que chez les psychotiques cela se passe différemment, comme nous allons le voir avec le concept de forclusion du Nom-du-Père de Lacan.

2.2 - La notion de forclusion du Nom-du-père et son rapport avec la structure psychotique

Lacan commence son séminaire, *Les psychoses*³⁷⁵, à partir de la théorie freudienne, sur la *Verneinung* et la *Verwerfung*. Il signale, par la lecture du cas Schreber, que Freud divise le champ des psychoses en deux, celui de la paranoïa et celui des paraphrénies, qui correspondent au champ des schizophrénies. Ces diagnostics que nous prenons en compte sont importants pour pouvoir penser les différences par rapport au corps chez un schizophrène

³⁷¹ LACAN, J., « Vers un signifiant nouveau », in : *Ornicar ?*, n° 17/18, 1979, p. 9.

³⁷² LACAN, J., « L'interprétation du transfert », in : *Séminaire XI : Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris : Seuil, 1990, p. 229.

³⁷³ PLATON, « Le Banquet », in : *Œuvres complètes*, tome 2, 2^{ème} partie, Paris : Les Belles lettres, 1992, p.32 et 33.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 36.

³⁷⁵ LACAN, J., *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009.

et un paranoïaque, comme nous le verrons dans les cas de Jean et Pablo. Les paranoïaques peuvent réussir à suppléer leur manque constitutif, leur fissure structurale par la création d'une suppléance, alors que chez les schizophrènes c'est plus difficile.

Lacan prend le terme de Freud que nous venons de développer dans la partie antérieure, celui de la *Verwerfung* et le place en position centrale dans ses travaux sur les psychoses. La *Verwerfung* freudienne est traduite par le terme français de rejet. Lacan s'est réapproprié ce terme en utilisant le mot français de forclusion qui serait selon lui la rejection du signifiant primordial, le Nom-du-Père :

« C'est dans un accident de ce registre 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. »³⁷⁶

La *Verwerfung* est un mécanisme propre à la psychose différente de la *Bejahung* et de la *Verneinung*, mécanismes névrotiques essentiels à l'entrée du sujet dans le symbolique et responsables d'« une admission dans le sens du symbolique »³⁷⁷ : « Une fois introduit dans le jeu des symboles, vous êtes toujours forcés de vous comporter selon une règle. »³⁷⁸ C'est l'inscription chez les sujets névrotiques de la Loi symbolique. Cependant, chez les psychotiques, selon Lacan, cela ne s'installe pas, car il y aurait une non-*Bejahung* qui serait la non-affirmation de « quelque chose » dans le symbolique. La *Verwerfung* est une notion qui permet de penser le rapport du psychotique au symbole. Il y a « quelque chose » chez les psychotiques qui n'a pas été symbolisé au moment de la constitution subjective :

« Ce sujet, nous dit Freud, de la castration ne voulait rien savoir au sens de refoulement [...] Et pour désigner ce processus, il emploie le terme de *Verwerfung*, pour lequel nous proposerons à tout prendre le terme de "retranchement", *forclusion*. Son effet est une abolition symbolique [...] Par là on ne peut dire que fut proprement porté aucun jugement sur son existence, mais il en fut aussi bien que si elle n'avait jamais existé [...] Un refoulement est autre chose qu'un jugement qui rejette et choisit [...] Le procès dont il s'agit ici sous le nom de *Verwerfung* [...] c'est exactement ce qui

³⁷⁶ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », in : *Écrit II*, Paris : Seuil, 1996, p. 53.

³⁷⁷ LACAN, J., « Introduction à la question des psychoses », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 21.

³⁷⁸ *Ibid.*, p. 63.

s'oppose à la *Bejahung* primaire et constitue comme tel ce qui est expulsé [...] La *Verwerfung* donc a coupé court à toute manifestation de l'ordre symbolique, c'est-à-dire à la *Bejahung* que Freud pose comme le procès primaire [...] Freud nous l'a dit d'abord, ce que le sujet a ainsi retranché (*Verworfen*), disions-nous, de l'ouverture à l'être, ne se retrouvera pas dans son histoire [...] le sujet *n'en voudra* « rien savoir au sens du refoulement ». Car pour qu'il eût en effet à en connaître ce sens, il faudrait que cela fût venu de quelque façon au jour de la symbolisation primordiale. »³⁷⁹

Les sujets se structurent dans une psychose par un défaut d'inscription symbolique. La *Verwerfung* de Freud que Lacan reprend et traduit par forclusion, est « quelque chose » qui n'était pas inscrit dans la subjectivité :

« Il peut se faire qu'un sujet refuse l'accession, à son monde symbolique, que quelque chose que pourtant il a expérimenté, et qui n'est rien d'autre en cette occasion que la menace de castration [...] le sujet montre qu'il n'en veut rien savoir [...] au sens du refoulé. »³⁸⁰

« Il s'agit d'un rejet d'un signifiant primordial dans des ténèbres extérieures [...] Voilà le mécanisme fondamental que je suppose à la base de la paranoïa. Il s'agit d'un processus primordial d'exclusion d'un dedans primitif, qui n'est pas le dedans du corps, mais celui d'un premier corps de signifiant. »³⁸¹

Les psychotiques ne veulent rien savoir de la castration ; il n'y a pas de refoulement, mais un rejet de cette réalité. Cette réalité rejetée par les psychotiques n'est pas symbolisée : « je vous l'ai déjà désignée en vous disant que le ressort de la paranoïa est essentiellement rejet d'un certain appui dans l'ordre symbolique »³⁸².

Lacan développe le concept de forclusion du Nom-du-Père, c'est-à-dire d'une non-inscription de ce signifiant phallique, « primordial » qui instaure la loi symbolique chez les sujets à partir du terme juridique forclusion. Ce terme veut dire selon le *Vocabulaire juridique* : Association Henri Capitant :

³⁷⁹ LACAN, J., « Réponse au commentaire de Jean Hyppolite », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999 p. 385 et 386. Mot en italique ajouté par nous.

³⁸⁰ LACAN, J., « Introduction à la question des psychoses », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 21.

³⁸¹ LACAN, J., « Du rejet d'un signifiant primordial », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 171.

³⁸² LACAN, J., « Das Ding », in : *Séminaire VII : L'éthique de la psychanalyse (1959 – 1960)*, Paris : Seuil, 1986, p. 67.

« Sanction qui frappe le titulaire d'un droit ou d'une action, pour défaut d'accomplissement dans le délai légal, conventionnel ou judiciaire, d'une formalité lui incombant, en interdisant à l'intéressé forclos d'accomplir désormais cette formalité, sous réserve de cas où il peut être relevé de forclusion. Ex : encourt une forclusion celui qui n'a pas interjeté appel d'une décision contentieuse dans le délai légal d'un mois. Comp. Déchéance, nullité, caducité, annulation. »³⁸³

Cela veut dire que nous pouvons jusqu'à un certain délai présenter des preuves pour défendre le cas mais si cette date expire, même si elle peut complètement changer le sort du procès, les preuves ne peuvent plus être produites. Il y a alors dans ce cas, forclusion de la production de ces pièces clés pour la résolution du cas.

C'est ce qui se passe aussi au moment de la structuration du sujet, si nous n'avons pas l'incidence de la métaphore paternelle au moment du déclin du complexe d'Œdipe. Si le Nom-du-Père ne s'inscrit pas à ce moment précis dans l'organisation psychique du sujet, il n'y a pas de deuxième temps.

Cette notion a été bien formulée par Lacan dans le rapport qu'il fait à ce qui se passe dans le livre *Alice aux pays de merveilles*, dans *La question préliminaire pour tout traitement possible de la psychose* :

« À partir d'une parole, un jeu s'institue, en tout comparable à ce qui se passe dans *Alice aux pays des merveilles*, quand les serviteurs et autres personnages de la cour de la reine se mettent à jouer aux cartes en s'habillant de ces cartes, et en devenant eux-mêmes le roi de cœur, la reine de pique et le valet de carreau. Une parole vous engage à la soutenir par votre discours, ou à la renier, à la récuser ou à la confirmer, à la réfuter, mais plus encore, à vous plier à bien des choses qui sont dans la règle du jeu. Et quand bien même la reine changerait à tout moment la règle, ça ne changerait rien à l'essentiel – une fois introduit dans le jeu des symboles. »³⁸⁴

Le refus d'entrer dans ce jeu symbolique, la non-inscription de cette loi symbolique aura des conséquences, comme la non-inscription d'un corps psychique et de l'inconscient même.

Ce qui différencie la structure des psychoses des autres structures (névrose et perversion), c'est le manque de cet élément phallique qui tient le sujet dans son existence,

³⁸³ CORNU, G., *Vocabulaire juridique : Association Henri Capitant*, Paris : PUF, 1996, p. 376.

³⁸⁴ LACAN, J., « Je viens de chez le charcutier », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 63.

dans le langage, dans l'Autre,... qui est le Nom-du-Père. C'est à partir du *Séminaire III* que la notion de structure gagne une place centrale dans l'enseignement de Lacan. Il suit la notion « des structures freudiennes »³⁸⁵ (celles de névrose, psychose et perversion). Mais, à la fin de son enseignement, il laisse de côté cette notion de structure.

Les psychotiques rejettent la castration qui ne s'inscrit pas dans leur subjectivité. Chez eux, cet espace fictif, l'inconscient qui, pour nous, vient d'emblée avec la représentation corporelle unifiée, n'existe pas. L'Autre continue à être un objet total, tout puissant, qui peut tout avoir et jouir. L'Autre est perçu par le sujet comme un autre dangereux (comme nous le voyons dans les délires de persécution), car il est perçu comme une figure porteuse de toute jouissance. Pour les psychotiques il n'y a pas de barrage de l'Autre, ce n'est pas « la Verwerfung. Cet inconscient extériorisé, l'Autre, A, ne porte pas la marque de la castration. »³⁸⁶

Si le signifiant paternel ne remplit pas sa fonction d'« interdiction », il laisse les psychotiques dans la position d'objet de désir de l'Autre, ils sont dans l'impossibilité de chercher à se représenter ce désir. Cela constitue une faille dans leur entrée dans le symbolique, ce qui les expose au « réel » : « La catégorie du réel est essentielle à introduire [...] Je lui donne ce nom en tant qu'elle définit un champ différent du symbolique. C'est là seulement qu'il est possible d'éclairer le phénomène psychotique et son évolution. »³⁸⁷

S'il n'y a pas cette frontière, cette coupure dans la chair par le signifiant du Nom-du-père, il reste un excès de jouissance qui génère une souffrance psychique. Les psychotiques n'ont pas fait face à l'interdit de la jouissance et donc ils n'ont pas eu un réglage de cette dernière. Ils restent débordés par un excès d'énergie pulsionnelle, ils sont constamment envahis par « ce qui n'est pas symbolisé *et qui* reparaît dans le réel »³⁸⁸.

C'est en raison de cette non-inscription symbolique que nous disons que les psychotiques ne sont pas des sujets divisés, coupés par le langage. Il n'y a pas eu la chute de *l'objet a* et ainsi il n'y a pas eu le renoncement d'une parcelle de la jouissance. La non-inscription subjective de ce signifiant phallique, la forclusion, fait qu'il a un manque de réglage de la jouissance de l'Autre qui reste totale (comme celle du père de la horde primitive), jouissance envahissante, sans limite, dérégulée.

³⁸⁵ LACAN, J., « Du rejet d'un signifiant primordial », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 163.

³⁸⁶ GRASSER, F., « L'enseignement du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, juin 1993, p. 25.

³⁸⁷ LACAN, J., « Le phénomène psychotique et son mécanisme », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 95.

³⁸⁸ *Ibid.*, p. 100. Mot en italique ajouté par l'auteur.

Le schizophrène, face à son image du miroir, voit peut être son double c'est-à-dire son corps dans sa dimension « réelle ». Son corps n'est que chair, sans coupure symbolique, sans voile qui le protège du désir de l'Autre. Parfois, c'est son corps qui devient dangereux ou même son persécuteur :

« L'objet, dès lors qu'il n'a pu être articulé aux fondements de la métaphore, c'est-à-dire aux modalités de l'Un que résume l'Idéal du moi, revient dans le corps du sujet en l'espèce d'une autonomie xénopathique et d'une identification récurrente qui trouvent dans ce syndrome leurs formes parmi les plus pures dans le champ des psychoses. Elles sont exactement corrélatives d'un morcellement sans limites du corps. »³⁸⁹

Selon Thibierge « l'image spéculaire ne peut pas rendre compte du réel qu'elle met en forme. Il y a quelque chose qu'elle ne peut pas intégrer [...] Il demeure toujours un reste qui détermine l'image »³⁹⁰. Lacan y a fait référence, comme nous l'avons vu avec ses théories sur le stade du miroir, en maintenant que *l'objet a* va « en arrière » du miroir. Le sujet psychotique ne perd pas cet objet qui « reste dans sa poche ». Donc, chez les psychotiques, ils restent dans une relation spéculaire, imaginaire (a-a'). C'est pour cela que l'image de soi dans les psychoses peut être ou peut devenir précaire et menaçante³⁹¹ : « La fonction phallique faisant défaut, le sujet est envahi par la jouissance mortifère du stade du miroir. »³⁹²

Nous pensons que ce vécu de dissociation du corps, vécu par plusieurs schizophrènes et quelques paranoïaques est la conséquence de la forclusion du Nom-du-Père. C'est une manière de défense du sujet à la psychose, à une jouissance totale qui serait très anéantissante. Nous pensons à ce que J. A. Miller a écrit dans un article³⁹³ dans lequel il affirme que ce qui se passe dans le corps d'un psychotique (ses ressentis et hallucinations) est une réponse du sujet à « quelque chose » qui le dépasse. La dissociation du corps serait une manière de se défendre, de faire face à ce qui le dépasse et dont il n'a pas de représentation.

La différence entre la névrose et la psychose est la suivante : dans la névrose le corps est coupé par le symbolique, par la métaphore paternelle du Nom-du-père, alors que dans les psychoses, il n'y a pas cette coupure par l'inscription de la métaphore paternelle ; le corps

³⁸⁹ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p 144.

³⁹⁰ THIBIERGE, *Clinique de l'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2007, p.45.

³⁹¹ *Ibid.*, p. 23.

³⁹² LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, octobre 1987, p. 84.

³⁹³ MILLER, J.-A., « Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo », in : *Opção Lacaniana*, n ° 41, São Paulo: Edições Eólia, décembre 2000, p. 56.

reste exposé face au « réel », au côté pulsionnel du langage et du corps lui-même. Le sujet, lorsqu'il nous raconte qu'« il n'a plus » de rein ou de nez, fait part d'un ressenti qui est de l'ordre du « réel », le « réel » du corps.

Dans la psychose, la question qui pose problème est l'être du sujet, en raison du manque de distance entre le sujet et son image et entre le sujet et l'objet. Ce manque de limites est responsable d'une autre forme de rapport du sujet au langage et à son corps ; cela ne veut pas dire que les psychotiques sont hors du langage et hors du discours. Comme le montre J. A. Miller : « Nous admettons, en effet, que le langage est déjà là dans tous les cas – pas de différence, en cela, entre névrose, perversion et psychose. »³⁹⁴

Pour nous les psychotiques sont dans le langage mais d'une autre manière. Ils « choisissent » leur manière d'y être. Si nous ne comprenons pas tout le temps leur langage, cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas dans le langage. Nous soutenons l'idée qu'ils ont une organisation psychique différente, plutôt que de dire qu'ils ne sont pas dans le langage ou qu'ils ne sont pas des sujets :

« "L'image du corps" dans un certain nombre des syndromes psychotiques peut n'offrir qu'une prise très réduite, voire inexistante, à quelque chose de l'ordre d'un moi, et requiert pour pouvoir être "présentée" dans un espace possible, une topologie particulière, très différente de celle que nous reconnaissons habituellement. »³⁹⁵

Les psychotiques sont dans le langage mais d'une autre manière, dans une autre organisation (topologie) psychique ; leurs coordonnées ne sont pas les mêmes pour se défendre du désir de l'Autre. Si les psychotiques n'étaient pas dans le langage, ils n'auraient pas besoin de se protéger. Ainsi, Wolfson n'aurait pas besoin de lutter comme un « monstre », contre sa langue maternelle :

« Ç'avait été avant que son beau-père et sa mère n'eussent pris note de son état psychotique, dans lequel il avait été plongé aussi loin dans le passé qu'il pût se souvenir, s'étant toujours senti bien anormal. Et sans doute, ç'avait été étonnant qu'il avait pu presque compléter quatre années d'études au niveau universitaire sans avoir été mis longtemps avant dans un hôpital d'aliénés [...] Poursuivant avec une vraie manie ces études, il tâchait systématiquement de ne pas écouter sa langue maternelle,

³⁹⁴ MILLER, J.-A., « Produire le sujet ? », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 4, mai 1983, p. 32.

³⁹⁵ CZERMARCK, M., « Sur un problème de nosographie des psychoses. Les délires d'imagination, un imaginaire sans moi », in : *Passion de l'objet, études psychanalytiques des psychoses*, Paris : Joseph Clims, 1986, p. 129.

qu'employait exclusivement son entourage et qui est parlée par plus de gens que n'importe quelle autre, excepté le chinois[...] Pourtant, comme ce n'était guère possible que de ne point écouter sa langue natale, il essayait de développer des moyens d'en convertir les mots presque instantanément [...] en des mots étrangers. »³⁹⁶

Pour travailler avec les psychotiques, il faut les écouter comme sujets. Le sujet est impalpable, il est difficile de le substantialiser. Pourquoi continuer à dire que les psychotiques ne sont pas des sujets ? Les névrotiques sont des sujets divisés, partagés entre le Moi et l'inconscient, à cause de l'inscription primordiale du signifiant Nom-du-Père, ce qui leur permet d'avoir un corps et un psychisme. Les psychotiques peuvent bien être reconnus comme un sujet non divisé mais comme des sujets à « la chair ouverte », complètement exposés au « réel », pendant que les névrosés l'ont caché, comme mécanisme de protection dans l'inconscient.

Chez les psychotiques, il n'y a pas cette limite imposée par l'instauration de la Loi symbolique du Nom-du-Père, et c'est pour cela que J. Lacan dit qu'« il est classique de dire que dans la psychose l'inconscient est en surface, est conscient »³⁹⁷ et que C. Soler parle de l'inconscient à ciel ouvert de la psychose³⁹⁸. Ceci est dû au fait que les psychotiques n'ont pas eu de refoulement, de perte de *l'objet a*. Cet objet, *petit a*, soutient le désir et la subjectivité. Il inscrit la possibilité de l'élaboration d'un phantasme et le sentiment d'exister. Sa « perte » permet la séparation du sujet de l'objet ; il est perdu par le passage par l'Œdipe et la castration. Si cette perte n'a pas de lieu, cela peut poser des problèmes comme le sens de la réalité du sujet, son sentiment d'identité, le sentiment d'existence, entre autres.

En conséquence, dans certaines formes de psychoses, le langage peut avoir cet aspect corporel (pulsionnel, « réel ») et peut devenir une menace pour le sujet comme c'est le cas pour beaucoup de schizophrènes tels que Jean.

La dimension propre aux psychoses à la différence, de celle des névroses, est d'envisager le langage et l'Autre, car chez les psychotiques le langage ne fait pas barrage à l'Autre. Pour les névrosés, le langage les protège en quelque sorte de cet aspect pulsionnel, du désir de l'Autre. Chez les psychotiques, comme ils ont une autre organisation, dans une autre

³⁹⁶ WOLFSON, L., *Le Schizo et les langues*, Paris : Gallimard, p. 33.

³⁹⁷ LACAN, J., « Introduction à la question des psychoses », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 20.

³⁹⁸ SOLER, C., *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 2012.

« topologie », ³⁹⁹ le langage peut prendre une forme pulsionnelle qui ne fait pas barrage à la jouissance de l'Autre. Dans ce sens le langage fait barrage, ou non, à l'Autre.

Cet Autre, qui dans un premier temps est représenté par la mère, est le premier qui présente l'enfant au riche monde du langage. Mais dès que l'enfant commence à parler, il va bientôt tester les limites du langage : « "défaut dans l'univers". Cette fonction du défaut, du manque, du trou est strictement équivalente au langage. »⁴⁰⁰ L'autre ne peut pas tout et ne sait pas tout non plus. Par exemple : Pourquoi l'étoile s'appelle étoile ? Pourquoi on ne peut pas prendre une étoile ? Pourquoi on ne peut pas marcher sur les nuages ? Pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi ? L'enfant et son infinité de questions sur le monde et les choses n'ont pas de sens, du moins pour nous. Les questions sans réponses permettent de tester les limites de l'Autre. Il en est de même des questions de l'existence humaine sur l'amour, la mort, le sexuel, comme la fameuse question si gênante pour les parents : "d'où viennent les bébés ?" Et aussi après un décès : "pourrais-je voir papi encore une fois ?" L'enfant commence à faire face à l'insuffisance de l'Autre.

La structure va se définir à partir de la manière et de la possibilité individuelle de se défendre contre ce côté pulsionnel du langage, du « réel » même de l'existence. Autrement dit, la structure du sujet va dépendre de la manière dont il se défend de ce côté pulsionnel, dans le sens freudien, et de ce côté « réel », dans le sens lacanien, de l'Autre, du langage.

Les psychotiques restent dans un « rapport imaginaire » à soi et à l'autre avec la menace permanente de cet envahissement par le « réel ». Par conséquent, tout le monde est vulnérable à la rencontre au « réel ». La question qui est au centre des psychoses, c'est ce manque de frontière, de la présence d'un quatrième terme, ce signifiant le Nom-du-Père qui tient ensemble les instances, l'imaginaire, le symbolique et le « réel ».

« Ce trajet comporte, chacun le sent, un dépassement de la position de Freud, notamment celle exprimée dans « Analyse finie et analyse indéfinie ». La menace qui pèse sur le sujet n'est plus, pour Lacan, la menace de castration, mais la menace du réel. L'existence du sujet va être conditionnée par l'horreur du réel dont la réalité du

³⁹⁹ CZERMARCK, M., « Sur un problème de nosographie des psychoses. Les délires d'imagination, un imaginaire sans moi », in : *Passion de l'objet, études psychanalytiques des psychoses*, Paris : Joseph Clims, 1986, p. 129.

⁴⁰⁰ SKRIABINE, P., « Logique lacanienne », in : *Revue de la Cause*, n° 23, février 1993, p. 71.

fantasme – c'est- à-dire un montage de l'imaginaire et du symbolique – a pour fonction de le protéger. »⁴⁰¹

Si les psychotiques n'accèdent pas à l'inscription d'un signifiant symbolique, fondamental, ils auront des difficultés à rentrer dans la chaîne des signifiants. Il n'y a pas de signifiant unaire qui conditionne un arrimage des autres signifiants qui lui sont associés et qui représentent le sujet. Ainsi il se produit une pluralité de sens, des fragmentations du discours, de la pensée et du corps propre, car le signifiant du Nom-du-Père, ce point d'arrêt, ne s'inscrit pas dans l'organisation du sujet.

C'est pour cela que les psychotiques peuvent avoir une frontière floue entre le soi et l'Autre. C'est pour cela aussi qu'ils peuvent avoir une confusion de ce qui vient d'eux et de l'Autre, comme les voix qu'ils entendent et dont ils ont la certitude qu'elles viennent dans plusieurs cas de l'extérieur : « Je ne vais pas ici rappeler ce qui résulte, là où un système symbolique tient à l'être de nécessiter qu'on le parle, de ce qu'une *Verwerfung* s'y opère : soit le rejet d'un élément qui lui est substantiel. La formule en est la pierre d'angle de mon enseignement : il reparaît dans le réel. »⁴⁰². Ainsi : « le sujet psychotique est sans défense, sans défense contre une jouissance morcelante. C'est la thèse de l'*ego* fragmenté, d'une fragmentation imaginaire. »⁴⁰³. Différemment du sujet névrosé qui « tamponne ce morcellement de la pulsion, par le refoulement [...] le fantasme encadre la jouissance »⁴⁰⁴.

De cette manière, nous allons développer dans la dernière partie le travail avec les psychotiques qui vise à amener une certaine relativisation de cet Autre, pour qu'ils puissent régler cette jouissance sans limites et relativiser la jouissance de cet Autre si puissant. Notre fonction est de les aider à relativiser la jouissance de l'Autre et aussi à apaiser le sujet psychotique du danger d'être anéanti par cet Autre (puissant), à le faire sortir de la place où il est l'objet du désir de l'Autre. C'est un travail qui consiste à tempérer cet Autre, même d'une manière minimale, c'est la : « tentative de cernage du réel »⁴⁰⁵.

Le travail avec eux, comme nous allons le développer dans la dernière partie, vise donc une régularisation de cet excès pulsionnel (jouissance) : « il est nécessaire de créer des

⁴⁰¹ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 64.

⁴⁰² LACAN, J., « De ce que signe Lacan », in : *Scilicet*, n° 1, Paris : Seuil 1968, p. 7.

⁴⁰³ COTTET, S., « Faut-il névrotiser ? », in : *Quarto*, n° 28 - 29, octobre 1987, p. 78.

⁴⁰⁴ *Ibidem*.

⁴⁰⁵ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 59.

défenses là où il n'y en a pas [...] lui offrir, par l'institution, le cadre symbolique qui lui permet, comme Colette Soler le formulait hier, toute mauvaise rencontre. »⁴⁰⁶

Maintenant nous allons voir les conséquences de la forclusion du Nom-du-Père en analysant des cas cliniques, pour ensuite réfléchir aux réponses possibles à ce que serait « la faille structurelle des sujets psychotiques ».

⁴⁰⁶ COTTET, S., « Faut-il névrotiser ? », in : *Quarto*, n° 28 - 29, octobre 1987, p. 78.

CHAPITRE 2 : APPROCHES CLINIQUES

Introduction

Nous avons commencé notre travail par une revue théorique de la psychanalyse, nous nous proposons maintenant une approche plus concrète à travers l'étude de trois cas cliniques. Nous allons réaliser notre lecture du cas Schreber, pour voir le passage d'un état de dissociation schizophrénique à la construction d'une paranoïa. Schreber prend corps à partir de l'écriture de ses mémoires, en principe adressées à son épouse, dans le but de l'instruire de ses conceptions religieuses et des souffrances qu'il était en train de subir. Plus tard, alors qu'il avance dans ses écrits, le destinataire change ; Schreber s'adresse aux hommes de sciences et de religion, en croyant fortement que ces derniers pourraient apprendre par les événements « divins » qu'il est en train de subir. C'est une écriture adressée, qui inclut l'Autre et qui permet le passage d'un corps dissocié à un corps plus constitué.

Nous continuerons avec l'étude de deux cas que nous avons travaillé au *Casa Verde*. Nous commencerons d'abord par le cas d'un patient schizophrénique, Jean, qui est dans un questionnement constant autour de ses énigmes corporelles. Nous élaborerons ensuite un cas de paranoïa, Pablo, qui à notre avis a réussi à se créer « quelque chose » de l'ordre d'un sinthome qui le soutient dans son existence et corps. Pablo, à partir de cette conquête a commencé à diriger un film et à écrire sur le site Internet du *Casa Verde*, des conseils sur sa trouvaille, son « savoir-faire » avec sa paranoïa et ce qu'il a créé pour se soutenir dans son existence.

Dans notre expérience clinique, nous avons pu témoigner de l'existence de sorties possibles, c'est-à-dire de solutions créées par les propres sujets psychotiques pour se « fabriquer un corps », face à l'Autre sans limites de la psychose. Ainsi à partir de la présentation de ces cas, nous voulons écouter leurs vécus corporels et leurs délires comme étant des tentatives de sortie du vide rencontré lors d'une crise psychotique ou du déclenchement d'une psychose.

1 - Analyse du Cas Schreber

Nous allons développer une analyse du cas de Daniel Paul Schreber. Son autobiographie, « mémoires d'un névropathe »⁴⁰⁷ est devenue l'une des sources les plus utilisées pour l'étude de la psychose, en raison de la richesse des détails de ses vécus psychotiques, comme de sa relation au langage et au corps. Il décrit de manière très explicite l'évolution de son état.

Il existe plusieurs cliniciens et théoriciens qui se sont penchés sur son livre. Nous allons développer un « cas clinique » à partir de notre lecture de son livre et nos analyses se sont inspirées aussi des contributions réalisées par Freud, dans ses observations psychanalytiques de son livre autobiographique. Nous nous inspirons aussi de l'article de Lacan dans *Les Écrits, d'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*⁴⁰⁸, puis de ses séminaires sur *Les Psychoses*⁴⁰⁹ et *Le Sinthome*⁴¹⁰.

Pour réfléchir à la question du rapport au corps chez les psychotiques, nous concevons qu'il est crucial d'aborder le cas Schreber, cas inaugural de Freud sur la paranoïa. Dans son œuvre *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia paranoïdes. (Le président Schreber)*⁴¹¹, Freud a étudié le cas Schreber, ce patient qu'il n'a jamais suivi et qu'il n'a jamais connu personnellement, mais qui a laissé par écrit ses mémoires dans un livre.

1.1 - Brève conceptualisation de l'histoire de vie de Schreber

Daniel Paul Schreber est né en juillet de 1842, fils de Pauline Haase et du célèbre médecin orthopédiste et éducateur Daniel Gottlieb Moritz Schreber. Son père a défendu pendant toute sa vie l'idée d'introduire en Allemagne une gymnastique médicale qui aurait comme but de reformer l'homme et la société.

⁴⁰⁷ SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985.

⁴⁰⁸ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1955-1956), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999.

⁴⁰⁹ LACAN, J., *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009.

⁴¹⁰ LACAN, J., *Séminaire XIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005.

⁴¹¹ FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia paranoïdes. (Le président Schreber) », (1911), in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1992.

Ses parents étaient protestants évangélistes, très rigoureux dans l'éducation de leurs cinq enfants. « L'enfance de Daniel Paul est régie par le strict programme d'éducation de son père [...] un véritable système de redressement, voire de persécution, des enfants. »⁴¹²

Il avait une sœur « malade mentale » et un frère atteint d'une « psychose évolutive » qui s'est suicidé à trente-huit ans. Schreber subira trois crises psychotiques à quelques moments cruciaux de sa vie. La première, en décembre 1884, a eu lieu lorsqu'il se portait candidat au Reichstag et, la deuxième en novembre 1893, à l'époque où il a été nommé à la présidence de la Cour d'Appel du Land de Dresde. Entre ces deux crises, pendant huit ans, il a continué de mener une vie « normale » avec sa femme, et à accomplir son travail comme président du tribunal de grande instance du Land, à Chemnitz.

Un peu avant sa première hospitalisation psychiatrique, il a perdu les élections au Reichstag le 28 octobre 1884, où il était candidat du parti national-libéral. En décembre de la même année, Schreber a été hospitalisé avec des symptômes hypocondriaques à la clinique des maladies mentales de l'Université de Leipzig, dont le directeur était le professeur Flechsig, un médecin. Il y est resté quelques mois.

Presque dix ans plus tard, en juin de 1893, Schreber est nommé à la présidence de la Cour d'Appel du Land de Dresde. Quelques mois plus tard, il est de nouveau hospitalisé dans la même clinique, toujours dirigée par le célèbre psychiatre Flechsig⁴¹³, personnage si présent dans les délires de persécution de Schreber.

Au début de sa deuxième hospitalisation, Schreber présentait beaucoup de fatigue, il se plaignait d'avoir des difficultés de locomotion et plusieurs problèmes d'ordre corporel.

À un moment de son délire, Schreber croyait que tout le monde était mort, sauf lui. Les gens étaient pour lui des corps vides. Il montre nettement avec ses vécus la rencontre avec un vide de signification qui « détruit » le sentiment d'existence du sujet, le laisse face à un vide « mortifère », sans bord, c'est-à-dire sans une contention pulsionnelle. Mais ce moment si angoissant de crise peut lui permettre de trouver, créer des réponses à cette énigme de significations que cette rencontre lui impose :

« Tout processus de création est une mise en question de la pulsion de mort [...] Tout cela est patent, sur le plan clinique, dans cet effort extraordinaire chez certains psychotiques, par exemple dans la "catastrophe schizophrénique". Il s'agit d'une sorte

⁴¹² SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985, p. 538.

⁴¹³ Nous n'allons pas développer la relation de Schreber avec le docteur Flechsig et son rapport au langage, qui sont suffisamment nombreux pour faire penser à une psychose paranoïaque, mais qui malheureusement sortirait du cadre de ce travail.

de transposition de la déstructuration de la personne, avec angoisse de mort, souvent incoercible, mélangée de façon narcissique avec la fin du monde. C'est sur cette angoisse de mort, de mise à mort de la personnalité telle qu'elle était ; c'est sur ce fond qu'il va y avoir une tentative de reconstruction. »⁴¹⁴

Dans la phase finale de son délire, il croyait que Dieu voulait le soumettre à une émasculatation, susceptible de le transformer en femme, afin de pouvoir le pénétrer de ses rayons et ainsi créer une nouvelle génération d'hommes ; idée qui n'est pas sans fondement vu que son père voulait créer une nouvelle « race » humaine avec sa gymnastique médicale. Cette vision était une production de son délire générant un concept de « l'ordre des choses », susceptible de redonner au monde son état de béatitude perdu.

L'ordre des choses viendrait par le processus d'émasculatation, qui au début a été vécue par Schreber avec beaucoup de souffrance, mais qui, au fur et à mesure qu'il l'élabore et commence à l'admettre, devient, selon lui, une grande cause. Avec la transformation en femme (l'éviration), il ne devient pas n'importe quelle femme, mais la Femme de Dieu, afin de générer une nouvelle race d'humains « schreberiens ».

Schreber écrit que ces miracles (hallucinations et délires) peuvent l'aider à solutionner l'énigme qui est apparue dans le « vide » du déclenchement⁴¹⁵. C'est à ce moment-là qu'il commence à structurer son délire vers une « paranoïatisation ». À la différence de tous ses médecins qui ont considéré cela comme une simple hallucination, Schreber prétend que cela a un sens.

Schreber commence à écrire ses Mémoires au début de l'année 1900. La même année, le tribunal d'instance l'interdit et le met sous tutelle. En 1901, Schreber fait un recours de cette décision et gagne son procès en 1902. L'interdiction est levée et ses biens lui sont rendus.

« Par la suite, on m'a accordé davantage de liberté de mouvement et permis d'étendre toujours mes relations avec des personnes cultivées. J'ai finalement obtenu (bien qu'en seconde instance seulement) gain de cause dans le procès en mainlevée de l'interdiction [...] Ce jugement reconnaît ma capacité légale, et on me rend la libre disposition de mes biens. »⁴¹⁶

⁴¹⁴ OURY, J., *Création et schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 74.

⁴¹⁵ Nous développerons plus tard ces questions sur l'énigme et le déclenchement.

⁴¹⁶ SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985, p. 16.

Selon Schreber, écrire son autobiographie au début avait pour but d'instruire sa femme de ses conceptions religieuses et des souffrances qu'il était en train de subir. Mais au fur et à mesure que son état évolue et qu'il avance dans ses écrits, il change d'avis en croyant fermement que ces derniers pourraient être utiles pour les sciences et les connaissances religieuses :

« À l'origine de ce travail, je n'avais pas en tête de le publier. La pensée m'en vint seulement à mesure qu'il avançait [...] Je pense fermement, cependant, qu'il serait utile à la science et à la reconnaissance des vérités religieuses que, de mon vivant encore, des autorités compétentes puissent venir faire des vérifications sur mon corps et constater les vicissitudes que j'ai traversées. »⁴¹⁷

Nous percevons cette volonté d'écrire sa propre bibliographie avec l'objectif d'instruire sur l'évolution de sa maladie, comme un désir de transmettre son savoir-faire à l'Autre. À partir de cette écriture, il s'adresse à l'Autre.

Selon Schreber, ces phénomènes auxquels il est assujéti ne peuvent pas être entièrement abordés, car ils dépassent la capacité de compréhension humaine et la limite même du langage ; c'est un vide de signification, la dimension « réelle » et pulsionnelle du langage. Surpris par les voix qui lui parlent dans une autre langue, surnaturelle, non humaine, il a décidé de s'exprimer par des images et des comparaisons similaires aux vécus humains pour se faire comprendre.

Il a beaucoup de conceptions religieuses, mais nous n'allons pas entrer dans les détails. Nous allons plutôt explorer ses délires corporels et la forme finale de son délire.

L'issue finale de son délire est de devenir femme pour s'accoupler à Dieu. C'est la réponse qu'il a trouvé à l'énigme à laquelle il s'est heurté juste avant le déclenchement de sa première crise, lors de sa nomination à la présidence de la chambre à la Cour d'Appel, moment pendant lequel il a eu un rêve auquel il n'a pas prêté beaucoup d'attention.

« Il me venait quelques fois en rêve que ma maladie de nerfs recommençait [...] Un jour, cependant, un matin, encore au lit (je ne sais plus si je dormais encore à moitié ou si j'étais déjà réveillé), j'eus une sensation qui, à y penser 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

⁴¹⁷ *Ibid.*, p. 15.

l'accouplement [...], je ne peux écarter la possibilité que quelque influence extérieure ait joué pour m'imposer cette représentation. »⁴¹⁸

Avant cette nomination, Schreber n'a pas eu beaucoup de soucis professionnels pour ce que nous en savons, étant donné qu'il ne devait qu'étudier et appliquer les lois prévues. Néanmoins, lorsqu'il est appelé à occuper la fonction de président de la Cour d'Appel, son rôle n'est plus d'appliquer la loi, mais de diriger, ce qui implique des capacités personnelles et des exigences d'un autre ordre : « Magistrat chargé, avec le procureur général, de la direction générale de la cour d'appel et investi d'une juridiction personnelle (référés, requête). »⁴¹⁹

1.2 - Le déclenchement

« J'entrais dans mes fonctions de président de chambre à la cour d'appel du Land de Dresde. La somme de travail que j'y trouvais fut singulièrement lourde, [...] Il s'y ajouta l'effort que je m'imposais – inspiré par l'ambition, mais qui découlait aussi de l'intérêt que m'inspiraient ces fonctions – d'acquiescer d'entrée, par l'indiscutable excellence de mes prestations, la considération requise de mes collègues et des autres milieux en cause (avocat, etc.) [...] des exigences d'autant plus grandes, que les membres du conseil (de cinq juges) dont j'avais à assumer la présidence dépassaient presque tous mon âge et de loin (jusqu'à vingt ans d'écart) ; et ils étaient en outre bien plus bien familiarisés que moi sous certains rapports avec la pratique du tribunal où je venais d'entrer. Voilà comment il arriva que je fus après quelques semaines, mentalement surmené. »⁴²⁰

Freud, dans son travail *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa*⁴²¹, a écrit sur le cas Schreber. Il nous apprend que les délires sont un essai de décodage des énigmes posées par la vie du sujet, lorsqu'il se confronte avec une situation indicible, impossible à représenter et à surmonter pour le sujet :

« Et 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*

⁴¹⁸ *Ibid.*, p. 63 et 64.

⁴¹⁹ CORNU, G., *Vocabulaire juridique : Association Henri Capitant*, Paris : PUF, 1996, p. 639.

⁴²⁰ *Ibid.*, p. 64.

⁴²¹ FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Démentia paranoïdes. (Le président Schreber) », (1911), in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1992.

*que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction. »*⁴²²

Il s'agit d'une tentative de donner sens à cet inconnu, à cet irreprésentable de l'ordre du « réel », à partir des propres créations du sujet, comme dans le cas Schreber. Ce sens n'a parfois aucune liaison avec la réalité commune. Cette rencontre avec le « réel » est très déconcertante pour Schreber :

« C'est de là, de ce lieu de la structure qu'émanent tous les phénomènes qui surgissent dans le réel, dans le monde extérieur au sujet, car ils n'ont pas pu être symbolisés. Schreber témoigne de ce savoir ; il en analyse les conséquences sur l'identité qu'il perd, la réalité qui se bouleverse, son corps qui se morcelle. »⁴²³

Au début de sa maladie, il écrit que les voix qu'il entendait ne lui faisaient pas sens, ce qu'il a nommé des « perturbations », des brouillages de son, des interférences sonores qui l'empêchaient de trouver le sommeil. Il est arrivé à la clinique du Docteur Flechsig, après avoir fait une tentative de suicide, dans un état de sidération totale. Il est resté les cinq premiers jours dans son lit, envahi par une pensée constante de mort.

Nous pouvons remarquer que ces premiers mois d'hospitalisation ont été marqués par beaucoup d'angoisse résultant de l'envahissement par le « réel » et par la jouissance absolue et mortifère de l'Autre. « Mais la première année de mon séjour au Sonnenstein, les miracles étaient d'un caractère si inquiétant, que je croyais devoir craindre quasiment sans trêve pour ma vie, pour ma santé ou pour ma raison. »⁴²⁴

Dans le cas Schreber, Freud met en rapport la « catastrophe mondiale », décrite par Schreber comme une perception, une représentation de son chaos intérieur à cette époque. Nous verrons que cela entrainera un bouleversement et deviendra le pacte entre Dieu et lui pour faire émerger « l'ordre des choses ». Moment de l'interprétation de Schreber aux phénomènes de l'ordre du « réel », « l'interprétation, recherche d'un sens unifiant à tous ces phénomènes de certitude énigmatique »⁴²⁵.

⁴²² *Ibid.*, p. 315.

⁴²³ GRASSER, F., « L'enseignement du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, juin 1993, p. 22.

⁴²⁴ SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985, p. 178.

⁴²⁵ GRASSER, F., « L'enseignement du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, juin 1993, p. 22.

Selon Schreber, le déclenchement de sa crise se produit lorsqu'il est appelé à prendre la place du Président de la Cour Supérieure d'Appel. À ce moment précis, il y a eu un manque de signifiant pour répondre à cet appel, il est forclos pour Schreber. Comme il n'a jamais été représenté (symbolisé) par Schreber, il fait un retour du « réel », avec la pensée de « comme il doit être bon d'être une femme », et plus tard avec le délire d'être une femme. Cette idée du retour du « réel » de ce qui n'a pas pu être représenté par le sujet vient de Freud, lorsqu'il affirme :

« 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, parvient au conscient sous la forme de perception venant de l'extérieur. »⁴²⁶

Ce qui n'est jamais parvenu à la conscience du sujet psychotique est ce que Lacan nomme le signifiant Nom-du-Père, à partir des pensées de Freud. Le manque de ce signifiant déclenche une crise au moment où le sujet est convoqué pour répondre à cette place qui manque de signifiant pour lui et ainsi il ne peut pas y répondre. Cela le pousse à remmailler cette fissure structurale. Il s'agit d'un travail incessant pour retrouver la « paix », la « stabilité mentale », « quelque chose » qui lui sert de suppléance pour être dans soi (habiter son corps, avoir un corps psychique) et dans le monde. « Il y témoigne de ce qu'est la psychose, et du mode de reconstruction unifiant de son monde qui fut bouleversé, désarticulé par le déclenchement de sa maladie. »⁴²⁷

1.3 - Évolution du cas Schreber

Schreber a été informé, en juin 1893, de sa nomination à la présidence de la Cour d'Appel, poste qu'il a occupé à partir du mois d'août de la même année. Entre le moment où il a été informé de sa nomination et le jour de sa titularisation, Schreber a rêvé que son trouble nerveux recommençait. Il raconte que pendant les premières heures du matin, entre le sommeil et la veille, il pensait ce « doit être une chose singulièrement belle que d'être une

⁴²⁶ FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Démentia paranoïdes. (Le président Schreber) », (1911), in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1992, p. 311.

⁴²⁷ *Ibid.*, p. 23.

femme en train de subir l'accouplement »⁴²⁸. Selon lui, il aurait rejeté cette idée avec la plus grande indignation s'il avait été conscient.

Il s'en est suivi un fort accès d'insomnie qui l'a conduit à une nouvelle hospitalisation à la clinique de Flechsig. Il est rapidement entré dans un cadre que nous appellerions aujourd'hui de schizophrénie paranoïde, avec des hallucinations, des délires de persécution de contenu mystique et sexuel, et présentant aussi des délires cénesthésiques et des pensées de mort.

Au début de son hospitalisation, il exprimait des idées hypocondriaques. Il se plaignait d'avoir un ramollissement du cerveau, et pensait qu'il allait bientôt mourir. Les idées de persécution se posaient dans son cadre clinique, fondées sur des illusions sensorielles qui cependant ne semblaient apparaître que sporadiquement, au début, alors que dans le même temps, un haut degré d'hyperesthésie était observable (grande sensibilité à la lumière et au bruit). Plus tard, les illusions visuelles et auditives sont devenues plus fréquentes, avec des troubles cénesthésiques. Elles ont dominé tous ses sentiments et ses pensées. Il se croyait mort et en état de pourrissement :

« S'agissant d'autres organes, je veux encore me souvenir de l'œsophage et des intestins, qui se trouvaient être fréquemment déchirés ou se volatilisaient [...] En dehors de tout cela, je dois signaler un miracle qui prenait tout le bas-ventre, désigné sous le nom de *pourriture du bas-ventre* [...] Elle jetait dans mon ventre, avec la brutalité la plus consommée, les matières putrides qui engendrent la pourriture intestinale, de sorte que plus d'une fois je crus devoir pourrir à corps vif, et que l'odeur cadavéreuse la plus nauséabonde s'exhalait de ma bouche [...] corps en putréfaction. »⁴²⁹

Il affirmait que son corps était traité de manière « dégoûtante » et, comme il l'a déclaré jusqu'à la fin de son traitement, il a traversé les pires horreurs que nous puissions imaginer, au nom d'un ordre sacré.

Nous pouvons remarquer dans ses mémoires l'importance centrale qu'a son corps dans toutes ses hallucinations et dans l'élaboration de son délire. « À ce jour et depuis les origines de ma relation avec Dieu, mon corps n'a cessé d'être la cible de miracles divins. »⁴³⁰ :

⁴²⁸ SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985, p. 63 et 64.

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 184 et 185.

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 178.

« Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y ait pas, de façon passagère, des phases infiniment douloureuses, et que ne puissent être occasionnées par des attentes très considérables, qui font craindre les dangers les plus extrêmes. Parmi tous ces miracles [...] avec mon éviration. Et parmi eux, toutes les transformations de mes *parties génitales* [...], venait ensuite l'évulsion miraculeuse de *poils de barbe*, et tout spécialement de poils de moustache, enfin une transformation de la stature tout entière (réduction de la taille corporelle) – consistant vraisemblablement en tout tassement des vertèbres et probablement aussi de la substance osseuse des cuisses [...] j'avais moi-même l'impression que mon corps était devenu plus petit de six à huit centimètres, et qu'il se rapprochait de la taille d'un corps de femme. »⁴³¹

« ... ce jour-là, je fus en possession d'un autre cœur. (Cela, comme toute la relation de miracles perpétrés sur mon corps, paraîtra étrange à tout le monde au-delà de toute mesure.) Par contre, *mes poumons* ont été pendant longtemps l'objet d'assauts violents et très menaçants [...] J'avais la nette sensation que mon diaphragme se trouvait remonté tout en haut de la poitrine, presque immédiatement sous le larynx, et qu'il ne restait plus à l'intérieur qu'un petit reste de poumons qui me permettait juste de respirer. »⁴³²

« Presque à la même époque, une partie importante de mes côtes fut détruite passagèrement [...] venant du neurologue viennois déjà cité au chapitre V, un « estomac de juif » de valeur très inférieure, en place de mon estomac sain et naturel [...] J'ai vécu avec plusieurs reprises, pendant un temps plus ou moins long, sans estomac. »⁴³³

« J'avais très fréquemment – cela est encore le cas tous les jours, à intervalles réguliers – la sensation que la paroi de ma calotte crânienne dans son ensemble s'amincissait transitoirement ; la chose consistait en ceci que la substance osseuse de ma calotte crânienne était passagèrement pulvérisée [...] de sensations pénibles. »⁴³⁴

À partir de ces descriptions de Schreber sur ses vécus corporels, on peut percevoir, l'hypocondrie dans la psychose. C'est ce qui peut nous permettre de penser à un diagnostic

⁴³¹ *Ibid.*, p. 180.

⁴³² *Ibid.*, p. 181.

⁴³³ *Ibid.*, p. 182.

⁴³⁴ *Ibid.*, p. 186.

différentiel de psychose, car dans ces vécus Schreber n'a pas un tiers, un bord qui fait protection entre lui et l'Autre.

Par les récits de son vécu corporel, dans un premier moment hallucinatoire, Schreber nous donne l'impression de veiller un corps mort. À cette période, il a du mal à pouvoir ressentir son corps, comme si son corps parfois n'était pas là, comme s'il avait besoin d'avoir mal pour pouvoir se sentir en quelque sorte habiter ce corps devenu étranger à lui. Parfois, les psychotiques nous donnent l'impression que leurs corps ne leur appartiennent pas⁴³⁵.

Ainsi nous voyons clairement que l'image du corps n'est pas un simple reflet, ce n'est pas le reflet du corps physique dans le miroir, mais une symbolisation du sujet de ce corps⁴³⁶.

Donc, nous voyons bien que l'image du corps est une construction psychique se traduisant dans un reflet qui peut, dans certains cas, devenir menaçant pour le sujet. Certaines personnes, lorsqu'elles se regardent dans un miroir, voient des visages horribles, déformés, menaçants, plus proches d'une tête de mort ou de la mort même. Le rapport du psychotique à son corps et à son image peut être complètement disjoint. Comme nous pouvons le voir dans un exemple de Lacan :

« *Je n'ai pas de bouche*. Elles nous apprennent qu'elles n'ont pas d'estomac, et en plus elles ne mourront jamais [...] Ce à quoi elles se sont identifiées est une image où manque toute béance [...] à la fois elles sont mortes et elles ne peuvent plus mourir [...] ici le sujet s'identifie symboliquement avec l'imaginaire. »⁴³⁷

Il existe aussi plusieurs autres cas tels que les psychotiques qui passent des heures devant le miroir ou le reflet de leur image. Par exemple, un schizophrène de la clinique de La Borde, par période, passe des heures à se regarder dans la glace. Ce patient doit trouver apparemment dans son reflet, dans son image dans le miroir « quelque chose » qui le soutient, lui offre une sorte de sentiment de continuité d'existence, en ce sens qu'il se voit. Pour nous l'idée d'*avoir* un corps est en rapport avec le sentiment d'existence du sujet, ce qui lui permet une certaine « stabilisation » psychique et d'être dans le lien aux autres. Comme nous l'apprend Winnicott, cela a un rapport avec le sentiment de continuité de l'existence. Selon

⁴³⁵ Comme nous le verrons ensuite.

⁴³⁶ Ainsi, un patient du *Casa Verde* lorsqu'il se regardait dans un miroir, ne voyait qu'une tâche. Cela nous a suscité une réflexion sur le corps dans la psychose. C'est aussi le cas d'un personnage du livre « le horla » de Guy de Maupassant (MAUSSANT, G., *Le Horla*, Paris : Libro, 2006). C'est une histoire dans laquelle il raconte que lorsque le personnage se regarde dans le miroir, il ne voit rien, il est devenu transparent, invisible.

⁴³⁷ LACAN, J., « Au-delà de l'imaginaire, le symbolique », in : *Séminaire II : Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse* (1954 – 1955), Paris : Seuil, 2009, p. 278.

Danielle Roulot, c'est une tentative de « la nécessité qui instaure, pour chaque psychotique, un « tenant-lieu de continuité »⁴³⁸. Car « un schizophrène ne dispose pas de ce que Winnicott appelle "l'espace transitionnel" »⁴³⁹. Cet épisode de se regarder fixement dans la glace peut être une tentative de se rassembler dans une unité, d'avoir un sentiment d'existence, d'appartenance à ce corps. Comme nous pouvons voir dans les conversations de J. Oury avec un pensionnaire de la clinique de La Borde et sa conclusion :

« - Que vois-tu dans la glace ?

- Je ne te vois pas !

- Que vois-tu dans la glace ?

- Je ne me vois pas.

- Que vois-tu dans la glace ?

- Je vois ce que tu ne verras jamais ! [...]

- Je veux voir si c'est Paulette qui est là [...]

Le miroir vient structurer de façon prégnante ces oscillations existentielles[...] dans cette scène un effort de création au sens où tu l'entends, une tentative de rassemblement, de mise en forme. »⁴⁴⁰

Cette mise en forme est une tentative de délimiter le débordement pulsionnel, la jouissance de l'Autre et ainsi d'acquérir un espace de repos. Pour S. Thibierge :

« Abely le résume bien : "Ce signe consigne, comme son nom l'indique, en un besoin qu'ont certains sujets de s'examiner longuement et fréquemment devant une surface réfléchissante. Ils utilisent souvent des glaces, les miroirs. Leur examen porte surtout sur leur visage, mais aussi sur l'ensemble du corps [...] les malades cherchent, à la faveur de cette absorption spéculaire, à prévenir un morcellement dont ils remarquent les premiers effets. C'est pour me retrouver [...] Citons encore le maquillage devant le miroir, fréquent chez ces malades à cette période. Nous pouvons rapporter toute cette

⁴³⁸ ROULOT, D., « Le tenant lieu de continuité », in : *Schizophrénie et langage*, Paris : Érès, 2004, p. 128.

⁴³⁹ DEPUSSE, M., « La désinvolture de l'être », in : *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, Paris : Calmay-Lévy, 2010 p.66.

⁴⁴⁰ OURY, J., « Paulette et le miroir », in : *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, Paris : Calmay-Lévy, 2010 p.149 et 150.

série de phénomènes à la tentative de parer un délitement de l'image en train de s'opérer. »⁴⁴¹

Notre image et notre corps, comme nous le montrent nettement Schreber et ces exemples, peuvent devenir étrangers à nous même. Cela peut arriver à tout le monde, même à une personne non psychotique, car, tous, nous avons des angoisses par rapport à notre image. Nous pouvons vivre de « drôles » expériences avec le miroir. Parfois, nous pouvons être surpris par notre regard, par notre reflet :

« Je ne peux voir mon visage autrement que sous une forme inversée dans un miroir. Cependant, il en va de même pour d'autres parties du corps ; mais le fait que le lieu d'où je vois, d'où j'entends et d'où je parle me soit directement insaisissable ouvre une réserve d'étrangeté à moi-même, faisant échec à une pure réflexivité ou à une immédiate auto appréhension. »⁴⁴²

Le stade du miroir de Lacan montre que pour que le Je puisse advenir, il faut que le Ça se coule (nos sensations, nos pulsions, la jouissance du corps et du langage) un peu, dans une image et que cette image est forcément aliénante, parce qu'elle crée une totalité qui n'est pas vraie. Notre image du corps est une illusion nécessaire, c'est-à-dire une aliénation indispensable pour tenir un peu ensemble et pour soulager les tourbillons de sensations corporelles, pulsionnelles : « L'intégration a donc beaucoup à voir avec le mécanisme de "liaison des pulsions" [...] L'image du corps est non pas à entendre comme reflet spéculaire, mais comme représentation ou ensemble de représentations. »⁴⁴³

Il faut donner une signification à ses constantes sensations, ses tourbillons pulsionnels dans une image, qui vient contenir l'excès de jouissance. Alors, cette image-là permet l'acquisition d'une forme par laquelle le psychisme et notre représentation de corps se constituent.

Il y a « quelque chose » dans le reflet, « quelque chose » de l'ordre de l'aliénation qui « joue », le fait que nous sommes constitués par « quelque chose d'autre ». Donc, nous

⁴⁴¹ THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999, p. 16 et 17.

⁴⁴² LE POULICHET, S., *Psychanalyse de l'informe : Dépersonnalisations, addictions, traumatismes*, Paris : Champs essais, 2009, p. 23.

⁴⁴³ ROULOT, D., « Entre corps et représentations : L'intégration », in : *Schizophrénie et langage*, Toulouse : Érès, 2004, p. 123

pouvons faire cette expérience étrange de ne pas nous reconnaître, ou de nous fixer sur un détail que nous n'avons jamais aperçu auparavant et nous voir autrement.

Ceci est différent d'un reflet menaçant dans le miroir, ou de l'absence de reflet de soi. Nous pensons qu'au moment où l'image devient menaçante, déformée, invisible ou horrible, cela est la conséquence de troubles dans la délimitation entre le soi, l'autre et l'extérieur. Ce manque de délimitation est un des facteurs qui nous aiderait à réfléchir à la question du diagnostic. Le diagnostic doit être pensé au cas par cas. Dans la névrose obsessionnelle, l'image du sujet peut aussi devenir persécutrice comme nous montre Hamlet avec l'image de son père qui lui vient comme forme de menace. Nous pouvons aussi retrouver chez les névrosés des images de soi et corporelles distordues, mais elles sont d'un autre ordre.

Ces phénomènes sont devenus plus importants chez Schreber à partir de sa deuxième crise. Il essaie avec ses délires de donner sens à tout ce qu'il subit ; « à véhiculer non pas des pensées accomplies, mais des débris de pensée, dont c'est la tâche qui échoit en quelque sorte à mes nerfs que de les faire, en quelque façon, aboutir au sens. »⁴⁴⁴

Il est intéressant de remarquer l'évolution de ce cas : Schreber commence avec une psychose initialement aiguë (schizophrène, dissocié, dans un état confusionnel, où son corps est manipulé...) jusqu'au développement d'un cadre clinique paranoïaque. Dans la paranoïa, la seule pathologie de Schreber est son délire ; en dehors de son délire Schreber mène une vie « normale ».

La forme finale de l'évolution de la maladie de Schreber passe par la voie d'une « paranoïsation », au travers de laquelle il peut en quelque sorte s'organiser. Dans ce sens, il est important de souligner que Freud parle de délire comme d'une tentative de guérison. Dans ce cas, on peut comprendre cette solution comme une sortie de la schizophrénie par une solution paranoïaque.

Pour illustrer la préservation des capacités du patient Schreber, le Dr Weber, médecin après Flechsig, écrit dans son rapport de 1899 les observations suivantes :

« Sans entrer plus avant dans le détail de l'évolution de la maladie, j'aimerais seulement indiquer la manière dont, par la suite, le tableau clinique de la paranoïa que nous avons à présent devant nous se dégagait, se cristallisant pour ainsi dire hors la psychose aiguë du début [...] Ainsi le Président Schreber, en dehors des symptômes psychomoteurs dont le caractère morbide s'impose même à un observateur superficiel,

⁴⁴⁴ SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985, p. 250.

ne semble actuellement présenter ni confusion, ni inhibition psychique, ni diminution notable d'intelligence – il est calme, sa mémoire est excellente. »⁴⁴⁵

Son médecin, le Dr Weber, rapporte qu'il était en mesure de répondre à plusieurs questions, sans nécessairement subir l'influence de son délire. Il décrit également dans son rapport, que pendant deux repas qu'il a pris en compagnie de Schreber :

« il dispose d'un grand nombre des connaissances, non seulement en manière juridique, mais encore dans beaucoup d'autres domaines, et il est capable de les exposer dans un ordre parfait ; il s'intéresse à la politique, à la science à l'art, etc., et s'occupe continuellement de ces sujets... ; et, en ce qui touche ces matières, un observateur non prévenu de l'état général du malade ne remarquerait rien de particulier. »⁴⁴⁶

L'essence de son système délirant final se basait sur le fait de croire qu'il avait pour mission de rédimier le monde et de restaurer son état de bonheur perdu. Ce fait est l'aboutissement du système délirant du patient. En ce sens, la schizophrénie paranoïaque initiale, partant de représentations délirantes fragmentaires, évolue dans un délire systématisé vers un système délirant organisé, typique de la paranoïa.

Ainsi, il passe de la période initiale de dissociation du corps et évolue vers un délire d'émasculat⁴⁴⁷ pour se reproduire avec Dieu. Il laisse son état d'homme et devient la femme de Dieu, ce qu'il appelait Éviration. Tout ce qui était en opposition à cet objectif, était considéré comme contraire à ce qu'il appelait l'« ordre des choses » et qui serait un principe d'organisation, correspondant à la manière dont Schreber essayait d'organiser son monde externe et interne.

Schreber jouit de son image de femme, il reste des heures devant le miroir à se contempler. Il reste souvent devant le miroir pour admirer la transformation de son corps d'homme en femme.

L'émasculat⁴⁴⁷ de Schreber, le fait d'être transformé en femme a été un point fondamental dans son système délirant et qui persistait même après sa « guérison ». Cette idée est présente dans sa pensée avant le déclenchement de sa psychose (« c'était l'idée que, tout

⁴⁴⁵ FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Démentia paranoïdes. (Le président Schreber) », (1911), in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1992, p. 267.

⁴⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁴⁷ Le mot que Schreber s'approprie, qui a un sens de castration « amputation des testicules (orchidectomie) et du pénis (pénectomie) est intéressant.

de même, ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement »), puis dans la première phase de son délire (être utilisé sexuellement par Flechsig) et dans sa forme finale (être la femme de Dieu).

Toute cette évolution de son délire a été une réponse à sa sidération première au début de sa psychose et à tous les phénomènes qui ce sont déclenchés. Schreber nous apprend cette création singulière et qu'il est important que nous prenions en compte la « logique » derrière tout ce que nous racontent les psychotiques et qu'en quelque sorte nous les soutenions dans leur construction, dans leur organisation d'une défense et d'eux-mêmes. Pour nous, Schreber est parvenu « tout seul » à faire cette création :

« Celui qui n'a pas vécu personnellement l'expérience des prodiges dont je parle ne peut guère se faire une idée du degré de ce ralentissement [...], au point qu'on finirait par sortir de ses gonds, si l'on ne s'était pas, toujours plus, ingénié à trouver les moyens de défense appropriés. »⁴⁴⁸

« Il ne reste plus alors, comme recours ultime, qu'à lancer des injures à haute voix, ce à quoi j'en viens de temps à autre, mais j'espère en confiance que cela sera de moins en moins nécessaire [...] Tous les phénomènes qui viennent d'être décrits ont subi de nombreuses modifications au cours des années et ils sont aujourd'hui encore susceptibles de changement. »⁴⁴⁹

« Tout mon art de vivre, dans ces conditions démentielles qui désormais sont celles de mon existence [...] c'est-à-dire que cet art de vivre consiste à trouver un compromis par lequel et moyennant quoi, d'une part, la pénétration des rayons divins peut se produire en liaison avec la présence de volupté d'âme à laquelle ces rayons prennent part – et par conséquent cette pénétration est mieux acceptée [...], de temps à autre, et surtout la nuit, d'un repos humainement exigible procuré à mes nerfs de l'entendement, et me ménager la faculté de me livrer à des occupations plus en rapport avec les besoins de mon esprit. »⁴⁵⁰

Nous considérons que dans le changement qui s'opère dans le délire de Schreber, avoir son corps transformé et devenir la femme de Dieu, se trouve l'idée aussi de reconquérir « l'ordre des choses ». Il a trouvé là une solution à l'énigme à laquelle il s'est heurté lors du

⁴⁴⁸ SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985, p. 256.

⁴⁴⁹ *Ibid.*, 258.

⁴⁵⁰ *Ibid.*, 322.

déclenchement de sa psychose, par sa rencontre avec le « réel », ce qui n'est pas représenté par le symbolique. Ce vide de signification trouvé au moment du déclenchement d'une crise a une dimension déchirante ; le sujet essaie de donner sens à ce vide énigmatique, de trouver une solution qui fasse barrage au Ça. Cette solution doit être bien consolidée et structurée pour le tenir : « Il avait en effet, d'une part, construit un système délirant ingénieux, qui a le plus grand droit de susciter notre intérêt, d'autre part, sa personnalité s'était réédifiée, et il s'était montré à la hauteur des tâches de la vie, à part quelques troubles isolés. »⁴⁵¹

Pour nous, Schreber trouve une stabilisation temporaire⁴⁵² lorsqu'il s'approprie le signifiant « femme de Dieu » qui lui permet un certain ancrage de son être et une diminution de son état délirant et de ses angoisses. Il « se fait corps », c'est-à-dire qu'il arrive à faire arrimage de son corps dissocié et vécu comme étranger par l'identification à un corps féminin. C'est un signifiant qui vient le protéger de cette chose qui le dépasse, à savoir la jouissance, débordement si fréquent dans la psychose. Ce qui vient donner l'ordre au monde, selon Schreber, mais selon nous c'est ce qui vient ordonner et donner sens à son monde psychique, à ses pulsions dissociées, qui lui permet d'être dans le lien : « L'essentiel de sa mission salvatrice consisterait en ceci qu'il lui faudrait d'abord être changé en femme. Non pas qu'il veuille être changé en femme, il s'agit là bien plutôt d'une « nécessité » fondée sur l'ordre universel »⁴⁵³.

Comme Lacan même le remarque :

« A partir de ce que j'appelle le coup de cloche de l'entrée dans la psychose, le monde sombre dans confusion, et nous pouvons suivre pas à pas comment Schreber le reconstruit, dans une attitude de consentement progressif, ambigu, réticent, *reluctant*, comme on dit en anglais. Il admet peu à peu que, la seule façon d'en sortir, de sauver une certaine stabilité dans ses rapports avec les entités envahissantes, désirantes, qui sont pour lui les supports du langage déchaînés de son vacarme intérieur, est d'accepter sa transformation en femme ». Là nous suivons « l'évolution du délire [...] à mesure que son monde se reconstruit sur le plan imaginaire. »⁴⁵⁴

⁴⁵¹ FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia paranoïdes. (Le président Schreber) », (1911), in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1992, p. 267.

⁴⁵² Nous disons stabilisation temporaire, car après la mort de sa femme, Schreber est encore une fois hospitalisé jusqu'à sa mort, quatre ans plus tard.

⁴⁵³ *Ibid.*, p. 269.

⁴⁵⁴ LACAN, J., « Les entours du trou », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 290.

Nous développerons dans le deuxième chapitre de la partie suivante la notion de *sinthome* (*Séminaire 23*)⁴⁵⁵ de Lacan qui aurait la fonction de suppléer le manque constitutif du sujet psychotique et qui serait une création propre au sujet, un savoir-faire avec la langue. Schreber trouve son savoir-faire par le support de ce signifiant d'être femme, et pas n'importe quelle femme, mais La femme de Dieu qui a pour mission de redonner l'ordre à l'univers. Non seulement il se construit son propre savoir-faire, mais de plus, il veut instruire l'Autre par l'écriture de ses mémoires : « Lacan insiste beaucoup sur cette création du sinthome par l'adresse à l'Autre, éditeurs, universitaires, etc. »⁴⁵⁶

Ce signifiant a la fonction d'un point d'ancrage, d'un point d'arrêt pour son être ; il règle de quelque sorte l'invasion pulsionnelle qui envahissait Schreber :

« j'avais à supporter les avilissements les plus profonds dans ma personne même, et alors tous les jours je me sentais menacé des dangers les plus effrayants ; j'avais trouvé à l'adresse des rayons cette parole : "Il doit y avoir une justice immanente, cela ne peut exister qu'un homme comme moi, aussi moralement immaculé et qui se tient sur le terrain d'ordre de l'univers dans son combat contre les puissances hostiles, puisse tomber, innocent holocauste, pour les péchés des autres." Cette parole qui ne se soutenait alors d'aucun repère, et qui, à l'époque, dirais-je, procédait plutôt d'un sentiment instinctif, a désormais, avec les années [...] trouvé matière à se vérifier [...] toujours d'avantage le combat mené contre moi perde son caractère haineux ; et toujours plus supportables se font et ma condition physique [...] et les conditions extérieures de mon existence »⁴⁵⁷.

Nous avons développé le cas Schreber, car nous supposons qu'il a réussi à se construire un sinthome : il parvient en effet à se tenir stable, à reprendre sa vie et son travail. Même si après la mort de sa femme il retombera dans un état de dissociation dont il ne sortira plus, il aura réussi à créer temporairement « quelque chose » de l'ordre symbolique qui le tient dans son existence et dans son corps et cette création vient faire nouage aux trois registres de sa réalité, le « réel », le symbolique et l'imaginaire. Les psychotiques peuvent inventer, créer « quelque chose » qui amarre ces trois ordres. Néanmoins cela ne signifie pas que cela fasse « soudage », même en parvenant à les lier, de la même manière qu'ils se sont

⁴⁵⁵ LACAN, J., *Séminaire XIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005.

⁴⁵⁶ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 59.

⁴⁵⁷ SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985, 331.

attachés, ils pourront se détacher : c'est pour cette raison que nous avons choisi d'utiliser le mot « stabilisation ». Pour nous Schreber parvient à se construire un sinthome, à être stable pour quelques années à partir de son travail d'écriture de ses mémoires, d'une création à partir du « réel », mais qui est d'ordre symbolique ; c'est pour cela que nous parlons de sinthome et non de suppléance. Notre dernier chapitre sera consacré à ces questions essentielles : la création et le sinthome.

C'est cette création singulière de Schreber qui nous intéresse. À partir de ces questions sur le corps, abordées dans ce cas, nous avons pu identifier une sortie psychotique, une solution trouvée par lui-même et qui lui offre une certaine stabilisation.

2 - La rencontre avec la clinique de la psychose

Cette thèse a été motivée par la rencontre avec la clinique de la psychose qui a suscité chez nous des questions sur la constitution du corps chez les psychotiques et la possibilité de création d'une suppléance qui les « tient ». Cette rencontre avec les psychoses, au-delà de la littérature, a été un tournant de notre formation et les deux cas cliniques ici développés nous ont guidés pour réfléchir et pour élaborer les questions sur le corps chez les psychotiques et la création d'une suppléance.

Nous avons connu Pablo lors de notre première expérience clinique en santé mentale au *Nucleo de assistência à Saude Mental Casa Verde*, à Botafogo, Rio de Janeiro, Brésil et Jean, un an plus tard, dans cette même institution, alors que j'occupais la fonction de psychologue coordinatrice de l'atelier tournage (dès 1996 à 1999).

Pour que le lecteur puisse comprendre la relation transférentielle que nous avons avec ces deux patients, nous allons expliquer les conditions de cette expérience. Nous allons décrire brièvement notre emploi du temps (temps de réunion d'équipe/ réunion de la *Tribo* (Club)/ supervisions et groupe d'études/ groupes de travail : séminaire annuel/ étude de textes) et le fonctionnement du *Casa Verde*⁴⁵⁸. En tant que psychologue et chercheuse, doctorante en troisième année de thèse, nous y sommes allées, durant deux mois et demi pour écrire les deux cas cliniques développés ci-dessous. Le travail que nous réalisons dans ces cas est une étude longitudinale sur plusieurs années mais différente selon les deux sujets rencontrés et évoqués.

⁴⁵⁸ Hôpital de Jour où nous avons travaillé avec les deux patients dont nous allons développer les cas : Jean et Pablo.

Ainsi nous allons exposer le motif du choix de notre sujet de recherche et nos fondements théoriques. Car, c'est à partir de cette clinique que nous est venu l'intérêt de venir étudier en France, afin de connaître de près la théorie et la clinique psychanalytique française, ainsi que le travail de la Psychothérapie Institutionnelle Française et la Psychiatrie de Secteur⁴⁵⁹.

Les trois ans de travail à l'institution *Casa Verde* et la rencontre avec la Clinique de La Borde nous ont beaucoup apporté sur l'approche des sujets psychotiques et l'importance d'entreprendre un travail particulier dans un Collectif avec eux et d'apprendre avec eux et leur savoir-faire.

Nous nous intéressons au traitement spécifique fondé sur la psychanalyse et les principes de la psychothérapie institutionnelle lesquels visent à entendre le délire et le sujet dans sa souffrance et sa singularité.

Nous allons parler d'abord de l'institution où nous avons rencontré les cas décrits ici pour les développer ensuite. Car, c'est de ce lieu et ces expériences qu'émerge notre désir de clinicien de travailler avec les psychotiques.

2.2 - Le *Casa Verde*

Nous allons présenter brièvement le fonctionnement du Centre d'accueil *Casa Verde* pour que le lecteur puisse se situer par rapport à notre expérience clinique et à notre mode de rapport avec les patients. Le *Casa Verde* a été créé, en 1994, à partir de la rencontre de professionnels du champ de la santé mentale. Ce groupe comprenait au départ des psychiatres qui travaillaient et réfléchissaient ensemble, depuis des années, à la possibilité de créer une telle structure.

Deux de ses fondateurs étaient allés, pendant leur résidence psychiatrique, travailler à la clinique de La Borde à *Cour-Cheverny* en France et cette expérience avait été fondatrice pour la constitution de ce noyau. La réforme psychiatrique était en train de se mettre en place au Brésil et beaucoup de professionnels s'attelaient à trouver des solutions permettant de modifier la manière de traiter les patients en psychiatrie.

Le *Casa Verde* est né au moment de la réforme psychiatrique, dans les années 80, lorsque plusieurs questions se posaient sur la séparation entre la psychiatrie, la psychanalyse

⁴⁵⁹ Au Brésil, une personne qui travaille en santé mentale étudie généralement ces mouvements, principalement ceux qui veulent passer un concours dans la fonction publique. Le système de santé mentale, après la réforme de la psychiatrie brésilienne, s'appuie sur ces principes.

et divers champs du savoir. À l'époque, les débats sur l'accueil, le traitement et le regard porté sur les psychotiques recoupaient différents domaines, de la psychiatrie jusqu'à la politique. La réforme psychiatrique brésilienne⁴⁶⁰ a été caractérisée par la recherche de nouvelles modalités susceptibles de dépasser le modèle hospitalo-centrique existant, principalement en ce qui concerne le traitement des psychoses. Le traitement était une « grande hospitalisation » qui entraînait l'exclusion et l'isolement des aliénés de leur réseau social et souvent sans aucune proposition visant à les intégrer dans leur singularité :

« Dans les dernières décades, plusieurs professionnels de santé discutent et problématisent l'assistance psychiatrique publique au Brésil. Aujourd'hui, le panorama général, bien qu'encore loin de l'idéal, n'est plus appuyé sur le modèle traditionnel appuyé sur la figure du médecin, il ne détient plus comme avant l'hégémonie absolue. »⁴⁶¹

« La revendication de la citoyenneté pour les fous est capable de leur garantir une place dans la vie sociale si l'on considère que ces sujets présentent un autre modèle de subjectivation [...] Une pratique psychiatrique qui se préoccupe de délimiter, dans notre tradition culturelle une autre place pour les malades mentaux ne peut éviter d'affronter ce défi dès l'intérieur de la clinique. »⁴⁶²

Dans ce contexte, les hôpitaux psychiatriques fonctionnaient comme un grand dépôt d'exclus tel qu'il est évoqué dans le livre de Foucault sur l'histoire de la folie⁴⁶³.

La réforme psychiatrique brésilienne a son origine dans le processus de démocratisation du pays et est contemporaine de l'éclatement du mouvement de la réforme sanitaire qui doit permettre l'accès aux soins de santé au plus grand nombre et favoriser l'évolution des modèles de soins :

« Est considérée comme réforme psychiatrique, le processus historique de formulation critique et pratique qui a pour objectif et stratégie le questionnement et l'élaboration des propositions de transformations du modèle classique et des paradigmes de la psychiatrie. Au Brésil, la réforme psychiatrique est un processus qui apparaît de

⁴⁶⁰ Beaucoup inspirée de l'Antipsychiatrie Italienne, de la Psychothérapie Institutionnelle et de la psychanalyse.

⁴⁶¹ CORBISIER, C., « A escuta da diferença na emergência psiquiátrica », in : *Psiquiatria sem hospício*, Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992, p. 9.

⁴⁶² LEAL, E., in : TENÓRIO, F., *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro : Rio Ambiciosos, 2001, p. 24.

⁴⁶³ FOUCAULT, M., « Les insensés », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012.

manière plus concrète et principalement à partir de la redémocratisation, à la fin des années 70, pas seulement fondée sur la critique conjecturale du système national de santé mentale, mais, aussi et surtout, sur la critique structurelle du savoir et des institutions psychiatriques classiques, au centre de la mouvance politicosociale qui caractérisent cette même période de redémocratisation. »⁴⁶⁴

Ainsi les changements thérapeutiques dans les années 80 cherchaient une humanisation des hôpitaux psychiatriques et la création de dispositifs de soins au-delà des murs des hôpitaux, dans le but de maintenir les patients psychiatriques dans la ville, dans leur quotidien habituel. Ces dispositifs comme les hôpitaux de jour, logements assistés, visites domiciliaires, services de loisirs,... sont organisés en réseau, dans une dimension collective prenant en compte la singularité du sujet comme au *Casa Verde* et comme nous le verrons dans la prochaine partie aussi dans les réformes psychiatriques françaises et ses principes de soins.

En outre, les groupes cliniques, dans cette conception, sont organisés en équipe pluridisciplinaire. Avec cette hétérogénéité, il y aurait une plus grande possibilité pour les patients de créer des liens avec les membres de l'équipe : c'est le pari d'une écoute plus élargie qui n'enferme pas le patient dans un savoir.

Par la suite, le groupe du *Casa Verde* a intégré des professionnels de différents secteurs : des psychologues, des psychanalystes, des assistants sociaux, un infirmier et un administrateur. Ensemble, ils ont étudié les modalités pour développer et créer un projet aboutissant au *Casa Verde*.

Partant de la nécessité de retirer les patients psychiatriques des institutions fermées et de créer la possibilité de les réintroduire dans la communauté, ils ont imaginé une forme de soins par laquelle ceux qui étaient exclus, en raison de leurs problèmes mentaux, pourraient bénéficier de ce que nous appellerons une clinique du quotidien.

Cette méthode se caractérise par une attention particulière accordée au sein d'un collectif. Chaque patient est suivi individuellement au cours de son traitement en même temps qu'il participe à des relations établies entre tous les autres patients et l'équipe.

Le *Casa Verde* a pour projet la construction et le renforcement du lien social et émotionnel de l'individu. La vie quotidienne de la maison s'articule sur un large éventail

⁴⁶⁴ AMARANTE, P., in : TENÓRIO, F., *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro : Rio Ambiciosos, 2001, p. 20. Traduction personnelle.

d'activités telles que : différents ateliers, visites de musées ou d'expositions, promenades historiques en ville, sorties au théâtre, au cinéma etc. Ces activités créent une atmosphère créative, chaleureuse et diversifiée.

Le *Casa Verde* est un hôpital de jour où les patients passent leur journée en fonction de la spécificité de leur contrat et de la direction du traitement. Il n'y a pas de chambres, c'est-à-dire qu'aucun patient ne peut passer la nuit au *Casa Verde*. Certains viennent tout seuls, d'autres accompagnés.

Actuellement, l'institution *Casa Verde* est devenue un noyau d'assistance à la santé mentale, développant divers services comme l'hôpital de jour, le « projet éveil » (pour les patients dépendants de drogues), des loisirs assistés, une aide au logement, des consultations, et des programmes d'activités rémunératrices. Dans ce travail-ci, nous ne nous intéresserons qu'aux activités de l'hôpital de jour.

Nous allons voir que ce fonctionnement et ce traitement sont en rapport avec les prémisses de la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur en France. Nous verrons également de quelle manière ils assurent la fonction d'un tissu ou d'un réseau symbolique qui soutient les sujets psychotiques dans leur travail de création d'une suppléance psychique.

2.3 - Le traitement au *Casa Verde*

Lorsque nous commençons à travailler au *Casa Verde*, l'équipe nous recommande de ne pas lire les dossiers de patients et de les laisser nous raconter leur histoire, afin de ne pas avoir d'idées préconçues sur ces mêmes patients et de ne pas être influencée par la vision des autres. Ce sont des recommandations, cela ne veut pas dire que les nouveaux stagiaires ou fonctionnaires ne puissent pas lire les dossiers. Au *Casa Verde* il n'y a pas de règles ; ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de rigueur clinique.

Il est clair qu'au *Casa Verde* les patients sont vus avec leurs singularités et une autre manière d'être dans le monde. Ils ne sont pas insérés dans un moule comme s'ils nous étaient semblables ni soumis aux règles auxquelles nous sommes habitués.

C'est, par exemple, le cas d'un patient diagnostiqué atteint de schizophrénie présent tous les jours au *Casa Verde* et qui ne mange rien tout au long de sa journée. Il mange seulement un repas, le soir, chez lui, il a construit toute une philosophie qui explique cette démarche. Cela a toujours été respecté par tous au *Casa Verde*, personne ne l'a jamais forcé

ou n'a insisté pour qu'il mange, seulement parce que pour « nous », il faut manger tant de fois par jour.

Les patients soignés au *Casa Verde*, ont, dans leur grande majorité, un trajet de longue durée d'hospitalisation dans des institutions asilaires. La difficulté des patients à avoir des liens avec les autres et leur histoire de longues hospitalisations cristallise leur éloignement du lien social et étouffe leur capacité créative : « Il est certain que la folie et l'asilation s'accompagnent toujours d'une désocialisation qui paupérise ceux qui sont enfermés. »⁴⁶⁵

« Dans des structures psychopathologiques, dans la vie courante, quand il n'y a pas d'occasions, pas de rencontres, dans des systèmes concentrationnaires – et ce n'est pas seulement dans les « asiles », ça peut exister aussi dans un H.L.M, dans des espèces de lieux de sédimentation et d'isolation où les gens crèvent sans voir personne – quand il n'y a pas d'occasions, ça se referme. »⁴⁶⁶

Nous comprenons le concept de créativité, de l'espace potentiel, comme le psychanalyste Donald Winnicott⁴⁶⁷, c'est-à-dire, que la créativité a un rapport avec la santé de l'individu. Ainsi, le fonctionnement du *Casa Verde* vise à stimuler le potentiel créatif de chacun. « Ce qui est en question, dit Oury, c'est un processus de créativité qui en même temps est un processus de "reconstruction de soi-même". Il s'agit [...] de lutter contre ce qui semble spécifique à la psychose : une structure "fermée". »⁴⁶⁸

C'est à partir de la notion de Collectif de J. Oury que nous pouvons comprendre de quelle manière le *Casa Verde* accueille les différentes demandes dans leurs singularités⁴⁶⁹.

Le Collectif est une « machine abstraite »⁴⁷⁰, car elle est de l'ordre de l'invisible, de l'inconscient. Ce concept a été créé par J. Oury, précurseur de la psychothérapie institutionnelle française et il est la clé permettant de comprendre le travail réalisé au *Casa Verde*.

⁴⁶⁵ VANIER, A., « Psychanalyse et antipsychiatrie », in : *L'esprit du temps/ Topique*, n° 88, 2004/3, p. 81.

⁴⁶⁶ OURY, J., *Création et schizophrénie*, Paris : Galilé, 1989, p. 96.

⁴⁶⁷ WINNICOTT, D., *Jeu et réalité* (1975), Paris : Gallimard, 1999.

⁴⁶⁸ OURY, J., *Création et schizophrénie*, Paris : Galilé, 1989, p. 65. Mots en italique ajoutés par l'auteur.

⁴⁶⁹ Comme nous allons le voir, dans la dernière partie de ce travail, la notion de Collectif et la fonction diacritique, selon Oury, permet le constant mouvement de la vie. Le traitement de cette institution est centré sur la grande majorité des patients psychotiques, cette fonction est cruciale pour leur traitement.

⁴⁷⁰ Concept que nous développerons dans la partie suivante.

L'idée d'une « machine abstraite »⁴⁷¹, parce qu'elle est invisible, ne peut pas être mesurable et quantifiable, mais ressentie.

Les patients du *Casa Verde*, dans la majorité des cas, sont venus sur le conseil de leur psychiatre ; d'autres, comme Jean et Pablo, sont venus d'une autre institution.

Chaque patient s'approprie différemment l'espace de cette institution et son traitement. Certains sont plus bavards et se sentent dès le début à l'aise dans ce Collectif, d'autres sont plus en retrait.

Pendant les premiers jours de cette expérience clinique, nous étions un peu perdue, confuse. Graduellement, à partir de ce « chaos », de ce doute de ne pas savoir quoi faire, nous avons pu créer notre manière d'être dans le *Casa Verde* avec les patients et l'équipe.

Nous avons tous une théorie introjectée que nous apportons en bagage à partir de nos études. Mais, dans la pratique, il n'y a pas Freud, Lacan, Dolto, Oury pour nous dire ce qu'il faut faire. Les concepts doivent être élaborés par nous-mêmes, car, le principal outil avec lequel nous travaillons, c'est nous même, avec nos marques, expériences, particularités et spécificités. De cette manière, le fonctionnement du *Casa Verde* nous permet de développer, notre matériel et notre forme de travail, la création de notre propre « boîte d'outil ». Maria Tavares, une des fondatrices du *Casa Verde*, reprend dans sa thèse de psychiatrie l'article d'Oury *Les outils conceptuels* (1970). Dans cet article, Oury compare le travail, le traitement de psychoses à celui des « tailleurs de pierre ». Ces travailleurs sont des artisans et chacun a sa propre boîte à outils particulière qui est soignée comme un trésor :

« Une boîte à outils ne ressemble jamais à l'autre, car son contenu se modifie au cours des années de travail [...] tout ce qui est considéré comme étant outil dans cette pratique est approprié et transformé en objet de travail. La construction, appropriation, élaboration et amélioration permanente des outils de travail a lieu, car une pierre ne ressemble jamais à une autre, ainsi il est nécessaire d'adapter les outils à chaque nouveau défi. »⁴⁷²

Pour Winnicott, le « vivre créativement » est comme si nous nous voyons tous pour la première fois. L'individu original se sent plus réel et est capable de se surprendre en fonction

471 Ce concept nous renvoie aussi à *Mille plateaux* de Gilles Deleuze et Félix Guattari et nous allons le développer dans la partie suivante. DELEUZE, G. et GUATTARI, F., *Mille plateaux. Capitalisme et Schizophrénie 2*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1980.

472 CAVALCANTI, M. T., *O tear das cinzas : um estudo sobre as relações entre a Psicose e Instituição Psiquiátrica*, Mémoire de recherche em psychiatria, Institut de Psychiatria De l'UFRJ, 1992, p. 192 et 193.

de ce qui apparaît dans son travail ou sa vie ; « lorsque nous nous surprenons et nous découvrons que nous pouvons nous confier dans notre inattendue originalité »⁴⁷³. Le plaisir est de pouvoir profiter de notre créativité, de suivre nos ressentis. Courir des risques accompagne notre créativité. Éric Porge : « Le normal est en fait une capacité normative. La santé est la capacité de tolérer des infractions à la norme habituelle, d'en instaurer de nouvelles dans des situations nouvelles. »⁴⁷⁴⁴⁷⁵

Au *Casa Verde*, comme dans d'autres institutions qui travaillent avec les psychotiques, une relation différente de la fameuse « neutralité » ou « distance » thérapeutique est appliquée. Nos réponses déjà préétablies sont ainsi déconstruites. Nous sommes convoqués dans une nouvelle relation où aussi notre désir est mis en cause. La spontanéité doit être présente sans perdre en même temps la vision du traitement et sa direction. Il est beaucoup plus important de donner des réponses créatives dans ces moments-là que des réponses « correctes ».

Les réunions, comme les liens que nous avons avec les personnes de l'équipe, offrent un soutien essentiel, pour mener à bien le travail dans une institution qui œuvre avec la clinique des psychoses. Il y a une démarche qui nous amène à nous rencontrer dans ce travail, dans la manière de soigner et qui permet à l'inattendu d'arriver et à la rencontre de se produire ; elle dépend de notre propre désir d'être là et de travailler avec les psychotiques, travail qui nous met toujours en question :

« Parler de création [...] implique cette dimension éthique. Cette création est le propre de l'autre ; et donc il faut donc être capable de se situer soi-même vis-à-vis de l'autre. C'est une façon de définir le transfert [...] En fin de compte, le transfert, c'est le « désir travaillé » [...] Tenir compte de l'autre exige justement de savoir que la relation avec l'autre va dépendre de la place de son propre désir. »⁴⁷⁶

Le projet du *Casa Verde* est que chacun puisse apporter à l'institution sa façon d'être, c'est-à-dire son style⁴⁷⁷ avec son symptôme. Ainsi, à partir de la manière d'être de chaque individu, chacun pourra toucher les autres et ainsi produire des rectifications subjectives.

⁴⁷³ WINNICOTT, D., « Le rôle de miroir de la mère et de la famille », in : *Jeu et réalité* (1975), Paris : Gallimard, 1999, p. 36.

⁴⁷⁴ PORGE, E., « Les premiers pas du Nom-du-Père », in : *Les Noms-du-Père chez Jacques Lacan*, Toulouse : Érès, 2013, p.52.

⁴⁷⁵ Comme nous l'avons vu avec les élaborations de Canguilhem dans la problématique de ce travail.

⁴⁷⁶ OURY, J., *Création et schizophrénie*, Paris : Galillé, 1989, p. 75.

⁴⁷⁷ En faisant référence à « l'ouverture » du séminaire 1 de Jacques Lacan, où il dit « Le style est l'homme même ». LACAN, J., « Ouverture de ce recueil », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999 p. 9.

Ces transformations peuvent générer des changements dans notre positionnement face aux diverses relations et liens que nous avons dans ce travail et créer des possibilités de rencontre ; cela aboutit au changement de notre boîte à outils (nos traits, signifiants, théories) de travail et de notre posture. De même, pour les patients, l'effet de la rencontre peut produire des changements dans leur état psychique : « l'effet d'une *tuché*, d'une rencontre qui vient corriger celle de la perte déclenchante »⁴⁷⁸.

Ainsi il existe une possibilité de la rencontre avec quelque chose de totalement distinct de nous (« réel ») qui était incompréhensible par nos représentations mais qui provoque des effets : « Où, ce réel, le rencontrons-nous ? C'est, en effet, d'une rencontre, d'une rencontre essentielle [...] d'un rendez-vous auquel nous sommes toujours appelés avec un réel qui se dérobe [...] le *tuché*, que nous avons emprunté [...] au vocabulaire d'Arisote [...] Nous l'avons traduit par la rencontre du réel. »⁴⁷⁹ Lacan continue plus loin « le réel se voit présenté sous la forme de ce qu'il y a en lui d'inassimilable »⁴⁸⁰. Et selon Oury, « la création elle-même touche le Réel »⁴⁸¹.

Pour Winnicott, la créativité est profondément liée à la « santé psychique » du sujet, car il est nécessaire d'avoir une certaine flexibilité de nos défenses face à une réalité si imprévisible pour faciliter une plus grande ouverture à l'inconnu. Les membres de l'équipe essaient, à partir de constantes discussions dans les réunions de passage, réunions d'équipe, séminaire cliniques (qui ont lieu une fois par an), de maintenir une ouverture entre eux et les patients pour pouvoir se surprendre dans une écoute attentive.

Ces points, si importants dans la clinique avec les psychoses, inspirés de la Psychothérapie Institutionnelle, comme le *Casa Verde*, telles que la disponibilité, l'ouverture, la flexibilité pour les transformations, ne sont pas dans la nature de la condition humaine. L'étranger, le différent nous laissent généralement dans l'attente, à l'écart. Ce n'est pas tout le monde qui a cette souplesse. C'est un idéal, chacun travaille avec ses limites et dans la vie il y a des mouvements, des variations d'investissement libidinal.

La construction et reconstruction de la manière de travailler et de voir un patient, cet aller et retour d'investissements, le changement constant du groupe de stagiaires sont ce qui permet la fluidité du mouvement dans la clinique du Collectif et ce qui permet la créativité et la diversité de cette clinique. C'est cela que nous pensons être « la machine abstraite » du

⁴⁷⁸ SOLER, C., « Le travail de la psychose », in : *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse et Presses Universitaires du Mirail, 2012, p. 189.

⁴⁷⁹ LACAN, J., *Séminaire XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris : Seuil, 1990, p. 53.

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p. 55.

⁴⁸¹ OURY, J., « Séance 2 mars 1988 », in : *Création et schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 143.

Collectif tant mentionné et étudié au *Casa Verde*. Ce n'est pas simple, car cela peut engendrer des conflits personnels, car les changements ne sont pas faciles à supporter, parce qu'ils rompent avec une certaine habitude. Cela dépend aussi du temps et des limites de chacun, patient ou membre de l'équipe.

Nous estimons que tous ces sentiments et changements demandent un travail continu, d'où l'importance de plusieurs réunions. La réunion d'équipe est essentielle pour l'échange et la résolution des conflits ; les séminaires cliniques sont fondamentaux pour que l'équipe puisse travailler sur son propre fonctionnement ou celui de l'institution.

Le soin au *Casa Verde* se fonde sur la notion de Collectif⁴⁸², tout en visant l'émergence de la singularité de chacun. La richesse de cette forme de traitement est la notion de l'hétérogénéité, car le sens et la direction du traitement pour chacun ne sont pas univoques, au contraire.

La base du fonctionnement et du traitement au *Casa Verde*, comme dans n'importe quelle clinique psychiatrique basée sur la Psychothérapie Institutionnelle et la Psychanalyse, est l'interrogation constante de l'équipe sur son désir, la question si prisée d'Oury - qu'est-ce que je fous là ? - et aussi l'écoute attentive de chaque patient dans le collectif (penser et repenser leur traitement et direction de traitement, dans les réunions de passage, d'équipe, l'écriture d'un cas clinique réalisé par chaque stagiaire). Un point essentiel est aussi l'ouverture à la différence et à la nouveauté. Pour tout cela, travail, réflexion constante de la part de l'équipe, ainsi qu'éthique, investissement et affect sont fondamentaux.

Le désir est un des facteurs primordiaux du traitement, car, sans lui il n'y a pas de possibilité d'action. L'éthique désirante permet la responsabilisation de chacun et permet d'avoir du respect face aux autres et à leurs particularités. Ainsi, il est possible « d'écouter » l'altérité.

La prémisse d'un accueil et d'une écoute orientée par le désir revient à parier qu'un sujet peut émerger de ce travail. Il est nécessaire de mentionner aussi l'importance de la libre circulation dans les divers espaces de l'institution et de la ville.

Les multiples dispositifs de l'équipe (réunions, supervisions, séminaires, ...) fournissent un support à l'élaboration de cas cliniques. Nous ne pouvons pas, comme nous l'avons vu dans la problématique de ce travail, nous laisser guider par une vérité absolue, un savoir universel sur un traitement dit correct ou meilleur pour soigner les psychoses. Au

⁴⁸² Notion que nous allons développer au premier chapitre de la troisième partie de ce travail.

contraire, nous devons être constamment au travail, en raison de l'imprévisibilité de la clinique des psychoses, en développant, grâce aux moyens subjectifs de chacun, l'échange de connaissances et d'expériences, tout ce qui peut enrichir notre travail et la clinique. Pour avoir des subjectivités flexibles et plurielles, capables de se réinventer quotidiennement, il est nécessaire d'avoir au préalable le dialogue, l'échange entre les différents membres de l'équipe ainsi qu'avec les patients.

« L'éco-logique n'impose plus de "résoudre" les contraires, comme le voulaient les dialectiques hégéliennes et marxistes. En particulier dans le domaine de l'écologie sociale, il existera des temps de lutte où tous et toutes seront conduits à fixer des objectifs communs et à se comporter "comme des petits soldats" - je veux dire comme des bons militants, mais, concurremment, il existera des temps de resingularisation où les subjectivités individuelles et collectives "reprendront leurs billes" et où, ce qui primera, ce sera l'expression créative comme telle [...] Cette nouvelle logique écosophique, je le souligne, s'apparente à celle d'artiste qui peut être amené à remanier son œuvre à partir de l'intrusion d'un détail accidentel, d'un événement-incident qui soudainement fait bifurquer son projet initial, pour le dériver loin de ses perspectives antérieures les mieux assurées. Un proverbe veut que «"l'exception confirme la règle", mais elle peut aussi bien l'infléchir ou la créer. »⁴⁸³

Être « en travail », avoir le désir de travailler avec la clinique des psychoses signifie pour nous y être avec nos caractéristiques, styles, particularités et, dans la mesure du possible, en étant ouvert à l'hétérogénéité présente. C'est la rupture de nos paradigmes qui nous ouvre un nouveau champ de possibilités et en même temps génère des doutes et de nouvelles questions. Tous ces points soulevés ici sur le traitement, le Collectif, le travail en équipe, entre autres, seront travaillés dans la partie suivante, dans nos élaborations sur la Psychothérapie Institutionnelle.

2.4 - Pour conclure sur l'importance de cette expérience pour notre travail

Cette expérience de trois ans au *Casa Verde* a été celle d'une rencontre, rencontre avec les psychoses, avec cette clinique et avec notre désir. C'est de là qu'a surgi la problématique de cette thèse, sur le rapport du psychotique à son corps, à ses vécus corporels particuliers. Nous nous sommes demandée : Comment quelqu'un peut-il se regarder dans la glace et

⁴⁸³ GUATTARI, F., *Les Trois Ecologies*, Paris : Galilée, 1989, p. 47.

simplement ne rien voir ? Comment quelqu'un apparemment en bonne santé physique, comme Pablo lorsqu'il voit son image en bonne santé sur l'écran nous demande : « Je suis comme ça ? »

C'est à partir de ces questions que nous avons été amenée à réfléchir sur la constitution subjective et sur l'acquisition d'une représentation corporelle chez les psychotiques. Nous faisons l'hypothèse que le ressenti d'un corps unifié, le sentiment d'*avoir* un corps est lié à la « stabilité psychique » du sujet.

Mais de cette conclusion nous nous demandons :

Qu'est-ce que la stabilité psychique ? Quand pouvons-nous dire qu'un psychotique est stable ?

3 – Le Cas Jean

Nous avons connu Jean M. Junior⁴⁸⁴ en tant que psychotique au *Casa Verde*, en animant l'atelier de tournage. Nous l'avons croisé fréquemment dans l'institution où il était soigné.

Nous avons choisi de travailler ce cas, car Jean nous montre nettement son vécu de débordement pulsionnel par sa relation à son corps et au langage. Jean essaie par les techniques corporelles qu'il invente lui-même et qu'il dit être son traitement pour contenir son débordement pulsionnel, de se créer même minimalement une unité corporelle, un Moi-corporel. Comme il le dit lui-même, tous les hommes sont habités par des forces plus fortes qu'eux-mêmes, quelques-uns parviennent à les contrôler pendant que d'autres non. Dans son cas, cela se voit lorsqu'il nous dit : « Je me sens impuissant pour faire face aux forces tourmentantes », « je lutte contre ces forces », « je n'arrive pas à rendre compte de ces forces ». Il se dit « inconscient » et dans notre interprétation, il serait dominé par des forces du Ça. Selon lui, sa guérison aura lieu lorsqu'il deviendra « conscient », c'est-à-dire, selon nous, lorsqu'il parviendra à se constituer un Moi corporel. Cette conquête aura la fonction de lier, d'attacher ses forces dispersées dans son corps et incompressibles pour lui, de donner une certaine unité à son corps fragmenté. Il est dans une lutte constante à la recherche de sa guérison, de la construction d'un corps que le tient.

⁴⁸⁴ Nous précisons ici que le patient porte le même nom que son père. Au Brésil lorsque le fils de sexe masculin a le même nom que son père, pour le différencier on ajoute généralement un dernier nom : Junior ou dans certains cas Filho.

3.1 - Son histoire

Jean M. Junior est né en 1960, à Barretos, à l'intérieur de l'État de São Paulo, après une fausse couche de sa mère. Il est donc le premier enfant du couple : Francisca et Jean M.

Selon sa mère, son accouchement a été compliqué et elle a eu très peur que son fils ait des problèmes en raison de ces difficultés. Elle a donc fait faire tous les examens nécessaires pour être sûre que tout allait bien. Deux ans après, elle met Claudia au monde et deux ans plus tard Sheila qui est décédée jeune.

Jean Junior a passé son enfance dans le village où il est né. Selon sa mère, il a eu une enfance « normale ».

La relation entre ses parents était très compliquée. Jean M., père, était alcoolique et il avait un comportement « bizarre », tout le monde croyait que c'était à cause de la boisson. Francisca était fatiguée de la vie qu'ils menaient ensemble et a demandé le divorce. Jean avait environ dix ans à cette époque. Francisca est partie avec ses trois enfants habiter dans la ferme de sa famille à Goiana, dans l'État de Goiás, au Brésil.

Le père de Jean est resté à Barretos où il a continué à se comporter de manière excentrique. En plus de continuer à beaucoup boire, il a commencé à donner son argent à tout le monde. Ainsi, la famille a commencé à avoir des doutes sur ce comportement et l'a fait hospitaliser. Il a été diagnostiqué schizophrène.

À l'époque où Claudia et Jean avaient l'âge d'entrer à l'Université, Francisca a décidé de déménager à Rio de Janeiro pour que ses enfants puissent avoir de meilleures conditions d'enseignement.

Francisca avec l'aide d'une de ses sœurs a acheté une petite ferme dans la banlieue de Rio de Janeiro pour ne pas perdre l'ambiance de leur résidence précédente et aussi parce que Jean Junior aimait cultiver un potager.

Les deux aînées ont réussi à entrer dans une université bien reconnue au Brésil, lui en médecine et elle en mathématiques.

Comme cette petite ferme était loin de son université, sa mère lui a trouvé un petit appartement, plus proche de son Université où il n'a pas habité longtemps, car sa maladie a commencé à se manifester. Il s'est mis à dire que les gens l'enregistraient, que sa tante faisait partie d'un groupe d'espionnage et il est devenu extrêmement violent.

Au début, sa mère trouvait « marrante » cette histoire d'espionnage. Un jour, à Noël, Jean s'est dirigé vers sa sœur comme pour l'embrasser mais, à la surprise de tous, Jean l'a frappée. Sa famille a décidé de l'hospitaliser.

Il a été hospitalisé environ sept fois dans des institutions différentes. Sa première hospitalisation a été courte, environ quinze jours. Il a pu reprendre les études justes après. Puis, il a été hospitalisé une autre fois et à partir de là son parcours en psychiatrie n'a jamais cessé.

Auparavant, il était soigné dans une autre clinique, HP, à l'hôpital de jour. Jean a commencé à avoir des problèmes avec cette autre institution, ce qui a entraîné l'abandon de son traitement. Quelque temps plus tard, il est devenu très violent ; il ne voulait plus prendre de douche et une nouvelle hospitalisation a été nécessaire. Cette hospitalisation a duré deux ans et pendant cette période, il a vécu des moments très difficiles. Il était extrêmement délirant, il se croyait même une saucisse, il n'était plus un être humain. Là nous pouvons remarquer qu'il « s'agit là d'un désordre provoqué au joint le plus intime du sentiment de la vie du sujet »⁴⁸⁵.

À la sortie de cette hospitalisation, Jean est allé se soigner dans un autre hôpital de jour, « CS ». Selon Jean, son évolution et celle de sa maladie diffèrent selon le lieu de soin. Il raconte : « je ne suis plus le même que j'étais à "CS" ». Il dit qu'au *Casa Verde* il est moins agressif : « là-bas je voulais casser les chaises sur les gens, maintenant je ne suis plus incontrôlable ». Il dit, aussi, qu'aujourd'hui il va mieux, qu'il n'a plus besoin des « interventions », c'est-à-dire, des hospitalisations.

Il est intéressant de noter que Jean indique le lieu où il peut être ou ne pas être : c'est lui qui détermine les espaces où il veut être. Il se sent extrêmement envahi lorsque quelqu'un lui demande de changer de place ou d'aller dans une autre pièce de la maison où il lui est difficile d'être.

Jean a été soigné à « CS » pendant huit ans. À la suite de changements de son assurance santé (qui au Brésil est privée), il a dû quitter cette institution et venir se soigner à l'hôpital de jour du *Casa Verde*, en septembre 2007.

Jean fréquente l'hôpital de jour du *Casa Verde* du lundi au vendredi, sauf le mercredi, jour où il va chez sa psychothérapeute. Le réseau qu'il fréquente en dehors du *Casa* est une thérapeute, un psychiatre, un dermatologue, un endocrinologue, un cardiologue et un orthopédiste. Ce parcours entre divers spécialistes nous montre le vécu de son corps dissocié et ses tentatives de joindre les différents « bouts de corps ». À partir de ce vécu de bribes de corps dissociés, nous voyons que « Tout l'effort du psychotique [...] sera de se rassembler,

⁴⁸⁵ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1955-1956), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 36.

même s'il n'y arrive pas ! »⁴⁸⁶ Dans la clinique des psychoses, le corps n'est pas toujours vécu dans une unité, comme nous l'indique J.A. Miller : « On ne s'aperçoit pas que le corps est fait de pièces détachées. »⁴⁸⁷

Actuellement, Jean habite avec sa mère et sa sœur aînée. Elles racontent que malgré ses difficultés, leurs relations sont bonnes. Jean est une personne autonome, c'est lui qui fait la liste des courses au supermarché. Il va tout seul à sa thérapie, chez ses médecins et au *Casa Verde*, même si pour lui tout cela est une charge lourde : il s'y prépare longtemps à l'avance. Un jour, alors que nous étions au *Casa Verde* et que le lendemain il allait chez son orthopédiste, pendant tout le temps que nous avons passé avec lui, il a beaucoup parlé de sa visite médicale (qui n'avait pas encore eu lieu) et se demandait entre autres choses : « Qu'est-ce que je vais lui dire ? Je ne comprends plus mon corps. J'ai perdu mon contrôle sur lui. »

3.2 - Le déclenchement de sa schizophrénie

Sa famille raconte qu'un peu avant le déclenchement de sa maladie, Jean est allé rendre visite à son père hospitalisé dans un hôpital psychiatrique à Barretos, son village natal. Selon sa sœur, « quand il est revenu, il n'était plus le même ».

Selon Jean, « c'est moi qui ai construit ma propre maladie, je n'en pouvais plus. J'avais dix-neuf ou vingt ans, je n'avais jamais eu d'expérience sexuelle, j'étudiais la médecine, je ne savais rien, je devenais confus. » Dans son discours, il est « sans point de repère »⁴⁸⁸, comme lui-même le dit, il ne savait plus rien ; cet épisode dû à un « déchirement subjectif »⁴⁸⁹.

Il est curieux que Jean ait le même nom que son père. Mais, selon lui, son père, Jean M., n'est pas son vrai père, mais son beau-père. Il parle de son « vrai père » comme s'il était un héros d'histoires de bandes dessinées qui serait mort juste avant sa naissance. Il dit aussi qu'il est « l'âme sœur » de sa mère.

Sa mère ne comprend pas l'origine de cette histoire. Elle dit que Jean M. était son père et qu'après leur séparation elle n'a jamais eu de relations avec un autre homme. Selon Francisca, elle voulait oublier cette histoire, elle regrette de s'être mariée à « cet homme » et d'avoir donné le même nom à son fils. Ce père n'a pas de place non plus dans son discours,

⁴⁸⁶ OURY, J., « Séance 5 novembre 1986 », in : *Création et schizophrénie*, Paris : Galilé, 1989, p. 19.

⁴⁸⁷ MILLER, J.-A., « Pièces détachées », séminaire inédit, cours n°3, du 01/12/2004, p. 23.

⁴⁸⁸ BROUASSE, M.-H., « Question de suppléance », in : *Ornicar ?*, n° 47, octobre-décembre 1988, p. 68.

⁴⁸⁹ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1955-1956), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 38.

nous pouvons supposer que le lieu de la Loi de la métaphore paternelle ne s'inscrit pas dans son discours :

« C'est que ce n'est pas uniquement de la façon dont la mère s'accommode de la personne du père qu'il conviendrait de s'occuper, mais du cas qu'elle fait de sa parole, disons le mot, de son autorité, autrement dit la place qu'elle réserve au Nom-du-Père dans la promotion de la loi. »⁴⁹⁰

À travers ce que nous raconte Jean, nous pouvons remarquer le manque de distance entre son Soi et le désir de sa mère. Selon lui, sa mère ne le comprend pas, car elle ne sait pas que lui, son fils, est « son âme » sœur réincarnée. Sa pensée est un peu ambiguë : son père (fictif dans son délire) était lui aussi l'« âme sœur » de sa mère.

Jean se focalise sur cette histoire « d'âme sœur ». Dans son discours, elle est paradoxalement présente et inaccessible. Selon lui, elle est responsable en grande partie de sa souffrance. Malgré leur distance physique, ils sont liés, car tout ce qu'il fait et sent la touche. Il est toujours en attente de la rencontre avec son « âme sœur ».

Jean cherche son « âme sœur » depuis longtemps, et il sent que chaque jour qui passe, elle est plus proche de lui.

« Son âme sœur » au fil des années a déjà changé de nom et d'adresse plusieurs fois. Elle a été sa cousine de Barretos où il est allé une fois la chercher sans avoir aucun argent sur lui⁴⁹¹.

Pour nous, dans son cas, il a eu une sommation de divers facteurs pour le déclenchement de sa psychose. Il venait de commencer ses études de médecine et il a été « concrètement » séparé de sa mère qui est restée dans la petite ferme au Recreio dos Bandeirantes à Rio de Janeiro, bien éloignée de l'endroit où il a déménagé pour être plus proche de son université à Niteroi, Brésil. La distance qui le séparait de sa mère est de 52 km ; il mettait moins d'une heure vingt pour les parcourir. C'est la première fois dans leur vie qu'ils se retrouvaient loin l'un de l'autre.

Nous supposons qu'il y avait une identification à l'image de sa mère, une compensation imaginaire qui le tenait. Ce type d'identification est fragile, car cette dernière dépend de la présence physique de l'autre (ici la mère). À partir du moment où cet autre

⁴⁹⁰ *Ibid.*, p. 57.

⁴⁹¹ Un voyage de Rio de Janeiro à Barretos demande au moins 9 heures en bus.

s'éloigne le sujet peut se heurter au vide. Cette identification, même imaginaire, permettait à Jean de pacifier, localiser la jouissance de l'Autre.

3.4 - Déclenchement de la psychose et le partage sexuel

Lorsque nous parlons de structure psychotique, il est important de parler du moment du déclenchement, c'est-à-dire d'un facteur déjà là mais caché. En dépit de cela, la personne arrivait à se tenir dans l'existence et dans le lien social. Avant le déclenchement, nous supposons qu'une suppléance était déjà en place chez le sujet, car il parvenait à être dans le lien social.

Qu'est-ce qui se passe pour que la personne tienne avant le déclenchement d'une crise psychotique ? Qu'est-ce qui se passe pour qu'une crise se déclenche ? Comment aider le sujet à se tenir dans l'existence, dans le langage, dans le lien social... après cela ?

Dans 70 % des cas, le déclenchement d'une psychose a lieu au moment de l'entrée dans la vie de jeune adulte (entre 18 et 25 ans), moment pendant lequel, pour la psychanalyse, le sujet se heurte à une situation œdipienne, moment où il faut assumer une identité sexuelle, moment où il faut reconstituer une identité imaginaire afin de se présenter au regard des autres. C'est aussi le moment de faire des choix sexuels, professionnels, entre autres. Et comme nous l'a dit Jean, il ne savait rien sur tout cela, sur ses choix.

« En ce qui concerne la psychose, il existe un consensus des cliniciens quant à un constat selon lequel la période post pubertaire s'avère particulièrement propice à son déclenchement. À cet égard, les constatations des praticiens semblent quelque peu confirmées par des enquêtes statistiques, centrées sur la vague descriptive de la schizophrénie des derniers *DSM*, qui établissent que, parmi les sujets atteints de ce trouble, plus de 70 % d'entre eux ont présenté un épisode morbide avant l'âge de 25 ans. »⁴⁹²

C'est à l'adolescence, que l'organisation sociale pousse le sujet à prendre une position, une décision et à entrer dans le partage social :

« Mme Pankow a dit du "double bind", sans en saisir l'issue, à savoir ces significations paradoxales adressées à un sujet : Comment peut-il s'en sortir, si ce

⁴⁹² MALEVAL, J.-C., « L'adolescence est-elle un facteur déclenchant ? », in : *La forclusion du Nom-du-père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 200, p. 281 et 282.

n'est par la parole en acte constitutive du sujet ? C'est bien là l'écueil sur lequel peut venir s'échouer la réalisation de la structure à l'adolescence, en tant que le sujet s'y réalise, de surcroît à un moment de mutation sociale où l'Œdipe ne tient plus le haut de l'affiche du réel comme impossible. »⁴⁹³

L'entrée dans la vie adulte est le moment de faire des choix, d'assumer une position de sujet et d'objet, par rapport à son désir et par rapport à l'autre, moment pendant lequel Jean se retrouve perdu (caractéristiques qui vont s'imposer avec la rencontre de la situation œdipienne) :

« Il appréhendait le déclenchement de la psychose à partir d'un moment qui "reproduit" le point culminant du complexe d'Œdipe et qui en révèle l'échec. Il considérait que l'objet paternel de l'identification œdipienne ne parvenait pas en ces circonstances. »⁴⁹⁴

Nous ne savons pas qui a fait le choix professionnel de devenir médecin. Jean ou sa mère ? Mais nous remarquons sa difficulté à le soutenir. Ce choix peut-être perçu pour Jean comme une « mauvaise rencontre ». C'est au moment où le sujet se retrouve face à une situation de cet ordre : « Il butait là devant quelque chose, et toute clé lui manquant »⁴⁹⁵, il se retrouve dans un état de « perplexité »⁴⁹⁶. « Il s'agit de concevoir, non pas d'imaginer, ce qui se passe pour le sujet quand la question lui vient de là où il n'y a pas de signifiant, quand c'est le trou, le manque qui se fait sentir comme tel. »⁴⁹⁷

Lorsqu'il y a un changement dans notre statut identitaire, comme c'est le cas à l'adolescence, passage de l'enfance à l'âge adulte, ou durant la maternité, passage de la position de fille à celle de mère, les sujets à potentiel psychotique peuvent déclencher une crise. Le sujet se confronte à une nouvelle position qui fait appel à une réponse où le signifiant manque :

⁴⁹³ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 61.

⁴⁹⁴ MALEVAL, J.-C., « L'adolescence est-elle un facteur déclenchant ? », in : *La forclusion du Nom-du-père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 200, p. 283.

⁴⁹⁵ LACAN, J., « Des signifiants primordiaux, et du manque d'un », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009, p. 228.

⁴⁹⁶ *Ibidem*.

⁴⁹⁷ *Ibidem*.

« Si nous admettons comme un fait d'expérience courante, que n'avoir pas traversé l'épreuve d'Œdipe, n'en avoir pas vu s'ouvrir devant soi les conflits et les impasses, et ne pas l'avoir résolu, laisse le sujet dans un certain défaut, dans une certaine impuissance à réaliser ces justes distances qui s'appellent la réalité humaine, c'est bien ce que nous tenons que la réalité implique l'intégration du sujet à un certain jeu de signifiants. »⁴⁹⁸

C'est ce moment-là qui pose problème chez les psychotiques. Le corps n'a pas le même sens de frontière et de bord pour les psychotiques et pour les névrosés. Pour le psychotique, c'est leur identité et la représentation d'eux-mêmes à partir de ce corps qui deviennent problématiques : « il ne trouve plus ses marques – les coordonnées de son identité »⁴⁹⁹.

Cette fabrication de frontière chez les psychotiques est inefficace. Ils auront plus de difficultés à faire cette différenciation entre le Moi et l'objet, entre eux et l'autre et à investir le monde.

Nous disons que les psychotiques sont en miroir avec l'autre (a-a'), dans une identification de l'ordre imaginaire, dans un collage imaginaire (une manière surréaliste de se « faire un corps », « d'avoir un corps »). C'est cette identification imaginaire qui peut aider le sujet psychotique à se tenir, car elle lui offre une identité, même fragile. Nous supposons que c'était le cas de Jean avec sa mère, car sa psychose s'est déclenchée au moment de leur séparation et que, selon lui, comme nous l'avons vu, elle est son « âme sœur ».

Pour nous, sa psychose a débuté aussi à ce moment « d'appel social » quand il devient étudiant en médecine en même temps qu'il quitte sa maison pour habiter à proximité de l'Université. Il se sépare de sa mère avec laquelle il formait une paire (identification imaginaire), comme il nous le laisse entendre lorsqu'il affirme que sa mère est son âme sœur.

Lorsque le sujet ne peut plus se « tenir » (comme Jean qui ne peut plus aller à l'Université), il y a quelque chose de l'ordre de la castration dans le réel. Nous remarquons dans son discours, quand il dit avoir perdu toute confiance en lui, qu'il ne savait rien et qu'il ne savait même plus qui il était, le passage d'un état de psychose non déclenchée à un état de psychose. Cela est vécu comme un changement considérable par le sujet. Dans la psychose,

⁴⁹⁸ LACAN, J., « L'appel, l'allusion », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 283.

⁴⁹⁹ HOFFMANN, C., *Des cerveaux et des hommes. Nouvelles recherches psychanalytiques, Actualité de la psychanalyse*, Toulouse : Érès, 2007, p. 48.

cela peut être vécu comme une véritable perte d'identité qui touche à l'être et à son sentiment d'existence.

Nous percevons la perplexité dans laquelle se retrouvent les psychotiques au moment du déclenchement d'une crise. Ils ne comprennent pas ce qui leur arrive. Il est important de souligner qu'il y a un avant et un après : un temps antérieur pendant lequel, généralement, ils arrivent à se tenir et à bien nous expliquer et un temps postérieur au déclenchement où ils ne comprennent plus rien. C'est un moment d'« effacement de ses repères habituels et de bascule »⁵⁰⁰. C'est « la dimension de la rencontre inaugurale de la psychose, celle de la rencontre avec le réel de la jouissance. »⁵⁰¹

Là, nous remarquons la différence entre l'angoisse chez un psychotique et chez un névrosé. L'angoisse d'un névrosé peut aussi être extrêmement forte. Pourtant il essaye de donner un sens à la situation qui l'a troublée. Lorsqu'il se retrouve face à une situation de l'ordre du « réel », il essaye de faire des associations et de répondre à cela. Pendant que le psychotique reste dans un état de perplexité envahi par ce « réel », cette jouissance anéantit son être : « quand tout moyen de les exprimer (*phénomènes qui l'interroge*) vient à lui manquer, sa perplexité manifeste encore en lui une béance interrogative : c'est que la folie est vécue toute dans le registre du sens. »⁵⁰²

La psychiatrie parle d'un appauvrissement de la pensée. Pour nous, c'est plutôt de la perplexité, se retrouver face à un vide de représentations et de signification. Le sujet perd l'arrimage qu'il a pu se construire et tant qu'il ne fabrique pas un délire ou une création quelconque qui permette une autre explication pour cette situation lui offrant la possibilité de sortir de ce vide, il continue à occuper cette place envahie par le « réel », « pour remplir ce vide. Comme tout schizophrène, il ne pouvait supporter le vide ! »⁵⁰³

Pour nous, le travail avec les psychotiques cherche à leur fournir un support pour qu'ils puissent se constituer un bord, fabriquer une frontière là où ils n'en ont pas. L'équipe soignante et le réseau que le sujet crée, visent à lui fournir un espace contenant, permettant d'avoir une distance entre cet Autre (si puissant, porteur de cette jouissance absolue sans trou, c'est-à-dire sans manque) et le sujet. Cela peut-être en soi apaisant pour le sujet psychotique, car cela l'aide à donner un visage différent pour cet Autre « méchant ».

⁵⁰⁰ LAFONT, J., « Délire et inscription sur le corps », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 13, juin 1987, p. 52.

⁵⁰¹ *Ibid.*, p. 54.

⁵⁰² LACAN, J., « Propos sur la causalité psychique », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999 p. 165. (Mots en italique ajouté par nous).

⁵⁰³ OURY, J., « Séance 5 novembre 1986 », in : *Création et schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 17.

Dans certains cas de crises psychotiques, la seule solution est la mort, comme nous le verrons dans le cas de Pablo. Au début de son traitement, il disait qu'il était vide, qu'il n'avait pas d'émotion et que la seule solution pour lui était la mort. C'est une forme de mort du sujet, car la crise psychotique atteint son sentiment d'être : « Cette expérience du sujet psychotique du rapport d'un sujet au langage s'accompagne le plus souvent d'un sentiment de mort du sujet ; il ne trouve plus ses marques – les coordonnées de son identité. »⁵⁰⁴

La forclusion du Nom-du-Père, comme nous l'avons vu, est responsable d'une fracture, d'une fissure identitaire chez les psychotiques. Cela peut les amener à une difficulté dans le choix sexuel, lequel n'est possible qu'à partir de la castration, de l'entrée du sujet dans le partage sexuel par l'incidence de la métaphore paternelle et de l'identification à la figure Idéale. « C'est par le médium de la castration, quel que soit son sexe, qu'il trouve la place dans la relation dite génitale. »⁵⁰⁵ Nous pouvons le constater lorsque Jean nous dit qu'au moment où sa crise s'est déclenchée, il n'avait jamais eu de rapport sexuel (« qu'il ne savait rien »). Nous pouvons le voir aussi dans son idée délirante d'avoir un poisson hermaphrodite à l'intérieur de lui-même ; cette idée se changera plus tard en l'idée d'être lui-même un poisson hermaphrodite.

3.3 - Jean, sa relation au *Casa Verde* et à son corps

Jean, dans son discours, est toujours en train de modifier et reconfigurer son corps. Sa manière de gérer sa souffrance passe par le corps : « J'ai déjà été schizophrène, mais maintenant je ne le suis plus. Aujourd'hui je suis fou, endolori. » En portugais, il joue avec le mot « doído » qui signifie fou il le remplace par le « doído » qui signifie endolori. C'est un jeu de mot avec des mots similaires mais qui n'ont pas le même sens : l'un signifie fou (psychique) et l'autre douloureux (de douleur corporelles). Après avoir dit cela, il a expliqué que sa maladie le blesse « corps et âme ».

Il a toujours associé son état mental à son corps et il parle souvent de son espérance d'être un jour guéri. L'explication qu'il donne de sa maladie est qu'il est « inconscient ». C'est pour cela qu'il cherche la guérison, qui, selon lui, consiste à devenir « conscient » (avoir un Moi corporel).

⁵⁰⁴ HOFFMANN, C., *Des cerveaux et des hommes. Nouvelles recherches psychanalytiques, Actualité de la psychanalyse*, Toulouse : Érès, 2007, p. 47 et 48.

⁵⁰⁵ VANIER, A., « À propos de l'objet a », in : *Figures de la Psychanalyse*, n° 18, Toulouse, Érès, février 2009, p. 42.

Ce qui est intéressant dans le cas de Jean, c'est qu'il crée tout le temps une nouvelle technique de traitement. Il se met toujours au travail, ce qui n'est pas si simple ; c'est une production de soi et de son corps permanente.

Lorsque Jean est arrivé, en 2007, il était très réservé. Il était tout le temps angoissé, il se blessait beaucoup au visage. Il restait des heures debout « en train de développer sa pathologie » (Jean) et prenait quelques positions corporelles spécifiques qui devaient lui causer de l'inconfort ; il n'aimait pas être touché.

Malgré son attitude réservée, Jean a, dès le début, parlé avec quelques personnes du *Casa Verde*, de sa maladie, de sa « guérison » et de ses théories sur le monde.

Au début de son traitement, il ne sortait pas avec les autres patients, car : « le lieu des malades est l'hôpital ». Il n'allait jamais à l'atelier de football, aux balades ou aux « jeudis culturels ». Il pensait qu'il n'avait pas la santé pour pouvoir sortir avec les autres. Lui-même se désignait comme malade et prenait cette identité. La direction de l'équipe dans son traitement, au début, consistait à l'aider à penser et élaborer la question de savoir ce qu'était la maladie pour lui.

Au début de 2008, Jean a arrêté de s'exfolier le visage avec les ongles. Mais il se sentait moins propre. Il a commencé à pratiquer ce qu'il appelle le « shamata », technique qu'il a inventée et qui selon lui, est une technique de traitement. Pendant ce « traitement » il reste trois heures consécutives, dans un coin isolé de l'hôpital de jour, en bas de l'escalier du *Casa Verde* en faisant la « shamata » (nom qu'il donnait au comportement consistant à rester pendant de longues périodes figé, les bras en arrière du corps, sans pouvoir parler à personne). Ces « exercices » sont partagés au long de la journée en deux grandes sessions, une le matin et l'autre l'après-midi. Au bout d'un moment, il a arrêté de pratiquer la « shamata » le matin.

Au début de 2009, Jean a arrêté ses « shamata ». Il a réussi à sortir du bas des escaliers et à s'asseoir à côté des autres patients. Mais, il a arrêté de manger et pendant presque un mois n'a mangé que des fruits pour purifier son corps.

À la fin de l'année, Jean a repris sa technique d'exfoliation du visage (technique qui consiste à frotter la peau avec les ongles de façon constante, plusieurs fois, jusqu'à se faire saigner). Une fois il est arrivé avec le nez plein de sang. Il a alors expliqué qu'il faisait « l'anatomie de son nez ». Il a continué à utiliser cette technique pendant quelque temps puis il l'a arrêtée.

Ainsi Jean a commencé en 2010 une nouvelle « technique ». Il s'asseyait dans une posture spécifique pendant trois heures. Il l'a nommée la « shatuba ». Cette technique lui permet de saluer les autres, contrairement à la « shamata » durant laquelle personne ne

pouvait lui parler ni même le saluer. L'intensité de cette technique est modérée, néanmoins lorsqu'il reste chez lui, elle peut durer jusqu'à 12 heures.

Après quelque mois, Jean a commencé à alterner les techniques d'exfoliation et de « shatuba ».

Pendant l'année 2011, il a recommencé à pratiquer des exfoliations plus régulièrement et de manière plus intense. Mais, au lieu d'exfolier son visage, il s'est blessé les bras. Selon lui, lorsque quelqu'un se fait mal, se blesse, tout le corps réagit à partir de cette blessure. Ceci serait, selon lui, bien pour la santé.

Il a dit à son médecin traitant que la technique des exfoliations était son traitement interne. D'après lui, son corps serait fragmenté et, à travers les exfoliations, il l'aiderait à se reconstituer. Ses rituels « thérapeutiques » et exfoliations seront une création propre qui, pour lui, est une tentative de réduire les douleurs de son corps qu'il ne parvenait pas à maîtriser et à comprendre.

Nous percevons cela aussi, lorsqu'un jour arrivé au *Casa Verde* avec son nez tout blessé, il a expliqué que cet acte était une manière d'éviter d'aller à l'asile d'aliénés.

Cependant, avec ces « rituels » d'automutilation, Jean n'a pas plus besoin de s'isoler. Il est resté dans la salle principale, a circulé et s'est ouvert aux discussions avec les autres patients et les membres de l'équipe.

Durant tout son parcours au *Casa Verde*, il a remarqué des améliorations de sa maladie et de sa souffrance. Néanmoins, même aux moments où il disait se sentir mieux, ses exfoliations n'ont pas cessé, même avec ses traitements comme la « shamata » ou la « shabuta ». Nous pensons comme Cottet que :

« En effet, si on caractérise la psychose par l'absence de refoulement, ou comme dit Freud en 1907, par l'échec du refoulement, on peut imaginer ceci : il est nécessaire de créer de défenses là où il n'y a pas. D'où ces tentatives de ritualiser la vie du schizophrène, de lui offrir par l'institution, le cadre symbolique qui lui permettrait d'éviter, comme Colette Soler le formulait hier, toute mauvaise rencontre. Il s'agit de favoriser le rituel susceptible de tamponner l'angoisse. »⁵⁰⁶

Cottet parle ici des rituels des activités régulières dans une institution mais nous prenons cela pour les rituels corporels de Jean qui ont, pour nous, la fonction de réduire son angoisse, cet envahissement par le « réel » et la jouissance.

⁵⁰⁶ COTTET, S., « Faut-il névrotiser ? », in : *Quarto*, n° 28 - 29, octobre 1987, p. 78.

Maintenant, Jean a arrêté de se blesser le visage et bras ; ses rougeurs et blessures ont petit à petit disparu. Cela ne veut pas dire qu'il ne pratique plus son « traitement » d'exfoliation, mais il l'a déplacé. Maintenant c'est son pied qui est l'objet de ses exfoliations.

Dès son arrivée au *Casa Verde*, l'équipe dit que l'amélioration de son état est visible. Maintenant, il parvient à rester plus longtemps assis avec les autres et à tenir des discussions, à participer à plusieurs ateliers (de voix, de musicothérapie, d'art, de « la libido »), à circuler plus et à participer à la réunion de la *Tribo*. Il peut être plus dans le lien.

Jean continue toujours à tenir un discours très délirant mais plus linéaire et compréhensible qu'auparavant, avec comme il le disait, « un début, un milieu et une fin ».

Il est important de souligner que Jean ne se blesse plus pour l'instant le visage (exfoliation) et que son alimentation s'améliore. Cela ne signifie pas qu'il soit « guéri » et qu'il soit stable, car il continue à alterner toujours des moments plus introspectifs, en retrait et d'autres plus ouverts à la conversation. (Quelle est notre conception du bien-être ? Et pour lui ? La réponse à la question de savoir si le patient "est bien" ne sera pas forcément la même en fonction de la personne qui y répond : nous ou le patient). Mais, de notre point de vue, à partir du traitement au Casa Verde, il y a eu une amélioration considérable de son état, même s'il continue ses « traitements » et se trouve dans une lutte constante à relier ces bribes de corps et faire barrage à la jouissance.

3.6 - Jean et sa tentative constante de rassembler ses bribes de corps

Le corps occupe dans le discours de Jean une place importante, voir centrale pour lui. Selon lui, sa maladie blesse son corps et son âme. Sa manière de gérer sa souffrance passe par le corps. Il essaie constamment de se créer une unité corporelle, même minimale.

Il a toujours associé son état mental à son corps et il parle souvent de son espérance d'être un jour « guéri ».

Selon Jean, sa « guérison » aura lieu lorsqu'il cessera d'être « inconscient ». La psychanalyse nous enseigne que chez les psychotiques, l'inconscient se retrouve à ciel ouvert lorsqu'ils ne parviennent pas à se protéger du « réel », de la jouissance de leur corps et du langage. Comme nous dit Soler dans son livre *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, le psychotique est le « martyr de l'inconscient », de cette non-limitation du « réel » et de la jouissance :

« Le dire "martyr de l'inconscient" est une façon de désigner le retour dans le réel de ce qui a été forclos du symbolique et qui s'impose au sujet, pour son tourment et sa perplexité [...] une limitation de la jouissance que Freud a aperçue avec les notions d'objet perdu et surtout de castration [...] la psychose [...] n'empêche pas qu'elle reste aussi pour nous ce qu'elle était déjà pour Freud : une maladie de la libido. »⁵⁰⁷

Nous pouvons remarquer cet envahissement pulsionnel, de l'ordre du « réel », dans le discours de Jean. Une fois, il a dit à un stagiaire du *Casa Verde* qu'il était en « guerre froide » contre lui-même, car, selon lui, parfois les hommes ont des forces plus fortes qu'eux-mêmes. Nous pouvons reprendre ce qu'il dit et parler autrement. Parfois, il est envahi par des forces pulsionnelles du Ça, le « réel », dont il n'a pas de contrôle. Il est constamment traversé par cette jouissance de son corps et du langage.

Nous pouvons le voir aussi dans d'autres phrases telles que : « Je me sens impuissant pour faire face aux forces tourmentantes », « je lutte contre ces forces », « je ne me rends pas compte de ces forces », « j'ai peur de mourir ». Nous remarquons, alors, le caractère anéantissant de la jouissance.

Il dit à son médecin traitant que la technique des exfoliations est son traitement interne. Selon lui, son corps serait fragmenté et les exfoliations l'aideraient à se reconstituer.

La solution que Jean a trouvée pour faire barrage à ce débordement pulsionnel ce sont les exercices physiques qu'il a inventés : il reste longtemps dans la même position. Parfois il contractait pendant des heures les muscles de son corps avec beaucoup d'effort. Nous voyons ensuite sa fatigue et sa transpiration. Il nomme ces exercices de plusieurs noms différents tels que « shamatas », « shabutats »,...

Ces exercices que Jean a inventés ne peuvent pas être interprétés comme une suppléance ni comme un sinthome, c'est-à-dire une création propre du sujet psychotique pour suppléer à sa fissure constitutive lui permettant de se tenir dans l'existence et dans le lien social. Jean, comme nous pouvons le voir dans l'évolution de son cas au *Casa Verde*, ne parvient pas à contenir ses envahissements pulsionnels. Cependant, il continue avec ses créations d'exercices corporels à essayer de contenir ces sensations, ces forces incontrôlables auxquelles il est presque tout le temps confronté.

⁵⁰⁷ SOLER, S., « Le travail de la psychose », in : *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse e Presses Universitaires de Mirail, 2012, p. 188.

« Tout effort du psychotique, s'il lui reste encore assez d'énergie, s'il n'est pas abruti par trop de médicaments ou un isolement abusif, s'il lui reste une certaine énergie qu'on peut appeler vitale, son effort sera de rassembler, même s'il n'arrive pas ! [...] sera de « fabriquer » : or, le psychotique, quand il construit quelque chose, "c'est lui-même qu'il construit" [...] C'est l'espace de la rencontre et de la construction, c'est l'espace du corps vivant. »⁵⁰⁸

Il y a aussi des névroses très graves avec un vécu de déformation de l'image du corps ou même des hallucinations. Mais, cela n'empêche pas que le rapport à l'objet et la relation avec l'Autre soient totalement différents de celle des psychoses.

Pour les névrosés, la question de la jouissance est là mais elle est phallique : c'est une jouissance partielle. Cette forme de jouissance les protège en quelque sorte du risque d'anéantissement d'une jouissance absolue.

Les psychotiques, comme Jean, n'ont pas eu une perte d'une partie de la jouissance de leur corps et du langage au moment constitutif de la période de l'Œdipe, ils restent donc face à un risque d'anéantissement de leur être par cette jouissance absolue. Ils n'ont pas le contrôle de ces forces pulsionnelles et il n'y a pas de limite entre eux et l'Autre non barré détenteur de la jouissance absolue. Il n'a pas le contenant corporel qui limite la jouissance. « Le travail de la psychose sera dès lors toujours une façon pour le sujet de traiter les retours dans le réel, d'opérer des conversions qui civilisent la jouissance jusqu'à la rendre supportable. »⁵⁰⁹

Jean se retrouve dans une lutte folle contre l'aspect pulsionnel du langage qui traverse son corps et son être, au « réel » qui le déborde. Il est dans une tentative constante de se construire un corps, de faire barrage à cela. « Il n'a pas un inconscient », un Moi, un corps et une identité phallique pour contenir ces forces pulsionnelles tant d'origine interne qu'externe. Selon lui, « il est inconscient », puisque sa guérison n'aura lieu que lorsqu'il deviendra « conscient ». Nous pouvons comprendre que cela sera possible quand il arrivera à se fabriquer une barrière protectrice, cette surface qui est le Moi et un espace contenant qui est la représentation du corps unifié.

Jean dit qu'il a beaucoup de mal à s'exprimer, à pouvoir expliquer ce qui se passe en lui car il ne comprend plus son corps. Il n'arrive pas à expliquer les émergences de ses différentes sensations corporelles. Selon lui, il n'a pas de contrôle sur tout cela, c'est quelque chose qui s'impose. Il est dans une tentative constante, avec ses exercices corporels, de

⁵⁰⁸ MORNET, J., *Le corps et la psychose : L'objet invisible*, Nîmes : Champ Social Éditions, 2006, p. 157.

⁵⁰⁹ SOLER, S., « Le travail de la psychose », in : *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse et Presses Universitaires de Mirail, 2012, p. 189.

contenir, d'une certaine manière, tous ces envahissements pulsionnels qu'il ne maîtrise pas. Jean est tout le temps centré sur ses questions corporelles énigmatiques.

Jean a plusieurs autres questions qui le tourmentent à propos de son corps, comme son « problème de peau », ses « problèmes d'os », son « problème cardiaque » et ses préoccupations alimentaires. Tous ces problèmes et questions procèdent d'une création personnelle qui ne l'aide pas à s'identifier à aucun de ces signifiants. Aucun d'entre eux ne lui donne une identité qui le tienne dans son existence. Selon Lacan : « chez les schizophrènes, le désordre proprement psychotique va en principe beaucoup plus loin que chez le paranoïaque »⁵¹⁰.

Une fois, il a dit au *Casa Verde* que « nous connaissons seulement notre corps ou l'autre quand nous acquérons un sixième sens. Le sixième sens est la projection de l'esprit ». Nous trouvons cette parole très intéressante, car elle nous amène à examiner ce qu'il a dit en rapport avec la notion de Lacan du quatrième nœud (Les Noms-de-Pères). Il s'agit d'une forme créée par le sujet psychotique pour trouver un point d'ancrage, même si cela ne l'empêche pas de se poser quelques questions que nous pouvons considérer comme bizarres. Nous allons développer ce point dans le deuxième chapitre de la partie suivante.

3.5 - Jean et son rapport au langage

Lorsque nous faisons la connaissance de Jean, il est difficile de suivre ses histoires et ses souvenirs. Il parle beaucoup et fait surgir une richesse de détails qui ne font pas toujours sens les uns avec les autres. Nous devons être très attentive pour le suivre dans son discours.

Avec le temps, nous commençons à établir des conversations plus longues. Au début, ses causeries sont très denses, avec beaucoup d'informations et de détails qui sont difficiles à articuler.

Le discours de Jean peut être très chaotique, avec un mélange de scènes passées et présentes ; son discours est dissociatif. « Le phénomène de la folie n'est pas séparable du problème de la signification pour l'être en général, c'est-à-dire du langage pour l'homme. »⁵¹¹

Ce qui est intéressant, c'est qu'il suscite souvent de la curiosité et de l'intérêt chez les autres qui veulent en savoir un peu plus sur lui.

⁵¹⁰ LACAN, J., « Thématique et structures du phénomène psychotique », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 166.

⁵¹¹ LACAN, J., « Propos sur la causalité psychique », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999, p. 166.

Dans la psychose déclenchée et même non déclenchée, nous sommes confrontés assez souvent à des questions de trouble du langage. « Comment ne pas voir dans la phénoménologie de la psychose que tout, du début jusqu'à la fin, tient à un certain rapport du sujet à ce langage [...] Si le névrosé habite le langage, le psychotique est habité, possédé, par le langage. »⁵¹²

Jean a un rapport assez particulier au langage. Il utilise des mots que nous n'utilisons pas, des néologismes et parfois il utilise certains mots de manière très particulière en leur donnant un sens propre à lui-même. Par exemple, en portugais le mot hospitalisation est *internação*, mais il utilise le mot *intervenção* qui veut dire intervention en français. C'est intrigant, car le mot qu'il utilise a un sens chirurgical (action dans le corps) alors qu'il se réfère à une hospitalisation « psychiatrique ». De même, lorsqu'il joue avec les mots *doído* qui signifie fou et *doído* qui veut dire douloureux en français. Il joue avec les mots dans un sens métonymique et non métaphorique : « la position particulière du schizophrène nous met, d'une façon plus aiguë [...] en présence du problème de la représentation. »⁵¹³

Dans son cas, nous retrouvons une signification autre qui n'est pas dans le partage social, de l'Autre. C'est la même chose dans le cas Schreber qui prononce des phrases imposées et des phrases interrompues. Comme dit Lacan : « rattacher le noyau de la psychose à un rapport du sujet au signifiant [...] sous son aspect de signifiant pur, et que tout ce qui se construit là autour n'est que réactions d'affect du phénomène premier, le rapport au signifiant. »⁵¹⁴

Cela peut conduire à des malentendus, ce qui est normal dans toute communication, mais le cas de Jean est différent : il n'utilise pas le mot dans le sens courant. Cela était très évident au début de son traitement, où il demandait plusieurs fois si nous l'avions compris et, non satisfait de notre accord, il nous demandait de répéter ce qu'il nous avait raconté.

Il ressemble à un patient schizophrène de la clinique de La Borde, mais ce dernier nous parlait dans d'autres langues et faisait un mélange de langues. Il créait ainsi sa propre langue et l'origine du monde : de même Schreber et sa « langue fondamentale » et Wolfson dans son livre, « le schizo et les langues »⁵¹⁵, où il met en oeuvre un système assez complexe en modifiant tous les mots qu'il entendait en langue anglaise (sa langue maternelle), par

⁵¹² LACAN, J., « L'appel, l'allusion », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 284.

⁵¹³ LACAN, J., « Das Ding », in : *Séminaire VII : L'éthique de la psychanalyse* (1959 – 1960), Paris : Seuil, 1986, p. 57.

⁵¹⁴ LACAN, J., « L'appel, l'allusion », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 284.

⁵¹⁵ WOLFSON, L., *Le Schizo et les langues*, Paris : Gallimard

d'autres, d'autres langues, en fonction de sa sonorité. Il essaie de transformer les mots et les sons qu'il entend dans sa langue maternelle, comme une défense vis-à-vis de cette autre langue si envahissante pour ses oreilles :

« Cette maudite langue, sa langue maternelle, l'anglais. En effet il nourrissait des réactions parfois aiguës qui le lui faisaient même douloureux que de l'écouter sans qu'il pût vite en convertir les vocables en des mots pour lui étrangers ou détruire en esprit d'une manière constructive, pour ainsi dire, les vocables qu'il venait d'écouter de cette sacrée langue, l'anglais. »⁵¹⁶

Ceci nous amène à réfléchir à l'aspect pulsionnel du langage que nous venons de développer dans le chapitre antérieur.

Comme nous l'avons vu, le rapport au langage et ces marques configurent les corps. Le langage peut fonctionner comme barrière protectrice contre l'Autre ou avoir un aspect pulsionnel envahissant si le sujet n'arrive pas à se construire un bord, un « espace-tenant », c'est-à-dire, s'il ne parvient pas à acquérir un Moi et un corps.

Le langage, lorsqu'il fonctionne comme une protection du sujet, peut déterminer une limite, les limites du corps où le désir peut apparaître. Le corps permet d'avoir un espace de repos, un espace entre le sujet et l'Autre (comme l'espace potentiel de Winnicott), point d'appui important pour qu'on se tienne dans l'existence et dans le lien social.

« Pour un schizophrène, c'est beaucoup plus dur [...] Les espaces de tranquillité, Gisela Pankow parlait de les restaurer [...] Mais quand on est schizophrène, on n'en a pas eu (espace transitionnel, un espace de repos et créativité d'être). D'où la nécessité de reticoter quelque chose pour essayer de faire un "tenant-lieu d'espace transitionnel". »⁵¹⁷

Comme nous le dit Oury⁵¹⁸, la parole a un rapport au corps ; il suffit de parler pour que quelque chose du corps se modifie. Ce qui nous amène à la conclusion suivante : parler du corps c'est parler de la jouissance (excès pulsionnel) et du langage. Comme dit Lacan : « les

⁵¹⁶ WOLFSON, L., *Le Schizo et les langues*, Paris : Gallimard, 1970, p. 33.

⁵¹⁷ OURY, J., « La désinvolture de l'être », in : *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, Paris : Calmay-Lévy, 2010 p. 66 et 67.

⁵¹⁸ OURY, J., *Le corps et la psychose*, Séminaire 15 janvier 1976, *apud.* <http://www.revue-institutions.com/articles/Le%20corps%20et%20la%20psychose1.pdf>

pulsions, c'est l'écho dans le corps du fait qu'il y a un dire, mais ce dire, pour qu'il résonne [...] il faut que le corps y soit sensible. »⁵¹⁹

Le corps, comme nous l'avons vu dans le chapitre antérieur, est une surface où il y a des dépôts de signifiants, le corps comme lieu de parole. Comme écrit J.A. Miller, le corps parle de l'histoire de chaque sujet : « le sujet comme effet du signifiant »⁵²⁰.

Le dire noue le corps et le maintien en contact permanent avec le monde et les autres. Les sentiments corporels permettent un tissage et nous pouvons dire que cela est possible grâce à l'acquisition d'un point langagier.

Jean n'arrive pas à avoir ce point d'ancrage qui lui permettrait de tisser un point langagier qui fasse un arrimage à l'aspect perturbateur (pulsionnel) du langage. Cela se manifeste dans ses hallucinations, dans ses vécus corporels et dans son discours désorganisé : « Le clinicien de la psychose reconnaît ici un vécu délirant, voire hallucinatoire, qui est marqué par une expérience de pur « hors sens », et qu'on qualifie à ce titre de réel. »⁵²¹

Jean, comme plusieurs d'autres sujets schizophrènes, est soumis à cette force pulsionnelle du langage (« réel »), « il ne peut rien y faire ». Dans son discours, il sort de la réalité et entre dans l'imaginaire. Comme le soutient Lacan : « Un fou est justement celui qui adhère à cet imaginaire, purement et simplement. »⁵²²

Comme il ne parvient pas à faire barrage à cet aspect pulsionnel du langage, il peut subir un phénomène d'envahissement de la jouissance de son corps. Cela nous montre nettement que le corps n'a pas la même fonction et n'est pas vécu de la même manière chez les psychotiques et chez les névrosés.

« Toute personne, psychiatre, psychologue, clinicien quelle qu'elle soit, qui travaille un peu avec des sujets psychotiques sait que les phénomènes de la psychose se présentent sur un mode beaucoup plus discontinu que les phénomènes de la névrose [...] le mode subjectif de la névrose est relativement stable et constant. »⁵²³

⁵¹⁹ LACAN, J., « Le sinthome » (Séminaire Lacan 18 novembre 1975), in : *Ornicar ?*, n° 6/8, 1976/1977, p. 3.

⁵²⁰ MILLER, J.-A., in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 4, mai 1983, p. 32.

⁵²¹ HOFFMANN, C., *Des cerveaux et des hommes. Nouvelles recherches psychanalytiques, Actualité de la psychanalyse*, Toulouse : Érès, 2007, p. 47.

⁵²² LACAN, J., « Au-delà de l'imaginaire, le symbolique », in : *Séminaire II : Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (1954 – 1955)*, Paris : Seuil, 2009, p. 284.

⁵²³ SOLER, C., « Stabilisation de la psychose », in : *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse et Presses Universitaires du Mirail, 2012, p. 196.

Il y a chez Jean et chez d'autres psychotiques, en raison de la forclusion du Nom-du-Père, un dérèglement de la jouissance⁵²⁴ et par conséquent un vécu particulier avec son propre corps et aussi un discours qui se constitue de manière singulière : « névroses narcissiques [...] psychoses [...] toutes ces affections mettent au premier plan un trouble de la jouissance du corps »⁵²⁵.

4 – Le Cas Pablo

4.1 - La raison de notre intérêt pour le cas de Pablo

Nous avons connu Pablo en 2006, lors de notre première expérience clinique dans le domaine de santé mentale, à l'institution *Casa Verde*, à Rio de Janeiro, Brésil.

La première impression que Pablo nous a laissée est sa bonne apparence : il est très discret, ne parle presque pas de ses délires et hallucinations, s'habille bien, utilise un vocabulaire choisi et a de bonnes connaissances culturelles. Il a été toujours réservé mais, si nous sommes disponibles, il est toujours ouvert à créer des liens.

Pendant notre travail, nous avons créé à partir de la demande d'un patient, R., un atelier de tournage et de production de film. Dans cet atelier, il y avait trois patients assidus : R., M. et Pablo. De temps en temps, A. y participait aussi.

L'atelier de tournage avait lieu tous les vendredis dans la salle de télévision du *Casa Verde*, à 11h00 du matin, pendant deux heures. Il a débuté en septembre 2006 et a continué avec moi comme coordinatrice jusqu'au début de septembre 2009.

Nous avons produit ensemble deux films : *VERDENNOVO* et *Entre Vistas*.

Quand l'atelier se tenait au *Casa Verde*, il y avait en général de nombreux participants, une quinzaine environ. Certains très assidus et d'autres qui venaient de temps en temps au début de notre travail et lors du découpage. Mais, quand ils étaient invités à sortir avec nous de la maison, les patients qui y participaient plus régulièrement étaient : Pablo, M., R. et A. Les trois premiers étant diagnostiqués comme paranoïaques et le dernier comme schizophrène.

⁵²⁴ Nous aborderons cet aspect dans le dernier chapitre de notre thèse.

⁵²⁵ SAGNA, P., « Le corps, de la métaphore au nouage », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 44, février 2000, p. 60.

Au début de ces deux films, nous nous sommes réunis pour examiner ce que nous voulions faire, définir nos objectifs et ce que nous souhaitions montrer au public.

Pour le premier film, *VERDENOVO*, nous avons échangé des idées, discuté le sujet du film, parlé de ce que nous voulions montrer aux autres. Au début de la création de l'atelier, nous avons repris un vieux script écrit quelques années auparavant, quand il y avait une autre équipe à l'atelier. Mais nous avons eu quelques difficultés à le suivre. Nous avons alors décidé d'agir comme de nouveaux cinéastes. Nous filmions tout ce qui nous intéressait pour décider ensuite de ce que nous voulions faire de ces matériaux. Pablo demandait souvent à être filmé.

Après avoir accumulé beaucoup de matériel enregistré, nous avons commencé le découpage et étudié ce que nous pourrions réaliser avec toutes ces images fragmentées. Nous avons décidé de montrer au public un peu du quotidien du *Casa Verde*. Nous avons fait de petits courts métrages de trois minutes chacun, entre lesquels des cartons indiquant la suite étaient intercalés. Entre chaque court métrage, un bref discours d'un membre de la maison expliquait pourquoi il était fou du *Casa Verde*. Dans ces courts-métrages se sont succédé le carnaval, nos promenades, un voyage pendant un week-end dans une ferme, la fête de la Saint-Jean (en juin), l'atelier culturel (tous les jeudis se tenait une sortie culturelle pour les patients de cet atelier), d'autres ateliers de la maison, la réunion de la *tribu*, etc.

Nous sommes allés faire le montage à la *TV Pinel*⁵²⁶. Pendant tout ce travail, Pablo manifestait beaucoup d'intérêt, il participait assidûment, il demandait souvent à être filmé. À la fin de la réalisation du film, une patiente a même fait remarquer que Pablo était « la star du film », celui qui avait fait le plus d'apparitions.

Un jour, pendant l'atelier, quand nous réalisons le découpage et que nous étions en train de voir et revoir des scènes plusieurs fois, Pablo nous a étonnés en posant la question suivante : « Je suis comme ça ? » Surprise, nous lui avons demandé : « Comme ça, comment Pablo ? » Et il a répondu : « Ben ! Beau et fort. » Comme nous l'avions déjà mentionné, il a

⁵²⁶ La TV Pinel est une initiative de l'Institut Philippe Pinel (un Hôpital Psychiatrique à Rio de Janeiro Brésil) : « À bien des égards le projet de la TV Pinel s'avère être une expérience innovante dans le domaine de la santé mentale et de la communication. Elle diffère des autres projets en ajoutant, à l'idée du travail et de la formation professionnelle par les « utilisateurs » de services de santé mentale, de travailler avec la technologie de l'image, grâce à une méthodologie participative. Avoir un programme de télévision, prévoit la création d'une autre sphère d'expression et de participation sociale et fait apparaître, entre autres, la visibilité et la « publicité » de la folie et de son traitement ». apud., http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_tv_pinel.htm

une belle apparence⁵²⁷. Mais en revanche, il a beaucoup de questionnements sur son corps. Il se croit malade, faible, comme nous allons le développer en étudiant son cas clinique.

C'est à la suite de cette question posée par Pablo que s'est révélé notre intérêt pour l'étude du rapport du psychotique à son corps, à la représentation de celui-ci et à sa relation avec la « stabilité » ou « l'instabilité » psychique.

Pour la réalisation du deuxième film, *Entre Vistas*, c'est un autre patient qui nous a donné l'idée du sujet. Ce patient a exprimé le souhait de connaître l'origine du *Casa Verde* et, comme presque tous les fondateurs n'étaient plus dans cette clinique, il était curieux de savoir pourquoi ils avaient quitté ce travail. L'idée a été très bien accueillie par tout le groupe qui a également voulu savoir quel était l'état des patients ayant déjà quitté le *Casa Verde*.

Une fois notre objectif déterminé, nous avons choisi avec qui nous souhaiterions avoir un entretien et le lieu où il serait réalisé.

Pendant plusieurs jours, nous avons dû réfléchir à la manière dont nous voulions produire le film. Pour cela, nous avons commencé par visionner des documentaires pour avoir une idée de ce que nous pensions important de demander pendant les entretiens aux fondateurs, aux anciens patients ou aux anciens stagiaires. Pablo était très présent pendant cette partie de notre travail et manifestait beaucoup d'intérêt. En effet, il a été un des premiers patients du *Casa Verde* ; il y est arrivé en août 1994 (année de la fondation du *Casa Verde*). Dans ce film, il dit des phrases très intéressantes qui nous ont permis de suivre, un peu, son évolution pendant son parcours au *Casa Verde*. Dans une de ses apparitions dans le film sur l'origine du *Casa Verde*, Pablo essaie de dire son état lorsqu'il est arrivé au *Casa Verde* mais les mots lui manquent : il s'exprime par des gestes, il tourne son doigt autour de son oreille et il ajoute que, quand il est arrivé, il était complètement fou et introspectif, alors que maintenant il est extraverti et plus ouvert.

Grâce à un atelier mobile, chacune des interviews a été réalisée dans un endroit différent. Les entretiens se sont déroulés à Rio de Janeiro, à la plage de Botafogo, dans les résidences ou cabinets des personnes interrogées, etc. La phase des interviews a duré six mois. Après leur achèvement, nous avons commencé à voir et revoir les images. Nous avons entamé l'étape de découpage qui a été effectuée dans la salle de télévision du *Casa Verde* (découpage d'images, de temps de parole, etc.). Lors de cette phase, nous avons incité chacun

⁵²⁷ Une fois, lorsque nous avons réalisé une visite à la maison où un autre patient louait une chambre, Pablo est venu avec nous et il s'est présenté comme étant son psychiatre à la propriétaire ; personne n'a contesté ce fait, il s'est comporté comme le psychiatre, il a expliqué tous les médicaments de l'autre patient, quand ils devraient être donnés et a répondu à toutes les questions posées par la propriétaire qui a réellement cru qu'il était le psychiatre.

des patients à s'exprimer sur ce qu'il estimait être bon ou non pour le film. Et ce qui fut assez drôle, c'est que chaque patient, principalement Pablo, ne voulait voir et ne choisissait que les images où il apparaissait.

Le moment final et décisif pour la naissance du film a été notre voyage à Maricá (sur le littoral de l'État de Rio de Janeiro), à une heure et demie en voiture de Rio de Janeiro. L'endroit a été choisi par le groupe, car l'éditrice de notre dernier film ne travaillait plus à TV Pinel et comme les patients avaient aimé sa façon de travailler, ils avaient voté pour faire l'édition chez elle. Pendant trois jours, nous sommes allés à Maricá. Nous allions en voiture toujours avec des patients impliqués dans la production du film, parmi eux Pablo.

Nos sorties pour faire nos entretiens, nos voyages pour l'édition⁵²⁸ ainsi que nos visites à l'éditrice à Maricá ont été un point capital dans notre décision d'être un atelier thérapeutique itinérant. C'était important, car nous disposions d'une créativité, d'un « espace potentiel ». L'occupation des territoires tant psychiques que sociaux est une modalité très importante pour traiter les sujets psychotiques avec qui nous travaillons et qui présentent une fragilité de leurs assises narcissiques et une difficulté à s'investir dans un objet. Nous avons donc choisi de nous appuyer, en particulier, sur les idées issues de la réforme psychiatrique brésilienne préconisant les sorties en ville, permettant d'occuper différents espaces sociaux et culturels de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur.

La production de ces deux films et la possibilité de maintenir cet atelier assez vivant ont constitué une tâche ardue. Nous avons dû emprunter des chemins de traverse. Mais, cela a été très agréable pour tous de réaliser ce travail, de voir l'investissement de chacun dans la maison et même de ceux qui ne participaient pas activement à l'atelier mais qui étaient présents lors des discussions de la réunion de la *tribu*. Notre joie à savoir et voir notre documentaire prêt était également très grande, car nous avons réussi à donner corps à toutes les images fragmentées que nous avions et avons obtenu un résultat final très satisfaisant, avec beaucoup de reconnaissances du regard extérieur (par les : familles, ex-patients et fonctionnaires...).

Toutes les questions qui se présentaient dans notre atelier étaient soumises à la réunion de la *tribu*, y compris les questions financières.

Pour finir le cycle des parcours de production de ces deux films, nous avons organisé un spectacle pour la projection du film avec tous ceux qui participaient au travail du *Casa Verde* : les patients, leurs familles et amis, l'équipe soignante, les stagiaires, les ex-stagiaires,

⁵²⁸ Ici c'est important que ces voyages aient été réalisés grâce à l'envie des patients. Ce qui est important ici, c'est l'ouverture vers l'extérieur de ces patients.

les employés, les fondateurs et les interviewés du deuxième film et ceux qui s'étaient engagés dans ce type de traitement créatif pour les patients. Tous étaient invités : ceux avec des troubles mentaux exclus d'une vie sociale en raison de leurs maladies, ceux qui participaient au processus d'inclusion sociale de ces patients et ceux intéressés par notre travail qui souhaitaient être présents.

Le choix du lieu de projection des films a été aussi pensé et discuté par tous ceux du *Casa Verde*. Nous voulions un espace hors de la maison et aussi hors des espaces psychiatriques. Nous pensions que cette étape, comme beaucoup d'autres dans notre atelier, était importante, car c'était une façon de clore un cycle. Les patients ont pu voir le produit final de notre projet. Ainsi, ils ont eu la possibilité d'un retour du regard de l'autre sur leur production.

Comme nous l'avons mentionné, Pablo était presque tout le temps présent dans cet atelier et engagé dans la production de ces deux films. C'est à partir de sa question : « Je suis comme ça ? », qu'est venu notre intérêt à essayer de comprendre comment fonctionne chez les psychotiques la représentation psychique de leurs corps et comment le vécu du corps est en lien avec une possible stabilité psychique, même minime.

4.2 - Histoire de vie de Pablo

Pablo est né en 1954 à Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brésil. Son père travaillait dans une banque et était alcoolique. Il a été muté à Rio de Janeiro dans les années 70.

Sa mère ne travaillait pas et s'occupait de la maison. Elle est morte d'un cancer des os et après son décès, l'appartement où habitait la famille à Rio de Janeiro a été complètement abandonné, personne ne s'en occupait. Il a été interdit par les autorités sanitaires, vendu aux enchères et l'argent a été partagé entre les frères, les sœurs et le père.

Pablo est le cinquième de huit frères et sœurs, trois filles et cinq garçons, parmi lesquels trois sont psychotiques et l'une s'est suicidée (elle s'est jetée par la fenêtre de l'appartement où ils habitaient). Pablo raconte qu'au moment où elle s'est défenestrée son père et lui étaient présents.

Pablo a fini ses études au lycée. Il a travaillé dans plusieurs endroits : dans une compagnie d'administration à Porto Alegre, dans deux banques aussi à Rio Grande do Sul, dans un magasin de musique à Rio de Janeiro et dans une agence de nettoyage, COMLURB. Néanmoins, il n'est jamais resté longtemps, car il se sentait comme « un étranger dans le nid quand je travaille » (Pablo).

Il a déménagé à Rio de Janeiro avec sa famille, quand il avait vingt-neuf ans. Pablo considère ce déménagement comme une « tragédie ».

Il s'est marié avec une infirmière qu'il a connue au cours d'une de ses hospitalisations. Ils ont d'abord vécu sept ans ensemble. Ils se sont séparés une première fois, car, selon lui, « elle a subi plusieurs avortements » (Pablo) et il a commencé à croire qu'elle avait avorté sans son consentement : « j'ai toujours voulu un enfant, elle ne pouvait pas me faire ça » (Pablo).

Quelques années plus tard, ils se sont remis ensemble pendant encore cinq ans. Elle l'a incité à reprendre le travail et à étudier pour passer un concours public. La relation entre eux était très compliquée ; elle le manipulait, dépensait tout son salaire et avait toujours des dettes. Elle avait deux enfants de son premier mari. Pablo dit qu'il s'entendait très bien avec les fils de son épouse. Leur relation s'est définitivement terminée, car elle « m'a traité de canaille et m'a agressé » (sic.) et Pablo a commencé à craindre de l'agresser un jour aussi.

Grâce à cette relation, il a pu avoir un travail de fonctionnaire. Au début, il était agent de nettoyage, ce qui a été très difficile pour lui, car il a commencé à se sentir persécuté par ses collègues de travail et il lui était difficile de gérer son temps entre le travail et son traitement au *Casa Verde*. Il a pris un congé et ensuite il est retourné à son travail avec la fonction de surveillant. Là encore, cette position fut difficile à assumer : cette ascension « rapide » peut être comparée à la prise d'une « position paternelle » comme dans le cas Schreber. Dans son cas, cette position l'oblige à contrôler ses collègues et exercer « les lois » de l'entreprise publique, ce qu'il n'a pas supporté très longtemps non plus. Il a pris un congé maladie.

Actuellement, Pablo n'a presque plus de relations avec sa famille. Il est le seul qui habite à Rio de Janeiro. Il est très solitaire et discret.

Pablo parlait souvent de sa famille et avait comme objectif de pouvoir un jour rendre visite à ses deux sœurs et à son père dans l'État de Rio Grande do Sul. En 2011, il a pu finalement réaliser son vœu, mais cela s'est mal passé. Ses sœurs et son père ne vont pas bien. Ce dernier est très vieux, avec beaucoup de problèmes de santé, ne prend plus de douche... Après ce voyage Pablo est revenu plus mal. Maintenant il a récupéré mais il ne veut presque plus parler de sa famille.

Pablo a une histoire personnelle de souffrance marquée par l'intensité des situations émotionnelles de sa famille (grand-mère maternelle, mère, oncles, père psychotiques, trois frères psychotiques et une sœur qui s'est suicidée). Il se croit responsable des douleurs et de la souffrance familiale.

La première fois qu'il a été hospitalisé, c'était à Porto Alegre, sa ville de naissance. Il avait quatorze ans et présentait un cas de délire hallucinatoire. Ensuite, il a connu une centaine d'hospitalisations jusqu'à son arrivée à l'association *Casa Verde*, en 1994. À cette époque, le *Casa Verde* avait une porte d'entrée (P.E.)⁵²⁹. Durant ses premières années au *Casa Verde*, Pablo a été hospitalisé environ 50 fois.

4.3 - L'état de Pablo à son arrivée au *Casa Verde*

Pablo est arrivé la première fois au *Casa Verde* en août 1994, quelques mois après son ouverture.

Lorsqu'il est arrivé au *Casa Verde*, il se sentait persécuté par un « cirque d'horreur » : il se sentait persécuté par des maçons ; il entendait des voix mais il ne voulait pas en parler. La seule chose qu'il racontait c'est qu'elles le menaçaient. Il se sentait entouré de comploteurs qui voulaient le détruire.

À cette époque, il était plus introspectif et réservé. Il se méfiait, croyant que tout le monde pouvait faire partie de ce groupe, de cette mafia et que tout pouvait être un piège fait pour augmenter sa souffrance. Il croyait que les êtres communiquaient par des codes pour le tromper. Le sujet « se trouve dans la situation très particulière d'être livré entièrement à l'œil et au regard de l'Autre »⁵³⁰, car « la *Verwerfung* laisse en dehors, le terme du père symbolique dont nous verrons dans les cas concrets combien il est nécessaire »⁵³¹.

Il parle aussi de ce groupe qui le persécute : « ils veulent que je devienne fou, que je devienne un mendiant ». (Pablo). C'est à cause de cela qu'il avait envie de se suicider et parfois il avançait qu'une autre solution possible, pour se voir libéré de cette mafia, était de voyager. Mais, finalement, ce n'était pas possible, car, selon lui, ils étaient partout et ils savaient tout ce qu'il pensait. Il ne voyait pas de justification à continuer son traitement. Mais dans de rares moments, il disait qu'il allait être fort et qu'il allait résister, même s'« ils » (ses persécuteurs) voulaient le contraire. Et c'est justement sur ce point que l'équipe s'est appuyée et a fait le pari qu'il était possible de le soigner.

⁵²⁹ Avant 1994, les patients arrivaient aux services psychiatriques avec seulement le rapport d'un psychiatre. La sécurité sociale privée, CASSI, qui a un contrat avec le *Casa Verde*, est celle de Pablo. Plus tard, la CASSI a créé un service, nommé porte d'entrée, spécifique pour évaluer la nécessité d'une hospitalisation. Le patient pouvait rester durant un petit intervalle, de trois jours à une semaine maximum, pour l'évaluation. À cette époque, c'était les membres de l'équipe du *Casa Verde* qui étaient à la porte d'entrée de la CASSI.

⁵³⁰ LACAN, J., « Du complexe de castration », in : *Séminaire IV : La relation d'objet* (1956 – 1957), Paris : Seuil, 1994, p. 227.

⁵³¹ *Ibidem*.

Un fonctionnaire de la maison raconte que, lors de son arrivée, même dans son état de désorientation, Pablo était une personne très attentive qui présentait bien (il s'habille bien, parle bien et a de bonnes connaissances culturelles) et qu'il exprimait une grande souffrance personnelle.

Lorsqu'il est arrivé, il se sentait très anxieux, déprimé ; « je n'ai pas d'émotions » (Pablo) et « je suis très solitaire » (Pablo). Pour ses malheurs, il se disait : « il semble que je suis inerte, je ne sens plus d'émotions » (Pablo). Il se trouvait sans espérance, il ne sentait plus aucun bonheur dans la vie. Les seules solutions qui lui restaient étaient de mourir ou de devenir mendiant : « place, sinon celle de rebut, de déchet qui rend « logique » sa tendance suicidaire [...] Il ne lui reste plus qu'à se faire disparaître. »⁵³² :

« M. Czermak propose de considérer la notion de "mort du sujet" pour la psychose. Ce qui s'éclaire dans ce même cas où cette personne, dans un moment d'étrangeté, alla chercher, sans la trouver, l'identité de son être sur son passeport, ni le nom, ni l'image de son visage n'étant plus à même de lui assurer son être. »⁵³³

Il souffrait beaucoup à cause du manque de perspective dans sa vie : « c'est mieux d'en finir », « il me manque du courage pour en finir », « comment va être ma fin ? » (Pablo). Là, nous percevons qu'il était dans un état de perplexité, face au vide, au « réel » sans possibilité de symboliser son sentiment d'existence effacé : « les expériences énigmatiques du sujet psychotique. L'expérience énigmatique est toute centrée sur le fait que, quand un signifiant apparaît tout seul dans le réel, il produit au niveau de la signification un vide énigmatique. »⁵³⁴ Face à cette énigme, à ce vide, Pablo ne parvenait pas à dormir, car il avait des « pensées trop bizarres et mauvaises » (Pablo).

Il raconte qu'il a commis un acte illicite (nous n'avons aucune information supplémentaire sur cela) et qu'à partir de cet épisode, il est « torturé psychologiquement », comme il dit, par ses persécuteurs. Il croit par exemple que la mort de sa mère, l'hospitalisation de sa sœur, entre autres événements difficiles de sa famille, forment « une

⁵³² GRASSER, F., « L'enseignement du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, juin 1993, p. 23.

⁵³³ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 51.

⁵³⁴ SOLER, S., « Stabilisation de la psychose », in : *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse et Presses Universitaires de Mirail, 2012, p. 201.

toile d'araignée de la mafia » (Pablo) qui le persécute. Il dit qu'il y a une hiérarchie dans ce groupe et à la fin tous les êtres de la Terre sont présents dans son délire.

Le but, au début du traitement de Pablo, était de chercher à tisser, construire un lien minimum avec lui, pour qu'il puisse, d'une manière ou d'une autre, avoir confiance dans les soins proposés par le *Casa Verde*.

Il a fallu réfléchir à d'autres alternatives comme un accompagnement thérapeutique et appeler l'autre institution où il avait été hospitalisé et où il fréquentait l'hôpital de la C.S.⁵³⁵. L'équipe était motivée et croyait à la possibilité de le soigner, même s'il n'était pas tout à fait coopératif. Le pari de l'équipe du *Casa Verde* était de croire à d'autres alternatives de traitement pour que Pablo puisse développer d'autres possibilités de signification.

Avant qu'il n'arrive au *Casa verde*, il a eu une longue histoire d'hospitalisation. Il raconte, dans un des films que nous avons réalisés, qu'après être entré au *Casa Verde* il n'a plus jamais été hospitalisé⁵³⁶. Ce n'est pas tout à fait le cas mais le nombre des hospitalisations a beaucoup diminué et maintenant il sait quand il en a besoin et il nous le demande. Ainsi, il n'a plus besoin de boire et de faire du scandale ou de devenir confus pour être hospitalisé.

Il y a des hauts et des bas, mais Pablo va beaucoup mieux maintenant. C'est à partir de son parcours dans cette institution de traitement et de l'évolution de son cas que nous nous demandons : « Que signifie être stable chez les psychotiques ? Qu'est-ce *avoir* un corps ? Est-ce que Pablo *a* un corps ? Quels ont été les progrès de Pablo ? »

Pour nous, Pablo est parvenu à se créer un signifiant identitaire qui le tient dans son existence et dans le lien à l'Autre, ce que nous considérons comme la création d'un sinthome.

4.4 - Traitement de Pablo à l'hôpital de jour du *Casa Verde*

Pablo était calme, replié sur lui-même, il parlait très peu quand il a commencé à fréquenter l'hôpital de jour du *Casa Verde*. Au début de son traitement, Pablo est devenu plusieurs fois très paranoïaque avec l'équipe. Quand il était dans cet état, il était plus agressif verbalement et très colérique. Auparavant, ces états paranoïaques étaient récurrents. Il avait des relations très limitées avec les autres et il ne parlait que très peu, quasiment pas.

⁵³⁵ Il n'avait pas une bonne relation avec cette institution.

⁵³⁶ Dès qu'il est arrivé au *Casa Verde* en 1994, il a beaucoup insisté sur le fait qu'il ne voulait pas être hospitalisé contre son gré et qu'il craignait de devoir être hospitalisé encore une fois. Selon lui : « j'ai déjà beaucoup souffert dans des hôpitaux. » (Pablo)

Le discours et l'état de Pablo ont changé dès qu'il est arrivé au *Casa Verde*. Le réseau de soutien qu'il a tissé dès le début de son traitement a été rendu possible par un point central de référence, le *Casa Verde*, c'est ce qui lui a permis d'élaborer et de construire son délire. Selon sa psychiatre, Pablo a pu élaborer un délire plus structuré. Freud nous apprend que le délire est une tentative de guérison. Il en va de même pour Lacan, comme l'écrit Serge André dans ses réflexions sur la théorie lacanienne : « La loi délirante réalise une organisation et, de ce fait, agit dans le sens d'une stabilisation. Le délire s'accompagne d'effets thérapeutiques au sens où il introduit un ordre là où régnaient le chaos et l'arbitraire. »⁵³⁷

« Ils » (les êtres de la mafia, les maçons, ses persécuteurs) lui veulent du mal. Tout a commencé, selon lui, à cause d'un acte illicite qu'il a commis. Il parle de cet acte seulement à sa psychiatre. Mais, il parle de « ça », comme étant une tragédie dans sa vie et celle de sa famille.

À cause de cet acte, il a commencé à être persécuté par ces êtres qui sont partout où il va. Il est surveillé 24 heures sur 24. Pablo ne se lasse pas de dire qu'il est fatigué à cause de ça, il se plaint d'une fatigue physique. Cette fatigue serait expliquée par ce manque de délimitation entre soi et l'Autre, le dérèglement pulsionnel (de la jouissance) : « La fatigue de penser, de parler, dont se plaint la patiente, résulte de cette non-limitation. »⁵³⁸

Il se voit et se croit maigre et épuisé à cause de toutes ces persécutions. Son délire lui cause de la fatigue physique. Nous nous interrogeons sur le fait qu'il peut être épuisant de vivre comme ça 24 heures sur 24, tous les jours. Ainsi, il est allé voir une fois un match de football au stade Maracana rempli de supporters qui criaient « Ah !!! Je suis fou ». Il a pensé que c'était pour lui, car il le sentait dans son corps.

Il vit, selon lui, une torture psychologique. Il sent qu'il doit être puni à cause de l'acte illicite qu'il a commis. Il croit que sa mère est morte à cause de ses persécuteurs et que ce sont eux qui ont jeté sa sœur par la fenêtre. Le cadre démentiel actuel de son père et les maladies de ses frères et sœurs sont tous de sa faute. En raison de cet acte que nous ne connaissons pas, les persécuteurs le punissent en punissant ceux qu'il aime.

C'est pourquoi, depuis qu'il est revenu de l'État de Rio Grande do Sul, où habitent son père et ses deux sœurs psychotiques, il ne veut plus y retourner. Selon lui, l'état détérioré dans lequel il a rencontré sa famille est de sa faute. Alors, il préfère rester à distance.

⁵³⁷ SERGE, A., « Les usages du symptôme », in : *Quarto*, n° 37 / 38, Paris : Navarin, 1989, p. 72.

⁵³⁸ BROUASSE, M.-H., « Question de suppléance », in : *Ornicar ?*, n° 47, octobre-décembre 1988, p. 70.

C'est peut-être pour cette raison que Pablo connaît des amours impossibles. En effet, les femmes qu'il désire courent le risque d'entrer dans la « scène d'horreur » (Pablo) où il se trouve.

Une situation particulièrement difficile au *Casa Verde* est intervenue lorsque Pablo a interprété la disponibilité de son accompagnante thérapeutique comme le signe d'un amour partagé. À cause de cet amour qu'il croyait partagé, Pablo a complètement décompensé ; il est passé à l'acte et cassant une fenêtre du *Casa Verde* il s'est gravement blessé.

Ces relations amoureuses ont été toujours très ambiguës et ont toujours exigé du tact. En effet, si la femme aimée n'accepte pas ses avances, il se sent déstabilisé, et a l'impression d'avoir été vaincu par ses persécuteurs ; il se dévalorise, se sent nul. Si son amour est bien accueilli, il se déstabilise également et la situation est aussi compliquée. Il est nécessaire d'entreprendre tout un travail et d'accorder de l'attention à cette question toujours très présente dans son traitement au *Casa Verde*.

Ces « relations amoureuses », platoniques de Pablo peuvent être pensées comme ce que Lacan a dit sur la relation primaire mère bébé, idée reprise par Pankow : « si je répons à la déclaration d'amour que me fait ma mère, je provoque son retrait, et si je n'entends pas, c'est-à-dire si je ne lui répons pas, je la perds »⁵³⁹. Pourtant, dans son cas, c'est l'inverse : si la personne que j'aime et dont je crois, imaginativement, qu'elle m'aime, me répond, je me perds, car là c'est la rencontre du désir de l'Autre auquel il n'y a pas de moyens de répondre. Donc, là il est « paumé », dans un état de perplexité sans avoir de capacité pour faire face à ce désir. Car, comme nous l'avons vu, les psychotiques, à cause de la non-inscription du signifiant phallique (Nom-du-Père), n'ont pas pu symboliser ce désir de l'Autre dans leurs phantasmes. Il leur arrive comme une énigme, comme un trou dans leurs représentations ; ils n'ont donc pas la possibilité d'y répondre et cela entraîne une décompensation : « Le Nom-du-Père fournit un principe de réponse à l'énigme de la béance de l'Autre [...]L'opération du Nom-du-Père découpe un trou au champ de l'Autre et donne en même temps l'élément propre à voiler cette béance [...]médiatisée au désir de l'Autre, génératrice de l'angoisse »⁵⁴⁰ et d'une décompensation psychotique. Maleval poursuit : « Lacan considère qu'en cette nomination [...] se discerne le moment crucial, caractéristique de l'entrée dans la psychose, lors duquel émane, du champ de l'Autre, l'appel d'un signifiant essentiel qui ne peut être reçu. »⁵⁴¹

⁵³⁹ LACAN, J., « La forclusion du Nom-du-Père », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient* (1957 – 1958), Paris : Seuil, 1998, p. 144.

⁵⁴⁰ MALEVAL, J.-C., « La Pluralisation du Nom-du-Père », in : *La forclusion du Nom-du-Père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 2000, p.110.

⁵⁴¹ *Ibid.* p. 270.

Mais pour certains psychotiques, la relation sexuelle est possible à partir même de cette non-inscription de la différence sexuelle, comme Pablo, qui a réussi à avoir des rapports avec une infirmière durant une de ses hospitalisations.

Pablo n'a jamais accepté le diagnostic de psychotique⁵⁴² et n'est jamais entré dans le discours médical. Cependant, il ne dénie pas sa paranoïa, il en parle au contraire et en ce moment il est en train de diriger un film à l'atelier de tournage sur les moyens de se protéger de la paranoïa. C'est aussi le sujet du texte qu'il a écrit sur le site du *Casa Verde*, comme nous le verrons bientôt dans la partie « Pablo et sa maladie ». Ces démarches - diriger un film et écrire sur le site Internet à propos de son savoir-faire avec sa paranoïa pour aider les autres qui se trouvent dans la même situation-sont le résultat de sa rencontre avec un lieu dans le lien social. Il s'adresse à l'Autre pour se faire entendre sur ce qu'il a créé pour se protéger de sa paranoïa. Comme nous l'avons vu avec Hoffman, la création d'un sinthome passe par l'adresse à l'Autre⁵⁴³.

Sa rencontre avec le *Casa Verde* et son équipe a été ce que nous pouvons considérer comme une bonne rencontre qui a permis à Pablo d'accepter le traitement et la nécessité de se soigner.

Pablo a toujours eu une grande autonomie relativement à son traitement. Il y a dix-sept ans qu'il a la même psychiatre. C'est lui qui l'a choisie au *Casa Verde*. Il est suivi dans son cabinet et il la paye avec son propre argent et aujourd'hui c'est lui qui l'appelle quand il en a besoin. Il avait une thérapeute qu'il avait choisie au *Casa Verde* et après quelques années, il a voulu changer. Les personnes qui l'ont accompagné sur le plan thérapeutique ont toujours été choisies par lui. C'est lui qui décide aussi des moments où il pense qu'il est nécessaire de changer de traitement.

Pablo passe toute la journée au *Casa Verde* : pendant le matin et l'après-midi, il est à l'hôpital de jour et le soir il participe au projet pour les toxicomanes et les alcooliques.

Il est suivi aussi par tout un réseau : un accompagnant thérapeutique, un thérapeute, un psychiatre, un gastro-entérologue et un centre spiritiste. Avec ce réseau, Pablo a pu circuler dans la ville et le nombre d'hospitalisations a beaucoup diminué. Il a réduit les boissons

⁵⁴² Il se croit malade corporellement car sa paranoïa (qui pour lui n'est pas une maladie, mais sa particularité) le fatigue tellement physiquement, qu'il se voit comme étant un sujet à l'apparence faible et malade (porteur d'un cancer, comme nous le verrons bientôt).

⁵⁴³ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 54.

alcoolisées. Avant, quand il était paranoïaque, il avait l'habitude de recourir aux boissons pour apaiser ses « paranoïas » et sa souffrance.

Le *Casa Verde* est devenu un lieu de référence pour Pablo. Cette institution l'a accueilli dans sa singularité et sa souffrance et lui a permis de retrouver des sentiments d'être (comme nous l'avons vu, quand il est arrivé par la première fois à la P.E. du *Casa Verde*, il a dit qu'il n'avait pas d'émotions). C'est un lieu où il a pu nouer des liens et se faire des amis⁵⁴⁴.

Le *Casa Verde* est plus qu'un lieu de traitement pour Pablo, c'est son lieu de référence. Comme l'idée de point d'ancrage de C. Calligares : « Quelque chose vient enjoinde au sujet de se référer à une fonction parentale, pour nous signifie : s'organiser comme sujet et obtenir sa signification de sujet en relation à un point d'ancrage fixe, central, qui organise le savoir. »⁵⁴⁵ « Sans le *Casa Verde* je serais déjà mort » dit-il. Il le fréquente tous les jours de la semaine, du lundi au samedi.

Si ses voix lui ordonnent de quitter le *Casa Verde*, il répond clairement qu'il ne va jamais obéir à cet ordre, car, selon lui, il ne laissera jamais le *Casa Verde* qui joue un rôle central dans sa vie.

4.5 - Pablo et sa maladie

« La paranoïa forme comme des liens, une phrase rejoint une autre et je fabrique une histoire. » (Pablo)

Le délire de Pablo ne disparaît jamais, il y a des moments où il va très mal, il a peur de tout et de tout le monde, il ne se confie à personne et croit que tout se réfère à lui. Par exemple, il pense que les travaux réalisés à la maison voisine du *Casa Verde* sont réalisés pour l'atteindre. Parfois, ses délires deviennent plus doux mais ne disparaissent jamais. Il dit qu'il souffre beaucoup de sa paranoïa, qu'il ne parvient pas à différencier le réel de l'irréel : « C'est très facile de vivre avec le cancer, difficile de vivre avec la paranoïa toute la vie, c'est très triste. » (Pablo)

Un des mécanismes qu'il a créé pour faire face à ses hallucinations est d'être indifférent envers elles, de ne pas leur prêter attention.

⁵⁴⁴ Comme R. qui fréquentait aussi l'atelier de « production de film » (de tournage) et avec lequel il allait déjeuner tous les dimanches.

⁵⁴⁵ CALLIGARIS, C., *Pour une clinique différentielle des psychoses*, Paris : Point hors ligne, 1991, p. 51.

Lorsqu'il a des crises, il se sent très persécuté, il pense que tout le monde parle de lui et le regarde, même les objets. Il croit qu'ils sont placés d'une certaine manière à cause de lui. Pendant ses crises il ne parle à presque personne, il regarde plutôt le sol, il reste figé, dans un coin en se sentant persécuté.

Quand il est en crise, il devient paranoïaque dans son rapport avec l'environnement : les regards dans les rues, l'arbre coupé devant sa maison signifient qu'il va « donner des mauvais fruits ». Tout devient autoréférent.

Sa volonté de chercher de l'aide auprès des autres quand il est en crise est un processus très important dans son traitement.

Vers 2005, il a commencé à réaliser une fois tous les six mois des coloscopies. Il n'avait pas de motif, ni de demande médicale mais comme sa mère était morte d'un cancer et que son frère en a eu un aussi, Pablo avait la certitude d'avoir un cancer des intestins. Pablo a également une alimentation, faite par lui, très contrôlée : il faut qu'il mange beaucoup de fruits, un yaourt spécifique le matin et des légumes tout au long de la journée.

Il a commencé à fréquenter un centre spiritiste pour se soigner spirituellement de son « cancer », c'est la première fois qu'il sort du réseau médical et psychiatrique et commence à avoir des liens avec les gens de ce centre. Il continue à avoir aussi ses examens de routine (coloscopie).

Pablo a beaucoup évolué après son arrivée au *Casa Verde*. Un mouvement très fréquent chez lui est sa demande d'hospitalisation, alors qu'auparavant quand il était en crise il buvait, se mettait dans des situations où il mettait sa vie en danger.

Actuellement, il arrive à rester plus en groupe et avec plus de gens. Quand il est arrivé à *Casa Verde*, c'était rare. Il a modifié son insertion de manière positive. Avec ces changements, il reste plus longtemps à *Casa Verde* et il y occupe plus les différents espaces.

Pablo a parfois l'habitude de parler des questions sexuelles. Il les présente avec orgueil, mais en même temps avec beaucoup d'angoisse. Une fois, quand il était au lit avec une femme, elle a allumé la télévision ce qui l'a beaucoup perturbé, car toutes les chaînes et tous les programmes sont, selon Pablo, dirigés contre lui. Le seul programme qu'il supporte bien est le football, car il ne le « convoque » pas. Parfois, il raconte ses rencontres avec des prostituées. De ses rencontres et histoires, il raconte qu'il a eu du plaisir mais en même temps cela lui pose beaucoup de « questions paranoïaques et hypocondriaques ».

Pablo a écrit un texte de deux pages à sa psychiatre dans lequel il raconte que, lorsqu'il avait quatorze ans, il avait l'habitude de rester devant la porte d'une « boîte de nuit » et qu'un soir, une des entraîneuses lui a demandé s'il ne voulait pas entrer. Il a dit qu'il ne

pouvait pas, car il était mineur. La femme lui a dit qu'avec elle, il pouvait. Cette nuit-là, il a dormi chez elle et ensuite il est resté chez elle pendant un mois. Ses parents, d'après lui, n'ont pas prêté attention à cette histoire. Pablo considère ce manque d'attention comme absurde, car ils avaient une grande différence d'âge, quatorze et trente ans. Ses parents étaient extrêmement religieux et le sexe a été toujours un tabou chez lui. Nous nous demandons si cela était l'acte illicite qu'il dit avoir commis et qui est responsable de sa « torture psychologique » (Pablo) Cela pourrait être le cas, dans la mesure où il avait exactement quatorze ans, âge auquel a été hospitalisé pour la première fois et que ses questions tournent fréquemment autour de l'amour et du sexe.

Pablo vit fréquemment avec ses délires et ses voix qui parfois deviennent moins présentes mais ne disparaissent jamais, comme dans cet extrait écrit dans le journal du *Casa Verde*.

« Torture dans le métro [...] »

Tout d'un coup, il est apparu une foule de jeunes qui riaient, et se moquaient. Ainsi le feu rouge est apparu dans mon esprit. Paranoïa en vue ! Le métro est arrivé. Je me suis assis dans un coin éloigné, mais bientôt j'ai été entouré par plusieurs jeunes qui éclataient de rire. Je ne sais pas pourquoi ils me regardaient. Je ne le supportais plus. Tout d'un coup, une grosse femme s'est assise à côté de moi et m'a serré du côté droit du siège [...] J'ai dit – « si vous me poussez encore plus je vais lâcher un grand pet ici [...] »⁵⁴⁶

Avec cet écrit et les autres exemples cités plus haut, comme celui de la femme qui a allumé la télévision, nous remarquons que les « ils » dont Pablo parle, le menacent et se moquent de lui. (Ils sont n'importe où, comme dans le métro ou à la télévision). Nous pouvons cependant noter l'humour dont Pablo fait preuve pour faire face à une scène qui pourtant pourrait être très angoissante.

« Je vis une torture psychologique depuis 25 ans. C'est terrible ! Je n'arrive pas à savoir qui est qui. Parfois j'arrive à jouer avec tout cela. Parfois cela me fait du bien. Je prends des médicaments pour me soulager, mais je ne réussis pas à me délivrer des

⁵⁴⁶ Pablo, journal de la Casa Verde, *Ver-de-perto*, 23 janvier 2012.

persécutions. Je passe par des moments très difficiles. [...] J'adore vivre. Je ne veux pas mourir. J'ai mes mécanismes pour soulager la souffrance. »⁵⁴⁷

À partir de son traitement au *Casa Verde*, Pablo a pu se trouver des moyens pour se protéger de ses hallucinations. Nous les avons trouvées sur le site du *Casa Verde*⁵⁴⁸. Actuellement, il est en train de réaliser un film à l'atelier du *Casa Verde* sur ses ressources propres pour aider ceux qui souffrent aussi de la paranoïa.

Les conseils donnés par Pablo, sur le site Internet du *Casa Verde*, pour faire face à la paranoïa sont :

« Lorsque vous êtes couché dans votre lit, chez vous, le soir (qui est le moment, le pire) et que vous avez le sentiment que la télévision vous parle, changez de chaîne. De préférence ; changez pour la chaîne du Senat (TV Senat), car elle ne parle que de politique. »

« Lorsque vous marchez dans les rues et entendez des choses sur vous-même, achetez des écouteurs. »

« Quand vous êtes dans une pièce et que vous vous rendez compte que, dans l'autre pièce, les gens parlent de votre vie et de vos habitudes, ouvrez la porte et parlez avec eux. Cela désarme la paranoïa, car ce dont ils parlent n'a rien à voir avec vous. »

D'autres conseils :

« Quand vous lisez un journal et pensez qu'il parle de vous, ne lisez pas seulement le titre... Lisez tout l'article, et vous verrez rapidement que cela n'a rien à voir avec vous. »

« Quand vous marchez dans la rue au milieu du bruit des gens et que vous entendez tout d'un coup "bâtard" (ou quelque chose de similaire) et que vous pensez que c'est pour vous, approchez-vous de la personne et dites-lui : "Bonjour monsieur, s'est-il passé quelque chose ? (et tendez-lui la main). Ensuite, vous verrez que ce n'est rien. Oh, quel soulagement ! »

⁵⁴⁷ Pablo, Journal de la Casa Verde, numéro 16. Décembre 2011.

⁵⁴⁸ Pablo, *Comment faire face à la paranoïa ?*, in : <http://www.nucleocasaverde.com.br/?p=600>

« Si vous êtes paranoïaque, il serait préférable de ne pas boire, mais si vous buvez; ne prenez pas de l'alcool distillé ni de grandes quantités de bière. Si vous êtes paranoïaque, quand vous buvez, mettez des écouteurs sur les oreilles avec la musique que vous aimez le plus et essayez de ne pas regarder trop les gens. Trouvez quelqu'un en qui vous avez confiance, médecin, psychiatre, stagiaire. Je sais que c'est difficile d'avoir la paranoïa quand on boit, la personne reste vulnérable à des crises de paranoïa. C'est comme un bâtiment où chaque instant une fenêtre s'ouvre et chacune d'entre elles, c'est un peu de paranoïa. Elles s'ouvrent de plus en plus, jusqu'à devenir une monstruosité qui vous poursuit. »

Ses conseils plus récents :

« Ne restez pas tout seul quand vous avez la paranoïa ou quelque chose qui y ressemble. »

« Hier, j'ai eu une expérience de paranoïa quand j'étais tout seul dans ma chambre. Je pensais à des choses et des persécutions qui pour rien au monde ne sortaient de ma tête. J'ai décidé d'allumer la télévision et tout est devenu pire parce que la télévision était en train de parler avec moi par des messages. J'ai changé de chaîne, les choses se sont améliorées, mais j'étais encore toujours mal à l'aise. J'ai décidé de parler à la femme qui habite avec moi au sujet de choses qui n'avaient rien à voir avec ma paranoïa. J'ai commencé à aller mieux, les choses sont allées. J'ai alors décidé de sortir et d'aller au Shopping, mais je ne voulais pas y aller seul, parce que seul avec la paranoïa nous nous sentons impuissant et très mal. Alors, j'ai cherché quelqu'un digne de confiance et un collègue est venu avec moi pour prendre un café chez McDonald au centre commercial. Les choses sont allées. Si vous n'avez personne pour sortir avec vous, il vaut mieux rester à la maison et discuter avec les parents : père, mère, frère ou une personne de confiance. Cherchez à parler et à penser à des choses qui détournent la pensée de la paranoïa, mais si rien de tout cela ne réussit appelez votre psychiatre, elle va vous parler par téléphone et vous laisser plus calme. »

Nous pouvons remarquer l'importance de ces « ressources » créées par Pablo pour faire face à ses hallucinations et délires et sa tentative de « recoudre » l'intérieur et l'extérieur, qui a été déchiré : « c'est ce temps de constitution d'une symbolisation du réel »⁵⁴⁹.

⁵⁴⁹ LAFONT, J., « Délire et inscription sur le corps », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 13, juin 1987, p. 53.

Un des points importants dans le traitement qui a permis à Pablo de créer toutes ces astuces pour faire face à ses hallucinations est son réseau de support, d'appui : *Casa Verde*, psychothérapeute, accompagnement thérapeutique, psychiatre, proctologue, centre spiritiste propriétaire de la pension qui range son lit, lave son linge et lui tient compagnie, principalement lorsqu'il passe par de périodes difficiles.

4.6 - Déclenchement de la psychose paranoïaque de Pablo

Lorsque nous parlons de structure psychotique, il est important de parler du moment du déclenchement. Quelque chose était déjà là chez Pablo, caché et invisible mais, malgré cela, il arrivait à se tenir dans la vie, dans le langage et dans le lien social. Nous ne savons rien sur son enfance ou sa jeunesse, période durant laquelle il vivait au sud du Brésil, sauf l'information que nous avons eue, lorsqu'il a donné à un membre de l'équipe une lettre qu'il avait écrite à son psychiatre. Nous avons trouvée cette lettre dans son dossier au *Casa Verde*.

Nous nous demandions ce qui lui permettait de se tenir avant le déclenchement de sa crise psychotique. Avant le déclenchement de la psychose, les psychotiques ont généralement une béquille imaginaire, une identification imaginaire à quelqu'un ou un objet (a-a') qui les aide à se tenir dans le monde. Mais, nous n'avons pas de matériel pour pouvoir répondre à cette question: Qu'est-ce qui s'est passé pour que se déclenche une crise ? Comment a-t-il réussi à se tenir dans son existence, dans le langage, dans le lien social, après cela ?

Après avoir lu cette lettre à son psychiatre, nous soupçonnons que l'élément-choc au déclenchement de sa psychose est un acte illicite qu'il dit avoir commis, en rapport avec la relation sexuelle qu'il a eue avec une prostituée lorsqu'il avait quatorze ans. Notre hypothèse est étayée par la coïncidence entre l'âge de cette rencontre et celle de sa première hospitalisation : « Il a maintes fois été constaté que la rencontre du désir de l'Autre peut s'avérer déstabilisante pour un psychotique. »⁵⁵⁰

Comme nous l'avons développé dans le chapitre antérieur, le psychotique n'entre pas dans le partage sexuel. Son identité sexuelle, généralement, lui pose problème, comme cette « mauvaise rencontre » à son adolescence avec une partenaire. Cela dépasse, pour lui aussi, la question morale produite par le milieu familial dans lequel il a été élevé, très conservateur, rigoureux et catholique. Il dit qu'il n'a pas pu comprendre comment ses parents ne se sont pas

⁵⁵⁰ MALEVAL, J.-C., *La forclusion du Nom-du-Père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 2000, p.277.

souciés de sa relation pendant un mois avec cette femme prostituée, beaucoup plus âgée que lui.

Nous pouvons ainsi remarquer que la question de l'identité sexuelle pose, assez souvent, problème aux sujets psychotiques. Dans plusieurs cas, le déclenchement de la crise arrive à l'époque de l'adolescence et lors d'une rencontre sexuelle, car il est nécessaire qu'ils assument une position, une identité qu'ils ne se sont jamais constituées.

L'identité sexuelle chez les psychotiques n'existe pas en tant que telle. Ils ont des difficultés à se représenter en tant qu'homme et femme et à investir des objets sexuels et à se faire objet du désir et du regard de l'Autre. Car cela exige un choix d'objet, l'assomption d'une identité sexuelle.

Même s'ils parviennent à avoir des rapports sexuels, cela ne veut pas dire qu'ils ont pu se constituer une identité sexuelle.

La question de l'identité sexuelle chez les psychotiques a aussi intrigué Freud. Lorsqu'il analyse le cas Schreber, il suppose que la question de l'homosexualité est une des notions clés pour penser les questions posées par les psychotiques et les paranoïaques, l'homosexualité étant un des mécanismes fondamentaux des psychoses. Selon Freud, il n'y a pas chez les psychotiques de refoulement de l'homosexualité infantile.

Pour Lacan, la question au centre des psychoses n'est pas l'homosexualité, car là il y a un choix d'objet et une assomption d'identité sexuelle. Les psychotiques n'ont pas réalisé ce choix, ils ne sont pas entrés dans le partage sexuel, donc ils font face à une difficulté identitaire. Le psychotique peut assumer la position d'homme à certains moments ou de femme à d'autres moments, comme Schreber qui par le processus d'émasculatation devient la femme de Dieu ou Jean qui se croit un poisson hermaphrodite.

Nous nous demandons alors ce qui a pu se passer lors du déclenchement d'une psychose. Dans les trois cas que nous développons, nous soutenons l'idée qu'il y a eu apparition de « quelque chose » de l'ordre symbolique dans leur vie qui a provoqué leur dissociation psychotique :

« Il y a bien un Ausbruch, un éclatement, de la psychose, comme le soulignait déjà Freud dès le Manuscrit H de 1895, devant un événement repérable comme déclencheur ; – une psychose se déclenche lorsqu'advient pour un sujet une signification nouvelle qui est inconciliable avec son moi et qui n'est autre que la

signification de la castration. Le Moi est dans sa structure suffisamment lâche pour se défendre de toute vérité lui étant étrangère. »⁵⁵¹

Lacan parle d'une manière très claire du déclenchement de la psychose dans le texte *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*⁵⁵² :

« C'est dans un autre registre qu'il faut aborder ce qui se passe dans la psychose [...] mais il n'est pas impossible qu'on arrive à déterminer le nombre minimum de points d'attache fondamentaux entre le signifiant et le signifié nécessaires à ce qu'un être humain soit dit normal, et qui, lorsqu'ils ne sont pas établis, ou qu'ils lâchent, font le psychotique. »⁵⁵³

Il advient un état de perplexité dans lequel le sujet psychotique se retrouve au moment du déclenchement de sa psychose:

« Tout laisse apparaître que la psychose n'a pas de préhistoire. Il trouve seulement que lorsque, dans des conditions spéciales qui devront être précisées, 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 *Verneinung* à l'égard de l'événement. »⁵⁵⁴

Alors, pour quelle raison Pablo qui se tenait dans l'existence et dans le lien social, ne s'est plus « tenu » à partir de cette mauvaise rencontre « amoureuse » ou « sexuelle ». Que s'est-il passé, quel fut le facteur déterminant pour que Pablo ne se tienne plus ?

À l'âge de jeune adulte, notre organisation sociale (névrosée) pousse les sujets à assumer une identité sexuelle. C'est la manière par laquelle le sujet va se présenter au regard et au désir de l'Autre.

⁵⁵¹ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 50.

⁵⁵² LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1955-1956), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999.

⁵⁵³ LACAN, J., « Les entours du trou », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1955-1956)*, Paris : Seuil, 1981, p. 304.

⁵⁵⁴ LACAN, J., « Le phénomène psychotique et son mécanisme », in : *Séminaire III : Les Psychoses (1955-1956)*, Paris : Seuil, 1981, p. 100.

À ce moment-là se posent des questions relatives au corps. La déstructuration du corps est très courante en cette circonstance. À cause de la fissure structurale psychotique, ils n'ont pas ce corps qui parle par le Moi et qui représente le sujet pour lui-même et pour l'Autre :

« L'adolescence n'y apparaît pas comme une période particulière du développement humain ; selon Freud, c'est d'abord sur la sexualité infantile qu'il convient de mettre l'accent. Celle-ci étant posée comme fondatrice, les formes nouvelles qu'elle revêt à l'âge de la puberté, période finale de transformations corporelles et psychiques, ne présentent qu'un intérêt secondaire, puisqu'elles consistent en une réactualisation d'une problématique antérieure. »⁵⁵⁵

Dans le cas de Pablo, cette situation a touché sa fissure structurale existentielle provoquée par la non-inscription de cet Un, ce signifiant primordial du Nom-du-Père, cette identification qui permettrait à Pablo de s'assumer dans le partage sexuel. Les psychotiques ont à cause de cette forclusion du Nom-du-Père une difficulté à se construire une identité imaginaire, une image d'eux-mêmes :

« Il appréhendait le déclenchement de la psychose à partir d'un moment qui « reproduit » le point culminant du complexe d'Œdipe, et qui en révèle l'échec. Il considérait que l'objet paternel de l'identification œdipienne ne parvenait pas en ces circonstances à surmonter l'objet de désir, laissant le sujet s'affronter sans médiation à des images narcissiques. »⁵⁵⁶

La constitution du Moi, comme nous l'avons vu dans la partie consacrée au corps pulsionnel freudien, dépend de cette différenciation entre le Moi et l'Autre. Et au stade du miroir le sujet reconnaît que « ça c'est moi » et alors se pose la question de l'identité sexuelle, et de sa représentation à l'Autre.

Le traitement avec Pablo cherchait à l'aider à se construire une identité, même minimale pour qu'il puisse se tenir dans le monde et face à l'Autre. Cet Autre si dangereux et envahissant, responsable de sa « torture psychologique ». Cet Autre, dans les psychoses, même s'il n'est pas le persécuteur, est presque toujours perçu comme un autre « méchant », mais dans certains cas, il peut être ou même devenir un compagnon pour le sujet.

⁵⁵⁵ MALEVAL, J.-C., *La forclusion du Nom-du-Père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 2000, p.283.

⁵⁵⁶ *Ibidem*.

Nous allons développer maintenant la relation de Pablo à son corps et comment il a réussi d'une certaine manière à le traiter et à faire face à sa paranoïa. Il a pu, selon nous, se construire une identité imaginaire qui le tient dans l'existence.

4.7 - Le rapport de Pablo à son corps et à sa paranoïa : un cas de stabilisation ?

Nous nous sommes intéressée au cas de Pablo, puisque nous avons créé d'abord avec lui une bonne relation et ensuite il fut un des patients qui participait assez régulièrement à notre atelier de tournage. Ultérieurement, il nous a surpris par sa question au vu de son image sur l'écran de télévision : « Est-ce que je suis comme ça ? », suivie de sa propre réponse à notre demande : « Eh Beh ! Beau et fort ». Nous lui demandons alors comment il se voit, étant donné qu'il a toujours eu une bonne apparence et il répond qu'il se voit faible et maigre.

Cela nous a ramené tout de suite à son besoin de se faire faire une coloscopie tous les six mois. Même s'il avait une raison à cela, en raison de la mort de sa mère d'un cancer des os et du fait qu'un de ses frères aussi a eu un cancer, il n'y avait pas de demande médicale. Cela nous a toujours interrogée, vu le caractère tellement intrusif de cet examen. Mais, plus tard, nous nous sommes demandé si cela n'avait pas un rôle fonctionnel pour lui. Son corps, de notre point de vue, devait être ressenti comme n'ayant pas de consistance et peut-être fallait-il que l'Autre voit l'intérieur de son corps. Il fallait chercher *l'objet a* à l'intérieur de son corps. Car *l'objet a* chez les psychotiques, dans plusieurs cas, n'est pas détaché de leur corps, en restant ce point « réel », angoissant dans le corps. *L'objet a* n'est pas spécularisable pendant le stade du miroir, il n'est pas caché derrière le miroir ; ainsi selon J. A. Miler, « dans les psychoses, l'objet (a) dont il s'agit est pur réel »⁵⁵⁷. Et pour avoir une structuration « stable » l'extraction de l'« objet a » est crucial, car : « la structure se soutient de la seule séparation d'avec l'objet a »⁵⁵⁸ ; « aboutir à la séparation d'avec *l'objet a*, c'est cela qui fait tenir une structure »⁵⁵⁹.

Cela peut être un moyen de contenir son débordement pulsionnel, cette jouissance absolue à laquelle les psychotiques ne parviennent pas à faire barrage.

⁵⁵⁷ MILLER, J.-A., « Produire le sujet ? », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 4, mai 1983, p. 34.

⁵⁵⁸ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 64.

⁵⁵⁹ *Ibidem*.

À partir de l'élaboration de *l'objet a*⁵⁶⁰, Lacan ouvre la possibilité de penser la question du règlement de la jouissance chez les psychotiques et la possible stabilisation de leur état⁵⁶¹. Le travail des psychotiques avec leurs délires, fragmentation du corps,... est une forme de défense face au côté pulsionnel du langage et de son propre corps. Le délire ou la création d'une suppléance, d'un signifiant identificatoire ou d'un sinthome sont une tentative du psychotique de régler cette jouissance dérégulée qui l'envahit constamment.

Au moment où Pablo « trouve » cet *objet a* comme étant un objet cancéreux à l'intérieur de son corps et qu'il arrive à l'enlever par un travail spirituel, il parvient à détacher cette chose de l'intérieur de son corps et avoir un peu plus de stabilité. Car « ce qui est fondateur du sujet, par exemple de la métaphore, c'est ce "quelque chose" hors sujet, adjacent au sujet, que Lacan a décrit sous le terme "d'objet a" »⁵⁶². Car : « objet (a) est à la fois reste et agent dans l'opération de subjectivation. Comme reste, les objets (a) constituent la limite d'un sujet. »⁵⁶³ Ainsi, le travail de Pablo avec toutes ses questions d'ordre hypocondriaque a été de pouvoir extraire de son corps cet objet qui l'angoisse, le détacher d'une certaine manière, car : « la place du sujet, répète-t-on, c'est un trou... Bien sûr, mais un trou, ce n'est rien d'autre que le rien du reste. »⁵⁶⁴ Le travail avec les psychotiques serait alors selon Guattari « de lui creuser quelques nouveaux trous pour qu'il se raccroche quelque part. »⁵⁶⁵

Comme nous l'avons vu dans la partie du corps pulsionnel, Freud parle du moment du narcissisme primaire, lorsque l'enfant prend son propre corps comme objet de plaisir (l'autoérotisme et narcissisme). C'est le moment où il y aurait un retrait libidinal du monde extérieur dans le Moi. C'est aussi le moment où le sujet forme une barrière protectrice qui est fondamentale pour la constitution de son Moi et de son corps. Les psychoses nous amènent au cœur de la question narcissique. Nous pouvons remarquer que c'est au centre des questions de l'hypocondrie de Pablo qui focalise sa libido sur son problème intestinal. C'est dans cette partie du corps qu'il essaie de se fabriquer une défense à ses envahissements paranoïaques. Et, d'une certaine manière, il y a réussi, même si cette identité qu'il a pu se construire est de l'ordre imaginaire. Il va chercher ce signifiant dans l'Autre, dans l'image du cancer de sa mère et il l'installe en lui avec l'objectif de maîtriser la jouissance absolue de l'Autre et

⁵⁶⁰ LACAN, J., *Le Séminaire X : L'Angoisse* (1962 – 1963), Paris : Seuil, 2004.

⁵⁶¹ Ce que nous allons développer plus profondément dans le dernier chapitre de la partie suivante.

⁵⁶² GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 55.

⁵⁶³ LACAN, J., « Jouissance et division », in : *Scilicet*, n° 6/7, Paris : Seuil, 1976, p. 134.

⁵⁶⁴ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 50.

⁵⁶⁵ *Ibidem*.

l'envahissement de l'ordre du « réel » : « parmi les différentes manifestations de la psychose on peut distinguer une jouissance non localisée, envahissante »⁵⁶⁶. Ainsi : « mieux vaut donc une jouissance localisée, même si elle n'est pas phallique. Autrement dit, on considère la paranoïa comme le moindre mal. »⁵⁶⁷

C'est la problématique narcissique de l'image spéculaire qui est en jeu chez les paranoïaques. Freud, dans le cas de psychonévrose narcissique, insiste sur le point qu'il y a un repli sur soi-même, en ce sens qu'il n'y a pas de possibilité d'investir dans d'autres objets : comme Pablo qui est investi dans une partie de son corps. Il essaye de se créer une surface qui contient sa jouissance. « Nous avons avant tout reconnu dans notre appareil psychique un moyen qu'on charge de maîtriser des excitations qui seraient ressenties comme gênantes ou auraient un effet pathogène. »⁵⁶⁸ Freud continue plus loin :

« On se dit aussitôt qu'à partir du moment où la libido est ainsi capable de se fixer au propre corps et à la propre personne du sujet au lieu de s'attacher à un objet, il ne peut certainement pas s'agir d'un cas exceptionnel et insignifiant. Il est plutôt probable que le narcissisme constitue l'état général et primitif où l'amour d'objet n'est sorti qu'ultérieurement. »⁵⁶⁹

Ainsi, nous nous demandons si cela ne lui permettrait pas de donner un certain contour à son corps dissocié. Car, tout au long de notre travail au *Casa Verde*, nous avons remarqué l'importance centrale du corps pour lui. Même si, parfois, il nous donnait l'impression d'avoir un corps qui lui paraissait étranger. Il s'est construit un signifiant de corps cancérigène et d'une certaine manière cela lui permettait de pouvoir s'approprier son corps. Cela diminuait considérablement ses symptômes paranoïaques. Cela lui permettait de se « tenir » d'une certaine manière dans le lien social et d'avoir un certain sentiment d'existence et une continuité d'être : « C'est par cette identité nouvelle, bien que délirante, qu'il peut retrouver place dans le monde, dans ce monde qu'il a pu reconstituer. »⁵⁷⁰ Ici Grasser parle de Schreber mais nous pouvons utiliser cela pour indiquer ce qui se passe avec Pablo lorsqu'il se crée une identité à un signifiant cancérigène.

⁵⁶⁶ TURNHEIM, M., « Interprétation analytique et interprétation délirante », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 6, juin 1984, p. 9.

⁵⁶⁷ *Ibidem*.

⁵⁶⁸ FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012, p. 57.

⁵⁶⁹ *Ibid.*, p. 91.

⁵⁷⁰ GRASSER, F., « L'enseignant du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, juin 1993, p. 23.

Cette identification donne un sens à son existence et l'aide à faire face à ses envahissements hallucinatoires par la « mafia des maçons » : grâce à « sa reconstruction délirante, mais logique, il a pu apaiser le déchainement du début de sa psychose. Il constitue un nouveau lien avec le champ social. » Comme nous l'avons vu avec cette création d'un signifiant cancérigène, il vient à fréquenter non seulement les espaces de soins médicaux et le milieu psychiatrique mais il vient aussi à fréquenter assidument le centre spiritiste où il connaît d'autres gens.

Selon lui, il a été guéri par le centre spiritiste qui a pu enlever son cancer à partir d'un traitement spirituel. Il a commencé à fréquenter ce centre, en même temps qu'il a commencé à se faire faire régulièrement des coloscopies vers 2005. Ce qu'il a écrit dans un journal mensuel du *Casa Verde* :

« J'avais une suspicion de cancer, mais j'ai été guéri par mon travail spirituel. Mais cela c'est une chose physique. Ce que je sens dans le mental, aussi étonnant que cela puisse paraître, c'est pire. On guérit le cancer avec un traitement. Mais le mental n'arrête pas de marcher et de souffrir. »⁵⁷¹

Un autre signifiant auparavant présent chez Pablo est le signifiant alcoolique. Comme nous l'avons vu, il a toujours fréquenté assidûment l'atelier de « dépendance chimique » à l'hôpital de jour du *Casa Verde* et aussi le projet du soir tourné vers les individus qui ont des soucis d'alcool et/ou des drogues. Mais cela ne le tient pas, car auparavant il se mettait toujours en risque (des confusions et bagarres) et il était beaucoup plus paranoïaque lorsqu'il avait l'habitude d'être en état d'ébriété.

Nous supposons que Pablo essayait aussi d'acquérir un corps, par ses attitudes violentes envers les autres, ses passages à l'acte lorsqu'il buvait, ce qui mettait son corps, assez souvent en situation de risque en raison des bagarres auxquelles il se mêlait et aussi de celles qu'il provoquait. Plusieurs fois, tandis qu'il était en état d'ébriété, il entendait des voix et croyait que les gens autour de lui étaient en train de se moquer de lui et il répondait avec de coups de pieds, ou jetait des objets, ce qui a toujours inquiété les membres de l'équipe du *Casa Verde*.

Cette attitude d'exposer son corps au risque peut aussi être vue comme une tentative de donner forme et de créer des limites à son corps et ainsi de se protéger du « réel ». Cela a été de même pour Jean lors de ses « exercices » et de ses scarifications. Tout cela, aussi

⁵⁷¹ Pablo, Journal du *Casa Verde*, Numero 16. Décembre 2011.

bizarre que cela puisse nous paraître, peut avoir une fonction anxiolytique pour le sujet, manière de retrouver une limite pour son corps qui déborde de ressentis, de jouissance sans délimitation.

Pablo, maintenant, ne boit plus. Néanmoins, il continue d'aller tous les soirs au Projet « *despertar* » du *Casa Verde*, traitement pour les dépendants de drogues. Actuellement, il sait lorsqu'il y a quelque chose qui ne va pas chez lui et il nous demande une hospitalisation. Il n'a plus besoin de se mettre en risque ou avoir une grande crise pour être hospitalisé. Il y a des moments où il a besoin de cette contention « hospitalière » et il le reconnaît.

Nous soutenons l'idée que Pablo a réussi à acquérir une unité corporelle, même minimale, et une stabilisation de son état psychotique en s'appropriant le signifiant cancer qui lui vient de la mère (une certaine identification à cette mère). Il se construit un « corps cancérogène » qui nécessite une attention spécifique de la part de l'Autre : « L'ego se distingue ainsi du moi névrotique par son côté building, son côté construit. Le Moi du névrosé est le résultat d'une succession d'identifications que le sujet ne cesse de faire tout au long de sa vie. Ici, au contraire, on n'a qu'une seule identification. »⁵⁷²

Lorsque Pablo est arrivé au *Casa Verde*, il était extrêmement paranoïaque et dans un état de confusion mentale. Graduellement, à partir de son traitement et grâce au réseau qu'il s'est construit, il a pu élaborer un délire structuré (*wahn*).

Dans les délires de Pablo, tout le monde peut faire partie de la mafia de maçons qui le persécute et le menace et, au début de son traitement, même les personnels du *Casa Verde* étaient concernés. Le monde entier était pris dans son délire. Le délire peut avoir une fonction pour le sujet, de défense contre l'invasion des sensations, des voix, de l'excès pulsionnel du corps et du langage.

Mais, au début de son traitement, ses délires étaient encore en cours d'élaboration et ne l'aidaient pas vraiment, au contraire ils venaient du « réel » et étaient très accablants. À partir de son traitement et de l'appropriation d'un signifiant qui lui donne une certaine identité et consistance, cet Autre méchant et dangereux a pu s'adoucir, il a pu d'une certaine manière régler ce « réel ».

Comme nous l'a raconté sa psychiatre, auparavant Pablo était dans un état très déstructuré et confus et petit à petit il a pu se construire un délire. Il s'est fabriqué un discours qui est une conviction, une certitude qui n'était pas partagée par les autres et les médecins qui

⁵⁷² LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, octobre 1987, p. 89.

l'examinaient mais qui a une fonction spécifique pour lui, car cela l'aide d'une certaine façon à traiter ses difficultés avec le grand Autre.

Le point de captation pour Pablo, c'est le mot, le signifiant cancer, « avoir un corps, cancérogène ». C'est ce que Lacan appelle « la solution élégante du psychotique » : « ce schéma démontre que l'état terminal de la psychose ne représente pas le chaos figé où aboutit la retombée d'un séisme, mais bien plutôt cette mise au jour de lignes d'efficiency, qui fait parler, quand il s'agit d'un problème, de solution élégante »⁵⁷³. Lacan parle de la solution élégante en relation à l'état final de l'élaboration du délire structuré de Schreber, ce que nous pouvons apporter comme solution, la « phase finale » du délire de Pablo aussi. C'est la solution qu'il a pu utiliser « pour y restituer un ordre du sujet »⁵⁷⁴.

C'est ce point de convergence qui lui permet d'unifier son discours et son corps. Ce qui lui a permis d'avoir une certaine structuration de son délire, à l'opposé de l'état de dissociation et de délirium désordonné dans lequel il est arrivé au *Casa Verde*. Ainsi il a pu passer d'un état de désagrégation, très paranoïaque et persécuté, à un état plus stable. Il a pu se fabriquer un nœud, passant par la notion du Nom-du-Père, qui est sa propre création qui n'est pas d'ordre phallique. « Le signifiant ne fait pas que donner l'enveloppe, le récipient de la signification, il la polarise, il la structure, il l'installe dans l'existence. »⁵⁷⁵

Cette création personnelle peut être comparée à la fiction de soi et de son corps, comme une suppléance qui a une ressemblance avec la fonction du symptôme et qui sert de point d'ancrage au sujet : « C'est là où le sujet réintègre authentiquement ses membres disjoints, et reconnaît, ré agrège son expérience. »⁵⁷⁶ Pablo parvient à être : « un fou qui se maintient à distance de sa folie [...] C'est un fou paranoïaque. Dire que la folie est la plus grande perturbation imaginaire comme telle ne définit pas toutes les formes de folie - je parle du délire et de la paranoïa. »⁵⁷⁷

Cette identification imaginaire de Pablo, même si elle est précaire (instable), peut être considérée comme ayant fonction de lui donner une certaine unité, étant donné que l'identité est un point d'ancrage de l'être et qu'elle l'aide à régler la jouissance. Elle peut être perçue comme étant :

⁵⁷³ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1955-1956), in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 50.

⁵⁷⁴ *Ibid.*, p. 51.

⁵⁷⁵ LACAN, J., « Le point de capiton », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1955-1956), Paris : Seuil, 1981, p. 295 et 296.

⁵⁷⁶ LACAN, J., « Au-delà de l'imaginaire, le symbolique », in : *Séminaire II : Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris : Seuil, p. 288.

⁵⁷⁷ *Ibid.*, p. 283.

« une forme mineure de paranoïa, mais c'est une paranoïa, même quand elle peut prendre des allures de normalité. Cette normalité n'est pas équivalente à l'état avant le déclenchement. La paranoïa bénigne est une paranoïa normalisée ; elle présente ici ce caractère particulier, qui lui donne son style discret, de concerner un sujet qui trouve la possibilité [...]de réguler sa jouissance. »⁵⁷⁸

C'est mieux de réussir à avoir une identification que de ne rien avoir. Car l'identité permet au sujet d'assurer une place dans le lien social et face à l'Autre⁵⁷⁹.

Pour que l'identification de Pablo à ce signifiant central se réalise, pour qu'il ait pu avoir un peu de stabilité subjective, de tranquillité dans la vie et plus d'harmonie avec son corps, l'attitude d'écoute de tout le monde du *Casa Verde* a été importante. Le traitement avait comme but de l'accompagner dans son trajet en ville, dans les endroits où il a des investissements affectifs pour qu'ainsi il écrive la « parole sur son corps ». Au début du traitement, l'équipe a réalisé un gros travail pour l'aider à créer un réseau lui permettant de circuler.

Cette identité fictive, fabriquée par Pablo lui a donné la possibilité d'être plus dans le lien social et ainsi il a pu écrire sur le site du *Casa Verde* et réalisé un film en occupant la fonction de metteur en scène ; le film avait comme thème « comment faire face à la paranoïa ». Cela ressemble à la conduite de Schreber qui a écrit un livre sur lui-même et sa maladie pour aider les psychiatres et d'autres personnes qui auraient la même maladie. Cela peut être analysé aussi dans le cas de James Joyce, comme étant une tentative, un effort de vouloir la reconnaissance de l'Autre.

À partir de son parcours au *Casa Verde*, Pablo a pu être plus dans le partage social par l'écriture. À partir de son écriture, il transmet son savoir-faire, ce qu'il a créé pour se protéger de sa paranoïa. Il trouve ainsi un lieu dans le lien social par la direction d'un film et ses écrits sur le site du *Casa Verde* qui lui permettent de s'adresser à l'Autre. Pablo veut être écouté dans sa création, dans la transmission de son savoir-faire qui inclut l'Autre. Nous voyons la dimension symbolique de la solution créée par Pablo ce qui nous amène à l'hypothèse qu'il est parvenu à se créer un sinthome qui le « tient ».

⁵⁷⁸ LAFONT, J., « Délire et inscription sur le corps », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 13, juin 1987, p. 53.

⁵⁷⁹ THIBIERGE, *Clinique de l'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2007.

**TROISIÈME PARTIE – LA
QUESTION DU
TRAITEMENT**

CHAPITRE 1 : BREVE HISTOIRE DU TRAITEMENT DES PSYCHOSES EN PSYCHIATRIE

« La psychiatrie n'a pas à rougir de son passé, elle doit l'analyser pour en tirer enseignement. »⁵⁸⁰

Introduction

Dans cette partie, nous ferons un bref historique de la « clinique » psychiatrique. Nous soulèverons seulement quelques aspects du traitement des psychoses en lien avec notre travail et nos objectifs.

L'Histoire nous montre diverses réponses sociales, politiques et économiques aux psychoses, désignées plus souvent sous le nom de folie, aux malades mentaux, auparavant dénommés aliénés (du latin *alienus*, qui veut dire étranger, étrange), sujets considérés dans l'imaginaire social d'alors et encore d'aujourd'hui comme « hors-norme » :

« L'aliéné est celui "qui n'a habituellement égard à aucune règle, à aucune loi, à aucun usage, ou plutôt qui les méconnaît tous, dont les discours, le maintien et les actions sont sans cesse en opposition, non seulement avec les mœurs du pays qu'il habite, mais encore avec ce qu'il a d'humain et raisonnable". »⁵⁸¹

Selon M. Foucault, la psychiatrie est une pratique d'exclusion usant de son savoir et de son pouvoir pour maintenir le contrôle de la société.⁵⁸²

Partant de l'étude de l'histoire du développement de la clinique psychiatrique et des théories sur les psychoses, nous nous intéresserons aux questionnements suscités tout au long

⁵⁸⁰ DAUMEZON, G., in : « Conjecture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France », Revue : *Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France, Masson, 1977, p.82.

⁵⁸¹ CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 119.

⁵⁸² FOUCAULT, M., « Le grand renfermement », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 78.

de ces pratiques psychiatriques et constaterons qu'il n'existe pas un « savoir-faire » unique de la clinique des « maladies mentales », fondamentalement celle des psychoses mais qu'il y a un travail d'élaboration et de questionnement en permanente évolution.

Selon P. Bercherie, il existe deux grandes écoles « qui sont la source de la clinique psychiatrique, l'école française et l'école allemande (au sens linguistique) »⁵⁸³. Nous développerons plus particulièrement dans cette partie l'Histoire de la psychiatrie française.

Les élaborations théoriques et principes cliniques de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur nous intéressent aussi pour réfléchir à la question du traitement et de la possibilité du sujet de se créer une suppléance ou un sinthome qui le soutiendront dans son existence et dans son sentiment « d'*avoir* un corps ». Cette position est contraire à celle de la psychiatrie scientifique, protocolaire qui a pour objectif de « normaliser » le sujet et qui ne laisse pas de place pour le discours sur la folie et pour la possibilité d'une création propre, singulier au sujet.

1 - Avant la création de l'Institution Psychiatrique : les exclus du lien social

Selon Foucault, sous la Renaissance, la folie est réduite au silence. Puis, Descartes la place « à côté des rêves et de toutes formes d'erreur »⁵⁸⁴. Elle est mise en rapport avec la tromperie et avec ce qui se trouve en-dehors de la raison :

« Comment est-ce que je pourrais nier que ces mains et ce corps sont à moi, si ce n'est peut-être que je me compare avec certains insensés, de qui le cerveau est tellement troublé et offusqué [...] qu'ils assurent constamment qu'ils sont des rois lorsqu'ils sont très pauvres, qu'ils sont vêtus d'or et de pourpre lorsqu'ils sont tout nus, ou qu'ils s'imaginent être des cruches ou avoir un corps en verre. »⁵⁸⁵

La folie à cette époque était considérée comme l'inverse de la raison, elle présentait un danger : « La Non-raison du XV^e siècle formait une sorte de péril, dont les menaces pouvaient

⁵⁸³ BERCHERIE, P., *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherche 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, 2004, p. 19.

⁵⁸⁴ FOUCAULT, M., « Le grand renfermement », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 67.

⁵⁸⁵ DESCARTES, Médiations, I, Œuvres, Paris : Pléiade, p. 268.

toujours [...] compromettre les rapports de la subjectivité et de la vérité. »⁵⁸⁶ La folie n'avait pas de place dans la pensée de l'époque.

Au XVII^e siècle, en réponse à ce « danger » pour la société, on créa le « grand enfermement » dans les Hôpitaux Généraux. Mais, il n'y avait pas encore de distinction entre les fous et les indésirables pour la monarchie : « des déviants sociaux de tout poil (délinquants, vagabonds, malades, indigents et fous) par le "grand enfermement" »⁵⁸⁷.

Sous l'Ancien Régime, l'internement consistait à exclure les indigents soumis à l'abandon « en raison des dangers qu'ils représentaient pour l'équilibre social »⁵⁸⁸.

« L'Ancien Régime, par un écran de haines et de ressentiments, traduit bien la grande peur des pauvres à l'égard de ces institutions où la religion et le pouvoir de l'État s'allient ou se relayent pour faire régner une véritable terreur disciplinaire au milieu de l'entassement des corps. »⁵⁸⁹

L'objectif du mouvement aliéniste sous la monarchie absolue était de maintenir l'ordre et tous les individus qui présentaient des comportements en dehors des impératifs et des principes en vigueur, « [...] pauvres, [...] chômeurs, [...] correctionnaires et [...] insensés »⁵⁹⁰ étaient enfermés dans des Hôpitaux généraux, sans aucun soin et complètement mis à l'écart de la société. C'était une logique d'exclusion du « lieu d'échange social », d'effacement des yeux de la monarchie et de la bourgeoisie. « L'internement serait alors l'élimination spontanée des "asociaux". »⁵⁹¹ La folie à cette époque a été tue, ôtée du regard de la société, enlevée de la circulation.

Auparavant, il existait aussi des lieux religieux dotés de maisons spécialisées ouvertes, principalement en Angleterre, comme le réalisaient les Quakers :

« La Retraite d'York, fondée par un quaker non médecin, Willian Tulk (1732-1822), appliquaient un accueil humaniste et tranquille, une sorte d'éducation morale, sous un

⁵⁸⁶ FOUCAULT, M., « Le grand renfermement », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 69 et 70.

⁵⁸⁷ BERCHERIE, P., *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 57.

⁵⁸⁸ CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 67.

⁵⁸⁹ *Ibid.*, p. 66.

⁵⁹⁰ FOUCAULT, M., « Le grand renfermement », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 71.

⁵⁹¹ *Ibid.*, p. 110.

gouvernement éclairé de type familial, fondé sur l'entraînement à la distance des passions. »⁵⁹²

Des « Sociétés d'Amis » en Angleterre existaient dès le début du XVII^e siècle et plusieurs autres données en exemple par Foucault dans le chapitre *Naissance de l'asile*⁵⁹³. Mais, ces traitements ne relevaient pas d'une mesure politique.

À la fin du XVIII^e siècle, de nouveaux mouvements apparaissent cherchant à intégrer le traitement dans la communauté mais « une politique de l'assistance ségrégative est condamnée à intervenir lorsque le mal est fait, lorsque le malheureux ou le malade ont déjà décroché et sont entraînés dans une dérive qui risque d'être irréversible »⁵⁹⁴.

À partir de la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e : « Deux siècles plus tard, le démembrement de l'Hôpital Général est ressenti comme une urgence et un objectif social prioritaire par le vaste mouvement social et de philanthropie que portent la philosophie des Lumières et la Révolution française. »⁵⁹⁵

La ségrégation des « fous », des « asociaux » a duré jusqu'au XVIII^e siècle, moment où disparaît ce mode d'internement dans presque toute l'Europe. « Le XIX^e siècle acceptera, exigera même que l'on transfère aux seuls fous ces terres où auparavant on avait voulu parquer les misérables, les gueux, les chômeurs »⁵⁹⁶, en raison de leur « incapacité » au travail. Au XIX^e siècle, nous entrons dans une logique industrielle : « c'est dans ce sens que la logique du travail prend son sens : à la fois exercice éthique et garantie morale »⁵⁹⁷. Mais l'idée de traitement n'existe pas encore, comme le montre Esquirol :

« Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que de la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et les choses les plus nécessaires à la vie. »⁵⁹⁸

⁵⁹² HOCHMANN, J., « L'âge des pionniers », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 7.

⁵⁹³ FOUCAULT, M., « Naissance de l'asile », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 576 à 633.

⁵⁹⁴ CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 75.

⁵⁹⁵ BERCHERIE, P., « La clinique psychiatrique », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 58.

⁵⁹⁶ *Ibid.*, p. 101.

⁵⁹⁷ *Ibid.*, p. 104.

⁵⁹⁸ ESQUIROL, « Des établissements consacrés aux aliénés en France » (1818), in : *Des maladies mentales*, Paris, 1838, t. II, p. 134.

La fin du XIX^e siècle marque le départ d'une séparation entre « fous » et autres marginalisés : en 1790 sort une loi en France pour la création de grands Hôpitaux destinés uniquement aux fous. Mais, selon Foucault, aucun ne sera créé avant 1793 avec l'hôpital Bicêtre qui était une « "Maison de pauvres" ; on y trouvait encore confusément mêlés, comme avant la Révolution, des indigènes, des vieillards, des condamnés et des fous »⁵⁹⁹.

Ainsi, graduellement, la séparation entre « fous » et autres prisonniers de l'Ancien Régime (prostitué(e)s, criminels,...) a lieu, mais la logique, selon Castel, reste la même qu'avant, une logique d'exclusion et d'isolement de cette parcelle déviante de la norme dans une institution totale et fermée. Le but de cet enfermement était de les rééduquer par des techniques correctionnelles. Cependant, il a toujours existé aussi d'autres mouvements qui croyaient au traitement des malades dans leur maison, « in loco », au lieu de les isoler.

« La question de la folie a pris une importance capitale à la fin du XVIII^e siècle et/ou début du XIX^e [...] les aliénés ont "bénéficié" de la première prise en charge systématique, reconnue comme un droit et sanctionnée par une loi qui anticipe de plus de cinquante années toute la « législation sociale » à venir. On ne comprendrait pas cette originalité si on ne la replaçait pas à la charnière d'un enjeu fondamental pour la société bourgeoise naissante. Sur la question de la folie, par l'intermédiaire de sa médicalisation, s'est inventé *un nouveau statut de tutelle.* »⁶⁰⁰

Bicêtre (pour les hommes) et la Salpêtrière (pour les femmes) sont devenus après la Révolution française les lieux centraux de l'hospitalisation des aliénés. Tous les « fous » libérés après la loi de 1790 ont été envoyés dans ces institutions. C'était, à cette époque, le lieu du traitement de la folie. La nomination de Pinel « prouve à elle seule que la présence des fous à Bicêtre était devenue déjà un problème médical [...] aussi bien un problème politique »⁶⁰¹.

C'est le moment enfin où la folie est reconnue, où le regard sur la folie change, les « fous » ne seront plus perçus comme une « animalité ». Car, à Bicêtre, « un secret se découvre : c'est que la bestialité ne résidait pas dans l'animal, mais dans sa domestication »⁶⁰², et la possibilité d'un traitement commence à apparaître. Un passage intéressant de l'œuvre de Foucault est celui où il raconte que Couthon est allé vérifier si parmi

⁵⁹⁹ FOUCAULT, M., « La naissance de l'asile », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 581.

⁶⁰⁰ CASTEL, R., « Le défi de la folie », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 36 et 37.

⁶⁰¹ FOUCAULT, M., « La naissance de l'asile », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 583.

⁶⁰² *Ibid.*, p. 593.

les fous de Bicêtre il n'y avait pas de suspects cachés. À la suite de sa visite, il écrit à Pinel : « Ah ça, citoyen, est-ce que tu es fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux ? » et Pinel lui répondit : « Citoyen, j'ai la conviction que ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté. »⁶⁰³

2 - Début du traitement psychiatrique, la création des asiles

2.1 - Philippe Pinel

La nomination de P. Pinel comme directeur de Bicêtre marque le début de la clinique psychiatrique. Cet homme marqué par la rationalité des Lumières jette un nouveau regard sur la folie. C'est à cette époque qu'un savoir et une objectivation de la folie ont commencé à se développer, non que cela n'ait pas existé auparavant mais ils relèvent alors de la rationalité scientifique.

« C'est de Pinel que procède la clinique psychiatrique, non qu'une clinique des troubles mentaux n'ait existé bien avant lui, mais parce qu'il est le premier à fonder la clinique comme une discipline *autonome*, une pure science de l'observation, méthodologiquement séparée, et des hypothèses étiopathogéniques, et des considérations pratiques et thérapeutiques. »⁶⁰⁴

Le XIX^e siècle est donc le moment où l'on examine, classe et construit un savoir sur la folie. Les fous deviennent objet d'étude et d'investigation. La folie longtemps abandonnée par la société et l'État est organisée en une « conscience médicale »⁶⁰⁵ et la pratique thérapeutique est liée à la « complicité de la médecine et de la morale »⁶⁰⁶.

⁶⁰³ PINEL, S., in : FOUCAULT, M., « La naissance de l'asile », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 57.

⁶⁰⁴ BERCHERIE, P., *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 19.

⁶⁰⁵ FOUCAULT, M., « Le monde correctionnaire », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 111.

⁶⁰⁶ *Ibid.*, p. 118.

La psychiatrie devient scientifique et thérapeutique avec des principes de base : « l'idée de normal et de pathologique [...] maladie, guérison, traitement, crise, rémission, opposition aigu/chronique, etc. »⁶⁰⁷

Pinel classifiait les maladies dans une nosographie à partir de l'exploration et de l'ordination des phénomènes plus récurrents constituant chaque maladie. Il a été « de ceux qui ont constitué la clinique médicale comme observation et analyse systématique des phénomènes perceptibles de la maladie »⁶⁰⁸.

Selon R. Castel⁶⁰⁹, Pinel est le premier à ordonner un espace asilaire et à ordonner les phénomènes psychopathologiques dans une nosographie. Il étudie les comportements de malades et les sépare en catégories : « dans le monde moderne : constitution d'un domaine où la folie doit apparaître dans une vérité pure, à la fois objective et innocente [...] La folie gagne en précision dans son dessin scientifique. »⁶¹⁰

L'ordonnance de l'espace hospitalier, c'est à dire la séparation dans des espaces distincts des différents types de maladies selon leurs spécificités « introduit par elle-même une rationalité de la maladie [...] Le savoir qui va constituer la psychiatrie aliéniste est dans la disposition spatiale de l'hôpital comme dans les pages d'un livre. »⁶¹¹ Il divise les malades entre les « aigus » et les « chroniques », les « curables » et « incurables ». Pinel catégorise et classe les symptômes observés de la maladie ce qui donne à la psychiatrie un statut de science.

« Il recommande de se former, par l'étude de l'Histoire naturelle et la pratique des mathématiques à l'esprit de l'analyse, car une observation simplement empirique reste intuitive, n'acquiert aucun statut dans la science, n'est pas cumulative : elle doit passer dans le langage, acquérir une structure énonçable ; la clinique doit devenir progressivement une lecture, un texte écrit dans "la langue bien faite" [...] Pinel ouvre là l'exploitation systématique d'un champ et la mise en ordre de phénomènes qui le constituent [...] À cet égard, la psychiatrie suivra avec un demi-siècle de retard l'évolution de la médecine : Pinel a été de ceux qui ont constitué la clinique de la

⁶⁰⁷ BERCHERIE, P., « La clinique psychiatrique », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 19.

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 23.

⁶⁰⁹ CASTEL, R., *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976.

⁶¹⁰ FOUCAULT, M., « La naissance de l'asile », in : *Histoire de la folie (1972)*, Paris : Gallimard, 2012, p. 586.

⁶¹¹ CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 89.

psychiatrie médicale comme observation et analyse systématique des phénomènes perceptibles de la maladie ; le résultat en est sa *Nosographie*. »⁶¹²

Pinel développe des stratégies pour le traitement, un cadre de classification des maladies et une thérapeutique physique et médicamenteuse.

Il est à l'origine de la psychiatrie moderne. Il ouvre le terrain au soin et au traitement de la maladie mentale, à partir du moment où il perçoit que les « fous » ne sont pas complètement privés de raison : « à cette époque (où) l'important est de reconnaître le sujet de la folie, la part de la subjectivité, donc d'humanité, persistant au plus profond de l'aliénation »⁶¹³. Ainsi, il soutenait la possibilité de guérison des maladies mentales. Le travail avec les malades, à cette époque, ne servait pas seulement de garantie à la santé mais aussi à l'ordre⁶¹⁴.

Pour le traitement des divers types de maladies mentales, il fallait suivre une procédure bien définie. À partir de ses observations et de l'expérience acquise par son garde surveillant, Pinel développe les règles fondamentales du traitement des aliénés. Une des règles « pinéliennes » est l'isolement de l'aliéné du monde extérieur : cet éloignement est pour lui thérapeutique. « À partir de ce principe, le paradigme de l'internement va dominer toute la médecine mentale pour un siècle et demi [...] L'hospitalisation devient la réponse unique et nécessaire au questionnement de la folie. »⁶¹⁵

En ouvrant la porte au traitement de la folie et à l'idée de la possibilité de guérison, Pinel permet que le sujet entre en scène et qu'un traitement puisse avoir lieu à partir du consentement et de l'envie de ce dernier. Il était en effet primordial pour Pinel d'obtenir la confiance : « "s'emparer de la confiance des aliénés", c'est "pour leur faire sentir leur dépendance", pour orienter leur volonté vers des buts socialement admissibles »⁶¹⁶.

Cependant, Pinel préconisait un traitement moral fondé sur l'autorité du médecin par rapport au patient pour pouvoir changer ses idées (celles du patient) « erronées », distantes de la norme. Le traitement moral était tourné vers un objectif de maintien de l'ordre. Le médecin-psychiatre utilisait son autorité médicale pour réguler l'ordre, la morale et l'hygiène mentale.

⁶¹² BERCHERIE, P., « Pinel », in : *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique I*, (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991, p. 22 et 23.

⁶¹³ HOCHMANN, J., « L'âge des pionniers », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 10.

⁶¹⁴ FOUCAULT, M., « Les insensés », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 214.

⁶¹⁵ CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 93.

⁶¹⁶ HOCHMANN, J., « L'âge des pionniers », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 11.

L'idéal était que le « fou » puisse récupérer la raison qu'il avait perdue. Tant que les aliénés étaient désorientés, que la « déraison » venait au premier plan, leur parole n'était pas prise en compte dans le traitement. Pinel recherche une réforme des mœurs du sujet pour qu'il s'insère dans une société saine et réglée⁶¹⁷.

« Dans cet environnement réglé, où règne une autorité bienveillante et humaine, mais ferme et omniprésente, à travers un "appareil imposant de pression" (un personnel nombreux et décidé), une "police intérieure" rigoureuse, et "une loi fondamentale" : le "travail mécanique", on pourra "subjuguier et dompter l'aliéné en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme qui, par ses qualités physiques et morales, soit propre à exercer sur lui une entreprise irrésistible et à changer la chaîne vicieuse de ses idées". »⁶¹⁸

Dans la conception du traitement à l'époque, il est nécessaire d'imposer l'autorité du soignant. Le médecin est la « loi vivante de l'asile »⁶¹⁹.

« Ce n'est pas par hasard si la psychiatrie naissante s'est inscrite dans une forme institutionnelle qui est un héritage d'absolutisme politique. Le rapport qui se joue entre le malade et le médecin, et qui représente le premier paradigme du rapport thérapeutique en médecine mentale, est une relation de souveraineté. »⁶²⁰

« L'asile, synonyme, au départ, d'un lieu d'accueil et de soins "philanthropiques", devient une institution carcérale. »⁶²¹

À cette époque, même si Pinel mettait en avant l'importance du patient dans son traitement, il avait néanmoins recours à la violence physique et psychologique comme les douches froides, les camisoles de force, la salle de contention... Pinel recourait donc à une méthode de punition et récompenses soutenue par une discipline rigide dont le but est de rééduquer, c'est-à-dire de remettre le fou dans la norme et la morale.

Pour Foucault, l'asile fondé par Pinel n'est pas seulement un espace de traitement, de diagnostic et d'observation mais aussi :

⁶¹⁷ FOUCAULT, M., « Les corps dociles », in : *Surveiller et punir* (1975), Paris, Gallimard, 2012, p. 159 à 166.

⁶¹⁸ BERCHERIE, P., « Clinique psychiatrique et clinique psychanalytique », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 59.

⁶¹⁹ CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 95.

⁶²⁰ Ibid., p. 95.

⁶²¹ HOCHMANN, J., *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 14.

« un espace judiciaire où on est accusé, jugé et condamné, et dont on ne se libère que par la version de ce procès dans la profondeur psychologique, c'est-à-dire par le repentir. La folie sera punie à l'asile, même si elle est innocentée au-dehors. Elle est pour longtemps, et jusqu'à nos jours au moins, emprisonnée dans un monde moral. »⁶²²

Il enlève les chaînes, mais met ses patients dans un cadre d'ordre moral, strict et rigoureux. Son traitement était ambigu, car en même temps qu'il suivait le « principe d'humanité », il traitait ses patients d'une façon « mécanique et autoritaire ». Dans cette logique, Pinel enlève les chaînes des « fous » mais les emprisonne dans le discours médical et l'ordre moral en vigueur.

Pour Castel, l'asile est une institution pour maintenir l'ordre et elle est un prolongement des institutions disciplinaires de la période précédente. Comme le soulève aussi Bercherie :

« La caserne fournit le modèle dont s'inspireront l'école, la prison, comme l'asile d'aliénés [...] la posture qui commande la pratique de l'aliéniste et où va s'organiser le savoir clinique qui s'accumule, elle, sa directivité fondamentale du pouvoir régulateur et réglementaire qu'exerce le médecin-psychiatre. »⁶²³

2.2 - ESQUIROL

Esquirol a été l'élève de Pinel, son disciple et son successeur. Il affirme que l'asile est le meilleur instrument de traitement pour la guérison de la folie ; « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales. »⁶²⁴

Esquirol poursuit le travail de Pinel sur l'asile en mettant l'accent sur la nécessité d'entretenir cet espace de traitement, ce qui commence par son architecture, ainsi que par son aménagement, l'engagement du médecin et de l'équipe asilaire. Selon Bercherie, Esquirol pense l'architecture de l'hôpital psychiatrique comme étant thérapeutique, si elle permet de créer un espace pour la libre circulation et d'offrir un choix pour les patients dans leur travail

⁶²² FOUCAULT, M., « La naissance de l'asile », in : *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012, p. 623

⁶²³ BERCHERIE, P., « La clinique psychiatrique », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 59.

⁶²⁴ ESQUIROL, J.-E.-D., in : CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 65.

thérapeutique. « Une des préoccupations fondamentales d'Esquirol : les établissements pour aliénés, leur construction, leur aménagement, leur rôle thérapeutique, certes comme instrument du traitement moral. »⁶²⁵

Néanmoins, il affirme que nous sommes face à une difficulté, car il n'existe pas beaucoup de gens qui veulent vivre avec la folie et le nombre de psychiatres qui veulent vivre dans les hôpitaux psychiatriques est faible.

Esquirol, comme disciple de Pinel, a poursuivi l'idée du besoin de l'isolement et de l'internement nécessaire au traitement, car selon lui « l'isolement rompt donc l'association entre la cause et l'effet »⁶²⁶.

« Esquirol est, en effet, avec Ferrus et Jean-Pierre Falret, à l'origine de la loi du 30 juin 1838 régissant le traitement des malades mentaux et les limitations de leurs libertés. Elle prévoit que chaque département se dote d'un établissement où les malades pourront être traités, protégés, mais aussi mis hors d'état de nuire à la société. »⁶²⁷

Esquirol a fait des réserves à l'internement de tout aliéné, car le manque de liberté provoque du mécontentement, de la fureur et de la catatonie chez les aliénés, état qui peut changer dès lors qu'ils retrouvent leur liberté. Il indique ainsi que les temps d'isolation pourraient être nocifs et ne sont pas recommandables pour tous les aliénés. Pour lui, il existe des règles pour mettre en place une hospitalisation.

La logique asilaire est prédominante à cette époque, néanmoins elle n'est pas la seule. Il existait des maisons privées pour le traitement et les soins pouvaient se faire à la maison du malade pour les aliénés d'un milieu plus favorisé.

Selon Esquirol, la cohabitation avec d'autres aliénés favorisait aussi le traitement : « la cohabitation avec d'autres aliénés devient en elle-même, un moyen de traitement »⁶²⁸.

Esquirol, à la différence de Pinel, ne recommandait pas le travail forcé et mécanique ; il préconisait la création d'ateliers choisis par les internés à partir de leurs préférences. Il donnait une très grande importance à la confiance et à l'engagement du patient dans son traitement : il n'utilise plus les traitements violents émotifs et de « chocs » prônés par son

⁶²⁵ BERCHERIE, P., « La première psychiatrie clinique : les espèces du genre de la folie », in : *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique 1.* (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991, p. 37.

⁶²⁶ HOCHMANN, J., « La fondation de l'asile », in : *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 12.

⁶²⁷ HOCHMANN, J., « L'âge des pionniers » *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 13.

⁶²⁸ *Ibid.*, p. 13.

maître : « les traitements spectaculaires par les chocs émotifs, dont Pinel faisait grand cas, tiennent une moindre place : Esquirol cherche d'ailleurs plutôt à obtenir la confiance et l'affection de l'aliéné. »⁶²⁹

À la suite d'études anatomo-pathologiques, Esquirol supposait que la folie était causée par une modification méconnue dans le cerveau. Néanmoins cela n'empêchait pas la guérison : « la folie dépend d'une modification dans le cerveau ». Cet aveu d'ignorance ne le gêne en rien, car « heureusement cette connaissance n'est pas indispensable à la guérison des aliénés »⁶³⁰.

Les causes de la folie sont pour Esquirol dues à d'autres facteurs :

« Il considère que l'aliénation mentale est due à des causes physiques et morales, tout en attribuant à ces dernières une nette prédominance. Il s'étend d'une manière détaillée sur les causes physiques et en particulier sur l'hérédité, "cause" prédisposante la plus ordinaire de la folie. »⁶³¹

Pinel et Esquirol ont donné la possibilité de soigner la folie, d'avoir une thérapeutique. Car ils croyaient en la possibilité de la réduire chez un individu, par des « procédures physiques (pharmacopée ou agents dits "physiques") »⁶³². C'est une de leur contribution majeure.

Selon Castel, Esquirol est le premier spécialiste de la maladie mentale. Il a réorganisé la profession médicale en attachant l'enseignement médical à l'institution hospitalière⁶³³.

Pour Castel, cette « scientificité » médicale « apparaît moins commandée par sa "scientificité" que par sa pertinence à coder une problématique sociale »⁶³⁴. La psychiatrie apparaît à ce moment-là plutôt comme une pratique philanthropique et hygiéniste qui vise le contrôle de la déviance⁶³⁵.

⁶²⁹ BERCHERIE, P., « Esquirol », in : *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique 1*. (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991, p. 36.

⁶³⁰ *Ibid.*, p. 37.

⁶³¹ BERCHERIE, P., « Esquirol », in : *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique 1*. (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991, p. 36.

⁶³² BERCHERIE, P., *Géographie du champ psychanalytique*, Paris : Navarin, 1988, p. 192.

⁶³³ CASTEL, R., « La première médecine sociale », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 106.

⁶³⁴ CASTEL, R., « Le sauvetage de l'institution totalitaire », in : *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976, p. 108.

⁶³⁵ *Ibid.*, p. 109.

« Il s'agit d'ouvrir un domaine nouveau d'expertise, en arrachant les aliénés aux empiriques, aux hommes de loi, aux philosophes, et aux prêtres, et en les confiant à des médecins spécialistes, capables de les reconnaître et de les soigner. »⁶³⁶

Au XIX^e siècle, la psychiatrie devient une pratique classificatoire, une observation ordonnée des signes des maladies et de leur évolution, la cause de la maladie deviendra graduellement d'origine organique.

Bercherie⁶³⁷ montre que les critiques au mouvement aliéniste de Pinel et d'Esquirol commencent en 1860. C'est le moment où la formation psychiatrique est fondée sur la cause cérébrale de la folie. La psychiatrie et son enseignement commencent à se fonder sur le modèle de l'anatomie-clinique et les symptômes deviennent mesurables par l'étude de la thermométrie, du métabolisme physique et chimique et ses altérations.

L'école de Pinel et d'Esquirol se prolonge jusqu'à la fin du XIX^e siècle.

3 - Psychiatrie scientifique organiciste et anatomiste

À partir du rationalisme des Lumières, selon Bercherie, la psychiatrie a changé son statut, elle est devenue une discipline scientifique appuyée sur la pensée matérialiste de la médecine, comme nous l'avons développé dans la problématique du présent travail.

Ainsi Bayle a transformé la psychiatrie ; « Dès 1822, la découverte fortuite de paralysie générale par Bayle prépare un bouleversement conceptuel et méthodologique. »⁶³⁸

Commence le temps de la psychiatrie dominée par la Neurologie. Bercherie a écrit :

« une longue période commence, dominée par l'organicisme et le pessimisme du pronostic thérapeutique [...] produisant l'essentiel des concepts et des repères qui structurent toujours le savoir psychiatrique [...] avant la phase actuelle de désagrégation sémi-biologisante de la nosologie (le DSM3 en est le paradigme). Mais il faut avant tout souligner la façon dont ce dispositif moule sa configuration sur son objet, la folie, en tant que la non-conscience de son être (l'aliénation mentale) la

⁶³⁶ HOCHMANN, J., *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 3.

⁶³⁷ BERCHERIE, P., « La descendance d'Esquirol », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 38 à 46.

⁶³⁸ BERCHERIE, P., « Le concept de Paraphrénie et la nosologie psychiatrique des psychoses », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 20.

spécifie, commandant tant l'intervention sociale que la nécessité d'expertise, bref le statut d'objet de celui qui en est sujet. »⁶³⁹

Selon Castel, les conceptions organicistes prennent force à partir du XX^e siècle avec le but plutôt d'en finir avec la maladie et non plus de la traiter. Comme nous pouvons le constater jusqu'à nos jours.

3.1 - L'organicisme de Bayle

En 1822, A. Bayle a présenté sa thèse de recherches sur les maladies mentales, le « *Traité de maladies du cerveau* » :

« Antoine Laurent Bayle a consacré sa thèse, en 1822, à décrire la paralysie générale qui associe un délire à tonalité « ambitieuse » évoluant vers l'affaiblissement intellectuel, des troubles moteurs et articulaires progressifs et une inflammation chronique des méninges génératrice de lésions cérébrales. »⁶⁴⁰

Bayle soutient l'idée selon laquelle la plupart de maladies mentales seraient occasionnée par une paralysie générale⁶⁴¹, ce qui a marqué un tournant crucial dans l'Histoire de la psychiatrie.

Sa thèse n'a pas été reconnue immédiatement. Ce n'est que dix ans plus tard qu'elle est devenue le modèle des aliénistes du XIX^e siècle : « Progressivement [...] la doctrine de Bayle s'impose et commence à ruiner l'édifice nosologique d'Esquirol. »⁶⁴²

A partir de cette thèse inscrivant la maladie mentale dans une perspective organiciste, la psychiatrie lie son destin à celui de la neurologie, à des lésions du système nerveux. Une partie des psychiatres est influencée par des théories organicistes : « Nous apprenons que la science du cerveau est née en 1810 sous la plume du docteur Gall ; la neurologie

⁶³⁹ BERCHERIE, P., « La clinique psychiatrique », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 60.

⁶⁴⁰ HOCHMANN, J. « Naissance de l'organicisme en psychiatrie », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 19.

⁶⁴¹ BERCHERIE, P., « La découverte de Bayle », in : *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique 1*. (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991, p. 57.

⁶⁴² *Ibid.*, p. 60.

expérimentale est alors devenue très rapidement une philosophie et la psychologie s'est fait l'ombre de la physiologie. »⁶⁴³

La psychiatrie devient de plus en plus organique afin de montrer « son caractère scientifique, objectal »⁶⁴⁴.

Il a fallu attendre la dernière décennie du XIX^e siècle pour que les psychiatres se rendent compte que cette voie était une impasse. Néanmoins, cette perspective organiciste (d'un dysfonctionnement cérébral), scientifique et « matérialiste » de la maladie mentale a perduré jusqu'à maintenant.

3.2 – F. Morel

Morel développe la théorie réduisant les maladies mentales à une cause simpliste : la dégénérescence héréditaire.

« L'aliénation est en effet une déviation du type humain primitif qui s'aggrave à chaque transmission. Dans une sinistre course de relais, les fils et les filles reprennent le mal où leurs parents l'ont laissé et poursuivent une course fatale qui les fait tomber du simple déséquilibre psychique. »⁶⁴⁵

Morel invente selon Hochmann l'hérédité « dissimilaire » dans laquelle les enfants héritent d'un mal plus sévère que celui de leurs parents. Morel est dans la perspective des maladies mentales comme une dégénérescence qui peut être influencée par des facteurs externes « mauvaise alimentation, de l'alcool, des toxiques industriels, d'un mauvais climat, des miasmes, mais aussi de la promiscuité et des mauvais exemples donnés à leurs enfants »⁶⁴⁶.

3.3 - Gall

La phrénologie de Gall « attribuait les facultés mentales à des organes séparés, dont le développement plus ou moins grand était inscrit dans la forme du crâne [...] Pour lui, les

⁶⁴³ HOFFMANN, C., *Des cerveaux et des hommes. Nouvelles recherches psychanalytiques, Actualité de la psychanalyse*, Toulouse : Érés, 2007, p. 37.

⁶⁴⁴ HOCHMANN, J. « Naissance de l'organicisme en psychiatrie », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 20.

⁶⁴⁵ HOCHMANN, J. « L'hérédité triomphante », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 32.

⁶⁴⁶ *Ibid.*, p. 33.

différentes formes d'aliénation sont nécessairement liées à des lésions héréditaires du système nerveux. »⁶⁴⁷

On reste dans la logique de la psychiatrie anatomo-organique qui explique les maladies mentales par une lésion physique pour obtenir un statut scientifique.

3.4 – J.P. Falret

Il est considéré par Hochmann comme un des plus grands psychiatres de son époque⁶⁴⁸. Comme tous les aliénistes de son temps, il fut formé aux recherches anatomiques, néanmoins il les laissera de côté, car selon lui :

« "Au lieu de remonter à la lésion initiale des facultés dans les maladies mentales, le médecin spécialiste doit s'attacher à l'étude des états psychiques complexes tels qu'ils existent dans la nature." Or l'observation naturelle ne nous montre jamais de trouble mental isolé, mais une perturbation globale de l'esprit, plus ou moins grave, plus ou moins éloignée du fonctionnement normal, mais toujours prise dans l'ensemble d'une personnalité et d'une histoire. »⁶⁴⁹

Falret remet au centre de l'observation et de la clinique la subjectivité et l'histoire du malade mental, évacuées par des recherches anatomiques. Il remet en avant l'observation de différentes espèces de folies comme Pinel et Esquirol et l'importance du milieu asilaire pour le traitement.

Comme le psychiatre de son époque, Ferrus qui a recommandé la création d'une ferme à Sainte-Anne pour le traitement psychiatrique, il a « remarqué les difficultés de réinsertion des malades, en particulier des femmes aliénées, tenues à l'écart de la famille, sans abri, sans travail »⁶⁵⁰. Il souligne le besoin de création d'une institution intermédiaire permettant le passage de l'asile (institution totale et ségrégative) à la vie en société, un « lieu d'intégration sociale [...] introducteur dans la société »⁶⁵¹.

Cette question est encore très importante et encore actuelle.

⁶⁴⁷ *Ibid.*, p. 35.

⁶⁴⁸ *Ibid.*, p. 35.

⁶⁴⁹ HOCHMANN, J. « Que reste-t-il du traitement moral ? », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 40.

⁶⁵⁰ *Ibid.*, p. 42.

⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 42.

Les XIX^e et XX^e siècles sont le moment du déclin des idéaux aliénistes et du retour à l'« abandon » des patients psychiatriques.

3.5 – E. Kraepelin

Kraepelin est considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne, au début du XX^e siècle, avec l'élaboration de ses manuels encore utilisés aujourd'hui. Il défendait l'idée que la cause de la grande majorité des maladies mentales était biologique et génétique.

En 1889, il publie la cinquième édition du manuel de psychiatrie qui deviendra une référence mondiale : « en une quinzaine d'années, le petit manuel est devenu un gros traité de psychiatrie »⁶⁵². Il y a eu au total huit éditions de ce *Traité Psychiatrique* (1883 à 1909).

Kraepelin a pendant toute sa vie professionnelle cherché à classer les différentes maladies mentales.

« On a beaucoup reproché à Kraepelin d'avoir renforcé la ségrégation asilaire par son attitude objectivante. En enfermant les malades dans un diagnostic et pronostic immuable, en écartant toute mise en cause du milieu, en proclamant l'incurabilité de la folie. »⁶⁵³ Selon Henri Ey : « un véritable assassinat nosographique »⁶⁵⁴.

Son manuel utilise une classification exclusivement syndromique⁶⁵⁵. Pour le classement de maladies mentales, il utilise l'étude de l'anatomie pathologique, l'étiologie et la clinique et il considère que les maladies peuvent être d'origine exogène ou endogène. Il se fonde sur un modèle biologique du fonctionnement mental.

Kraepelin considérait les fous comme des êtres dangereux et, selon Hochmann, il a même préfiguré le nazisme dans sa volonté d'extermination des malades mentaux. Hochmann rapporte cette citation : « Méfions-nous, méfiez-vous jeunes médecins qui m'écoutez. Le fou est dangereux et le restera jusqu'à sa mort qui, malheureusement, n'arrive que rarement rapidement. »⁶⁵⁶

⁶⁵² BERCHERIE, P., *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 14.

⁶⁵³ HOCHMANN, J. « Les grandes systématisations nosographiques », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 61.

⁶⁵⁴ EY, H., in : HOCHMANN, J. « Les grandes systématisations nosographiques », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 61.

⁶⁵⁵ KRAEPELIN, E., BERCHERIE, P., « Kraepelin avant 1900 », in : *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique I.* (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991, p. 112.

⁶⁵⁶ KRAEPELIN, in : HOCHMANN, J. « Les grandes systématisations nosographiques », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 62.

Il n'a jamais convaincu tous ses contemporains de la pertinence de ses théories sur la maladie mentale, principalement en France ; « le cadre de psychoses maniaco-dépressives d'un certain nombre de mélancoliques ou maniaques [...] que les auteurs français tenaient pour curables et voulaient faire échapper au pessimiste attribué à Kraepelin »⁶⁵⁷.

Les théories de Kraepelin sur l'étiologie et le diagnostic de la maladie mentale ont inspiré le DSM et le CIM 10.

4 - La transformation de la pensée sur le système psychiatrique post-guerre

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale (1950-1960), il y a eu un grand changement, une vraie transformation, dans les soins psychiatriques. Cela peut selon G. Deleuze, remonter encore plus loin, après la guerre de 1914 avec les « hôpitaux psychiatriques de Westphalie, avec la « thérapeutique active » d'Herman Simon, ou plus loin encore en Angleterre, avec les méthodes « no restraint », de l'« open door », etc »⁶⁵⁸.

Mais c'est après la Deuxième Guerre que nous voyons un vrai mouvement psychiatre et politique de transformation :

« Au sortir des camps de prisonniers et des camps de concentration, un certain nombre d'infirmiers et de psychiatres abordèrent les problèmes de l'hôpital psychiatrique avec un œil tout à fait neuf. Devenus incapables de supporter les institutions concentrationnaires, ils entreprirent de transformer collectivement les services, abattant les grilles, organisant la lutte contre la famine, etc. »⁶⁵⁹

À la fin des années cinquante, il commence à y avoir aussi des travaux sur la pathoplastie découlant des hôpitaux psychiatriques expliquant que l'aggravation de la maladie mentale et sa chronicisation, surtout celles des phénomènes schizophrènes, proviennent des années d'enfermement. Avec ces travaux, il était prouvé que les longues hospitalisations génèrent de la dépendance chez les individus, de l'apathie, de l'agressivité. Et lorsqu'un patient est libéré, après des années, il perd aussi ses capacités sociales.

⁶⁵⁷ HOCHMANN, J. « La classification kraepelinienne revue et corrigée », *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004, p. 69.

⁶⁵⁸ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 39.

⁶⁵⁹ *Ibid.*, p., 39.

L'étude et le vécu de Goffman⁶⁶⁰ confirment que plusieurs comportements de malades s'aggravent en raison d'une longue période d'enfermement dans une « institution totale ». Il compare ces comportements générés par les institutions psychiatriques à ceux des prisons et d'autres institutions à caractère totalitaire.

C'est donc un moment de contestation et de revendication de la transformation de l'organisation des hôpitaux psychiatriques classiques.

4.1 - François Tosquelles

Pendant la Deuxième Guerre mondiale, les hôpitaux psychiatriques français ont été laissés à l'abandon. Une grande partie des internés sont morts de faim et certains se sont échappés de l'hôpital. La famine et le fait que plusieurs de ces patients qui sont sortis ont réussi à s'adapter, à travailler et à avoir des liens dans le milieu rural ont poussé certains professionnels à réaménager l'hôpital.

« De 1940 à 1944, la population française connaît des restrictions alimentaires liées à l'occupation. Elles vont provoquer la mort de 40 000 malades hospitalisés. Ce drame touche tous les hôpitaux psychiatriques, mais à Saint-Alban le personnel, les médecins et les malades organisent l'approvisionnement en aliments avec la complicité de la population. »⁶⁶¹

C'est à cette époque que François Tosquelles s'est réfugié à l'Hôpital de Saint-Alban. C'est un psychiatre catalan ayant fui l'Espagne de Franco en raison de son engagement politique. Il est accueilli à l'hôpital Saint-Alban en Lozère par le directeur de l'établissement, Paul Balvet. Les deux hommes, avec l'équipe de Saint-Alban, ont travaillé pour l'humanisation de l'hôpital en abattant les murs.

Selon J. Ayme, Tosquelles arrive à Saint-Alban avec deux ouvrages qui vont inspirer la façon de traiter dans cet établissement. L'un de ces ouvrages est d'Hermann Simon qui va inspirer l'idée « qu'il faut à la fois soigner l'établissement et soigner chaque malade »⁶⁶², l'autre livre est la thèse de Jacques Lacan selon laquelle le discours du psychotique a un sens.

⁶⁶⁰ GOFFMAN, E., *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1961 ; Paris : Les Éditions de Minuit, 1968.

⁶⁶¹ AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 35.

⁶⁶² *Ibid.*, p. 36.

À partir de ces idées clés, personnel et « malades » mettent en place des réunions pour créer des échanges entre eux.

« Il convient de substituer au système pyramidal un dispositif horizontal où les multiples réunions permettent à la parole de passer sans "suivre la voie hiérarchique", où la parole libre permet l'émergence de la parole vraie [...] Félix Guattari proposera le concept de "transversalité" pour désigner ce nouveau mode relationnel où l'assujéti devient sujet. »⁶⁶³

Cette expérience est à l'origine du Club Thérapeutique : pour aller au marché, les habitants de Lozère devraient passer par l'hôpital et de là a surgi un échange entre les internés et les habitants.

Saint-Alban a été le premier hôpital psychiatrique en France à ouvrir ses portes et à devenir une clinique plus humaine. Après l'ouverture de cet hôpital, plusieurs psychiatres ont travaillé à la transformation de la psychiatrie en France.

« À Saint-Alban l'hôpital avait été, en outre, un repaire des résistants. Des intellectuels, des surréalistes, des médecins fortement influencés par le freudisme, des militants marxistes s'y retrouvèrent, et c'est dans ce creuset que furent forgés des instruments nouveaux de désaliénation, avec – par exemple – le premier club thérapeutique intra hospitalier (le club Paul Balvet) [...] l'établissement de nouveaux rapports entre les malades et les soignants, entre les infirmiers et les médecins, entre les médecins et les familles, etc. »⁶⁶⁴

La rencontre de plusieurs personnes distinctes dans une institution « en crise », en raison de l'abandon financier et politique de toutes les institutions psychiatriques, a été à l'origine de la proposition des psychiatres et des personnes en lien avec les soins psychiatriques, de la transformation et d'humanisation de l'asile.

Les dispositifs de traitement de santé mentale ne devraient plus être fondés sur une institution totalitaire mais plutôt ouverts sur l'extérieur, avec une diversité d'acteurs et de modalités relationnelles. Selon Delion⁶⁶⁵, pour soigner, il faut avoir des échanges et la notion d'équipe s'appuie toujours sur la notion de réseaux. L'échange implique que le psychiatre

⁶⁶³ *Ibid.*, p. 37.

⁶⁶⁴ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1972, p. 39 et 40.

⁶⁶⁵ DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994.

sorte de son ancienne position de savoir et soit ouvert à la relation aux autres qu'il s'agisse du groupe soignant ou des « malades » et de leur famille.

« On ne peut rien comprendre ni rien articuler avec aisance et opportunité en psychiatrie sans mettre en jeu la personne, voire les systèmes de protections et de défense qu'on nomme la personnalité, du psychiatre requis aux prestations thérapeutiques concrètes. C'est le cas pour tous. »⁶⁶⁶

L'expérience de l'hôpital Saint-Alban donnera naissance au mouvement de la psychothérapie institutionnelle : « L'hôpital psychiatrique Saint-Alban [...] c'est de là que partira le courant de la psychothérapie institutionnelle. »⁶⁶⁷

4.2 - L'Antipsychiatrie

« Nous avons constaté que, dès l'instant où nous donnions des réponses à la pauvreté de l'interné, celui-ci changeait totalement de position, il devenait non plus un fou, mais un homme avec lequel nous pouvions entrer en relation. Nous avons alors compris qu'un individu malade a comme première nécessité non seulement le traitement de sa maladie, mais de nombreuses autres choses : il a besoin d'un rapport humain avec celui qui le soigne, il a besoin de réponses réelles regardant son être, il a besoin d'argent, d'une famille et de tout ce dont nous-mêmes, médecins qui le soignons, avons besoin. Voilà ce que nous avons découvert : le malade n'est pas seulement une maladie, mais un homme avec tous ses besoins. Par exemple, je me souviens qu'à la suite de l'ouverture des pavillons de Gorizia, en 1963-1964, nous nous attendions tous à voir des choses terribles. Qu'allait-il se passer ? Il ne se passe rien [...] Nous avons constaté [...] les personnes se comportaient correctement, demandaient des choses très pertinentes : meilleure alimentation, la liberté de relation entre hommes et femmes, du temps libre, la liberté de sortir, etc., autant d'autres choses qu'un psychiatre ne peut même pas imaginer qu'un malade puisse

⁶⁶⁶ TOSQUELLES, F., *De la personne au groupe : à propos des équipes de soins*, Toulouse : Érès, 2003, p. 7 et 8.

⁶⁶⁷ AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 35.

demander [...] Nous avons commencé à faire connaître ces choses-là afin de montrer qu'il était possible de gérer l'asile de façon différente. »⁶⁶⁸

En 1950 et au début des années 60, il y a un mouvement de professionnels de la santé mentale qui font des propositions alternatives à l'asile. Un des premiers pays à changer le système psychiatrique a été l'Angleterre avec la création de la première « communauté thérapeutique ». Dans ces communautés, tant les internés que les soignants pouvaient s'exprimer librement dans les réunions réalisées quotidiennement, ce qui permettait un dialogue et une autre relation entre « malade » et médecin. Il y avait une ouverture à la subjectivité et à la demande des internés si longtemps non écoutés et enfermés. Basaglia a pu participer à ce changement en Angleterre et cette expérience l'a poussé à lutter pour une transformation de la psychiatrie en Italie.

« Les hôpitaux psychiatriques anglais commencèrent à s'ouvrir [...] Je suis allé en Angleterre en 1961-1962 et je me souviens avoir vu une réalité totalement différente de celles des autres asiles européens. À l'intérieur du service de santé publique, le malade mental était devenu un « malade informel » égal à tout autre [...] pour la première fois, la dimension de la psychiatrie apparaissait clairement. »⁶⁶⁹

Ces questionnements ont commencé après la guerre, car pendant la guerre les hôpitaux psychiatriques ont été laissés à l'abandon. La chronicisation des maladies comme le taux de mortalité ont beaucoup augmenté.

Les institutions d'État ont été mises en question et en 1968 il y a eu plusieurs mouvements (féministes, communistes, psychiatriques, étudiants) qui voulaient changer ce monde pour un monde plus juste. À cette occasion, les militants de la psychiatrie « ont démontré que l'asile était un lieu d'oppression et de souffrance et non un lieu de soins »⁶⁷⁰. Selon Racamier⁶⁷¹, la psychanalyse a beaucoup contribué aussi aux critiques des institutions totalitaires psychiatriques de l'époque.

« En France, au cours de ces années-là, il se passe plus ou moins la même chose, mais avec une culture beaucoup plus politisée que la culture anglaise. De nombreux

⁶⁶⁸ BASAGLIA, F., *Psychiatrie et Démocratie (Conférences Brésiliennes - 1979)*, Toulouse : Érès, 2007, p. 34.

⁶⁶⁹ *Ibid.*, p. 104 et 105.

⁶⁷⁰ *Ibid.*, p. 31.

⁶⁷¹ RACAMIER, P.-C., DIATKINE, R., LEOVICI, S., PAUMELLE, P., *La psychanalyse sans divan*, Paris : Payot, 1970.

psychiatres français qui avaient participé à la Résistance contre les Allemands mirent en œuvre les premiers programmes d'humanisation de l'asile. »⁶⁷²

L'antipsychiatrie italienne, principalement Franco Basaglia, critique la démarche française. Selon lui, peu importe que la technique soit psychanalytique ou institutionnelle, car la folie est, pour Basaglia, l'expression directe d'un partage politique qui ne peut avoir de solution que politique.

En France, les psychiatres ont réfléchi aux manières d'aménager l'hôpital psychiatrique, sans nécessairement l'abolir, alors que l'antipsychiatrie italienne combat fermement la logique asilaire qui, même aménagée, ne peut que reproduire l'hôpital, hospitalo-centrique.

Pour l'antipsychiatrie, la seule manière de transformer l'asile est son élimination. L'antipsychiatrie a pour objectif le remplacement des hôpitaux psychiatriques par des services (dispositifs cliniques) insérés dans la société.

Mais pour qu'une réforme psychiatrique réussisse, peu importe que ce soit dans la logique italienne ou française, ou peu importe l'origine et les buts, il est nécessaire que se produise une transformation politique et celle de l'image de la folie dans la société. Un « malade » doit avoir le droit d'aller et venir, de circuler librement dans la ville et d'aller d'un dispositif de soin à l'autre.

En Italie il y a eu la Loi 180, première loi qui exigeait l'abolition des asiles et un changement politique vis-à-vis de la maladie mentale :

« On a présenté au parlement une proposition de loi qui modifiait la vieille loi répressive et violente à l'égard de la maladie mentale. Aujourd'hui, en Italie, il y a une loi réellement progressiste qui a aboli le concept de dangerosité et l'a remplacé par un autre concept. »⁶⁷³

Basaglia défend l'idée d'une transformation du modèle psychiatrique, asilaire, totalitaire. Pour que cette transformation ait lieu, il faut des changements politiques et des changements de la communauté et des soignants en psychiatrie en général. « On ne peut pas penser réhabiliter les malades sans s'impliquer dans un profond travail de transformation de soi-même »⁶⁷⁴. Une transformation interne dans les institutions psychiatriques ne suffit pas

⁶⁷² BASAGLIA, F., *Psychiatrie et Démocratie (Conférences Brésiliennes - 1979)*, Toulouse : Érès, 2007, p. 106.

⁶⁷³ *Ibid.*, p. 110.

⁶⁷⁴ *Ibid.*, p. 21.

non plus ; il faut qu'elle dépasse les murs et s'étende jusqu'à la société comme un tout, que les gens puissent réfléchir et se rendre compte de la logique d'exclusion sur laquelle la communauté s'est constituée. (« La transformation politique d'une société »⁶⁷⁵). Basaglia met en rapport le rôle thérapeutique et le contexte politique.

« La transformation politique [...] va de la rupture du processus d'exclusion à la participation élargie de la population, en passant par l'exercice d'une critique sur le travail des praticiens. Prêter attention au conflit qui naît au sein d'un quartier dès lors qu'un interné sort de l'asile. »⁶⁷⁶

« Il nous est apparu que notre travail ne pouvait pas se limiter aux rapports avec les malades et avec la folie, et que nous devions travailler surtout avec la population. Nous devons débattre avec la population de ces idées sur la maladie mentale. »⁶⁷⁷

Le patient psychiatrique est vu comme un citoyen ayant des droits et des possibilités de choix de son traitement dans un système démocratique où il a des responsabilités et où il peut redécouvrir « la capacité d'initiative et le lien social »⁶⁷⁸. L'antipsychiatrie italienne c'est surtout une lutte anti-institutionnelle, car elle défend l'idée que les institutions fermées et totalisantes produisent et chronicisent la maladie.

Dans les nouveaux dispositifs de soin, le savoir ne doit plus être incarné dans la figure du médecin, mais doit être redonné au patient comme relevant de sa responsabilité (sa position de sujet) et de son choix (respecter son envie et supposer qu'il désire). Contrairement au mouvement aliéniste, comme « Pinel, qui libéra les fous des prisons mais, qui, malheureusement, après les avoir libérés, les enferma à nouveau dans une autre prison qui s'appelle asile d'aliénés. C'est ainsi que commencent le calvaire du fou et le grand avenir de la psychiatrie. »⁶⁷⁹

Selon Basaglia, dès ce moment, la dépendance du malade au médecin et dont il n'a jamais pu s'échapper a été créée. Les professionnels de l'antipsychiatrie veulent changer cela, passer d'une relation de dépendance à une relation de dialogue, d'égalité. Il est crucial pour le traitement de créer une dialectique entre patient et médecin, ce qui reconnaît la subjectivité du

⁶⁷⁵ *Ibid.*, p. 12.

⁶⁷⁶ *Ibid.*, p. 13.

⁶⁷⁷ *Ibid.*, p. 109.

⁶⁷⁸ *Ibid.*, p. 13.

⁶⁷⁹ *Ibid.*, p. 28.

patient psychiatrique. Ce qui est central dans ce mouvement, c'est l'implication d'un traitement éthique.

Pour qu'il ait transformation selon Basaglia, il faut aussi sortir des grilles conceptuelles rigides comme le DSM.

Il est important que nous constituions notre propre savoir à partir de la théorie, de l'histoire de la psychiatrie, de notre propre parcours et de notre propre clinique. C'est la construction d'un savoir critique toujours ouvert à la surprise. Il est aussi important de pouvoir mettre en question ce savoir et soi-même. « Je pense que nous devrions inventer [...] non seulement notre pratique, mais aussi une théorie pour poursuivre la lutte. »⁶⁸⁰

Ces nouveaux modèles d'institutions de traitement sont pluridisciplinaires « le psychologue, l'assistant social, le thérapeute occupationnel, etc., et ainsi, aux diagnostics du psychiatre se sont ajoutés ceux de tous ces autres professionnels »⁶⁸¹. Le statut de toutes ces personnes et de l'interné « c'était la même chose »⁶⁸² et ils ont découvert aussi « qu'un fou était beaucoup plus thérapeute qu'un psychiatre. »⁶⁸³⁶⁸⁴

En 1979, Basaglia disait encore « actuellement "thérapie" veut dire pharmacologie, électrochocs, cure d'insuline et toutes ces techniques psychothérapeutiques qui restent des techniques de manipulation des malades [...] techniques qui se déploient à l'intérieur du langage du pouvoir »⁶⁸⁵. Et un peu plus loin, il écrit : « la réalité scandaleuse de l'asile et de l'internement massif est une situation quasi universelle »⁶⁸⁶. « La transformation aura lieu quand, chaque jour, nous détruirons les mécanismes de l'institution. Et cela ne peut se faire qu'avec la participation de la communauté. »⁶⁸⁷

Mais la désinstitutionnalisation italienne a retiré les patients des hôpitaux psychiatriques, sans avoir pour autant construit un réseau de soins capable de les accueillir. Les libérer de ce système ne résout pas le problème, il faut prendre en compte que l'hôpital psychiatrique peut aussi avoir une fonction dans ce réseau de soin, même si son organisation devrait être repensée. Il ne doit plus être le seul moyen de traitement, hôpitalo-centrique mais devenir un outil parmi d'autres avec sa spécificité.

⁶⁸⁰ *Ibid.*, p. 43.

⁶⁸¹ *Ibid.*, p. 39.

⁶⁸² *Ibid.*, p. 39 et 40.

⁶⁸³ *Ibidem.*

⁶⁸⁴ Ce qui nous amène à penser à la notion de transversalité de la psychothérapie institutionnelle, que nous allons développer dans le prochain item.

⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 51.

⁶⁸⁶ *Ibid.*, p. 61.

⁶⁸⁷ *Ibid.*, p. 65.

Il ne suffit pas pour qu'il y ait une « déshospitalisation » de simplement fermer les hôpitaux psychiatriques, il faut mettre en place des dispositifs de soins dans la ville. Il est important d'avoir, avant la fermeture d'un asile, des lieux de soins qui suivent d'autres modalités d'intervention. Comme le soutient Basaglia :

« Il ne suffit pas de fermer les hôpitaux psychiatriques pour promouvoir un processus de libération effectif si, ensuite, on laisse les personnes internées à l'abandon. Un plan de déshospitalisation, qui vise uniquement à une réduction de coûts de la santé publique, n'a rien à voir avec un projet de désinstitutionnalisation qui veut la restitution d'un droit effectif de citoyenneté aux hommes et aux femmes internés. »⁶⁸⁸

L'importance de ce mouvement a été l'occasion de réfléchir à de nouveaux modes d'assistance psychiatrique aux patients pour qu'ils puissent être dans leur milieu social, dans des services ouverts. « On travaille à la destruction de l'asile et à la création d'un réseau de services territoriaux, les malades sont suivis dans leur parcours de réinsertion sociale. »⁶⁸⁹

Ce mouvement et ces critiques contre les hôpitaux psychiatriques, ces institutions totalitaires, ont amené à un désengorgement des établissements en direction du traitement dans la ville et dans la vie quotidienne des patients qui nous a montré qu'un « bon système » de santé mentale peut réduire le nombre d'hospitalisations.

La question clinique est importante pour le traitement de la psychose. Nous pensons qu'il est fondamental d'apprendre l'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse pour pouvoir maintenir riche et vivante la clinique des psychoses. On doit prendre en compte la spécificité des psychoses, la respecter pour la remettre dans le lien social. Il faut toujours que nous réfléchissions aux dispositifs de santé mentale pour ne pas répéter les modèles passés qui ne respectaient pas la singularité de chaque sujet et qui isolaient, infantilisaient les personnes et chronicisaient la maladie. Il faut des dispositifs qui respectent le droit social de libre circulation et aussi leur choix de traitement et de vie.

Il ne faut pas seulement en finir avec les murs des structures asilaires. Mais, il est crucial de créer de nouveaux dispositifs de traitement facilitant la médiation entre l'individu et la vie quotidienne afin d'assurer sa réinsertion dans la société. Ces nouveaux dispositifs doivent créer un minimum de sentiment d'existence chez les patients psychotiques. Il faut,

⁶⁸⁸ *Ibid.*, p. 14.

⁶⁸⁹ *Ibid.*, p. 22.

comme nous l'avons vu, un travail continu pour que ces structures ne retournent pas à leur logique antérieure.

In fine la question que nous devons nous poser est : Comment faire une psychiatrie qui échappe à la logique d'exclusion ou d'infantilisation ?

Même en tenant compte de toutes les critiques que nous pouvons adresser au mouvement italien, il existe un côté très intéressant et très humain, car il donne à la folie la possibilité de s'exprimer en tant que telle. C'est la lutte contre la réalité oppressive vis-à-vis des « malades mentaux », contre la logique de ségrégation, contre la situation tragique asilaire et le préjugé de la société vis-à-vis de la folie. Le point crucial qui nous intéresse dans ce courant est la « lutte » pour changer le regard de la société vis-à-vis de la maladie mentale. Comme nous l'avons vu, les psychoses sont une façon d'être dans un autre espace, dans une autre logique topologique. Les psychotiques sont des êtres humains et citoyens comme n'importe quel autre. Il faut que nous changions notre regard envers eux et mettions en place des politiques et dispositifs de traitements qui permettent une reconnaissance de leur manière d'être, de leurs moyens subjectifs. C'est ce qui permet au sujet de changer sa « posture » face à lui-même, à la vie et aux autres. C'est la possibilité de lui redonner une condition humaine dans un partage et dans un lien social, où les droits sont tous les mêmes.

4.3 - La Psychothérapie Institutionnelle

« La thérapie institutionnelle est un enfant fragile. »⁶⁹⁰

En 1960, des professionnels militants pour une psychiatrie plus humanisante en France ont constitué le groupe de travail, G.T.P.S.I. (Groupe de Travail de Psychologie et de Sociologie Sociale)⁶⁹¹ et en 1965 a été créée la Société de Psychothérapie Institutionnelle

⁶⁹⁰ TOSQUELLES, F., in : GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 72.

⁶⁹¹ « Le Groupe de travail de psychothérapie institutionnelle, créé en 1960, composé au départ de Jean Ayme, Roger Gentis, Yves Racine, Claude Poncin, François Tosquelles, de Jean Oury avec des membres de l'équipe de La Borde, [...] avec pour objectif la réflexion et l'étude permettant une élaboration théorique retombée dans le champ psychiatrique. Le GTPSI, « association de fait », va fonctionner durant cinq ans dans une semi-clandestinité. Rejoindront le GTPSI Michel Baudry, Hélène Chaigneau, Ginette Michaud, Robert Million, Jean-Claude Polack, Philippe Rappard, Henri Vermorel, ainsi que Félix Guattari... ». (OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013, p.79 et 80). Le GTPSI ne va pas durer longtemps « En 1965 le GTPSI se dissout et donne naissance à la « Société de psychothérapie institutionnelle [...] elle présente son bureau, ses objectifs et son mode de fonctionnement ». (AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers :

(S.P.I.). Ces groupes se réunissaient pour étudier ensemble et réfléchir à de nouvelles façons de soigner en santé mentale, à une élaboration théorique et à ses conséquences sur le champ psychiatrique, à l'ouverture de l'hôpital à l'extérieur, etc. Pour cela ils utilisent non seulement les outils de l'époque, mais, ils s'inspirent aussi de son histoire, de la psychanalyse, de la philosophie, des analyses politiques,... pour transformer le modèle d'assistance en psychiatrie. « C'est également la recherche d'une "cohérence théorique", comme le dit Tosquelles, la fabrication d'outils conceptuels pour guider notre pratique, mais également pour tenter de dégager la problématique spécifique de la psychothérapie institutionnelle. »⁶⁹²

Ils défendaient l'idée qu'« à partir du moment où l'on parvient à faire basculer, éclater, le caractère de totalisation d'une institution [...] elle peut acquérir une consistance subjective et instaurer toutes sortes de modifications et de remises, en question »⁶⁹³.

Le point fondamental de la naissance de la psychothérapie institutionnelle a été l'expérience commencée à Saint. Alban.

« C'est de l'hôpital de Saint-Alban, au fin fond de la Lozère, qu'est parti le courant de rénovation de la psychiatrie en France. Sous l'impulsion du Dr François Tosquelles [...] plusieurs générations de psychiatres ont mené une expérience exceptionnelle de transformation d'un hôpital traditionnel. De la lutte contre la famine en 1941, de la transformation matérielle de l'hôpital jusqu'à la mise en œuvre des techniques psychanalytiques dans l'institution, en passant par l'application des théories d'Herman Simon sur l'ergothérapie, l'organisation de la vie sociale, la fondation du premier "club thérapeutique", l'élaboration d'une politique locale de secteur. »⁶⁹⁴

La psychothérapie institutionnelle, à la différence du mouvement italien, ne soutient pas l'idée que l'institution doit être déniée, mais renouvelée, reconstruite et analysée. Si

Matrice Pi, 1994, p. 49). C'est à ce moment-là que Tosquelles prononce la phrase qui va marquer la conception de la psychothérapie institutionnelle : elle a « deux jambes, la psychanalytique et la sociologique » (TOSQUELLES, F., in : AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 49). Cette société n'a pas duré longtemps selon Ayme par « crainte de se transformer en société savante ou en association porteuse d'une doctrine ». (AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 49). Mais les discussions autour des questions de la psychothérapie institutionnelle n'ont jamais fini et nous les rencontrons jusqu'à nos jours dans des colloques, séminaires, rencontres, etc.

⁶⁹² AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 48.

⁶⁹³ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 47.

⁶⁹⁴ *Ibid.*, p. 12.

l'institution est travaillée, discutée et repensée constamment par ses membres, elle peut avoir une valeur symbolisante.

Comme nous pouvons le penser avec la citation de Tosquelles en ouverture de cette partie, la psychothérapie institutionnelle doit être toujours en reconstruction, car son fondement est de réfléchir constamment au travail clinique et au désir des patients et praticiens, sinon elle court le risque de tomber dans un travail qui répète les modèles antérieurs (autoritaire, déresponsabilisant pour les patients,...) : « la première tâche d'un collectif soignant, c'est d'être attentif au désir soignant, ce qui n'est pas la même chose que la fureur de guérir »⁶⁹⁵.

Le socle de la psychothérapie institutionnelle est, selon Oury, le Collectif : « Notre but est qu'une organisation d'ensemble puisse tenir compte d'un vecteur de singularité. D'où sort le paradoxe : mettre en place les systèmes collectifs, et en même temps préserver la dimension de singularité de chacun. »⁶⁹⁶

Le Collectif, c'est ce qui permet la médiation entre l'individu et le social, c'est une « machine abstraite » pour pouvoir soigner l'aliénation qu'elle soit psychose ou sociétale : « Le Collectif, ce serait peut-être une machine à traiter l'aliénation, toutes les formes d'aliénation, tout autant que l'aliénation sociale, chosifiante, produit de la production, que l'aliénation psychotique »⁶⁹⁷. Le Collectif serait donc, selon Ayme, « une machine à traiter l'aliénation sous toutes ses formes »⁶⁹⁸.

Le Collectif est une notion qui a une fonction très complexe et abstraite « dont la finalité essentielle est de faire fonctionner toutes les structures institutionnelles dans une dimension psychothérapeutique »⁶⁹⁹.

Pour le traitement des psychoses, il faut que nous créions des stratégies pour accueillir le sujet dans sa singularité, sa souffrance. On doit assurer un suivi continu dans les divers espaces que le sujet traverse et en liaison avec les personnes que le sujet transfère. L'objectif du traitement des psychoses est de réaliser un accompagnement du patient pour qu'il puisse dépasser l'état de chaos où il se trouve et qu'ainsi il puisse avoir un espace psychique-corporel, être un peu plus dans un monde à partager avec les autres, plus dans le lien social :

⁶⁹⁵ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 279.

⁶⁹⁶ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 11.

⁶⁹⁷ *Ibid.*, p.26.

⁶⁹⁸ AYME, J., in : OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 31.

⁶⁹⁹ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 71.

« Le vœu serait que l'espace traversé puisse faire signe au sujet entre son appréhension objective et sa réalité subjective : faire signe amorce une enveloppe psychique [...] ce qui suppose plusieurs expériences et plus d'un transfert [...] C'est ainsi que l'écart suivant, spatial, géographique, devient aussi mouvement subjectif [...] fait naître des lieux psychiques. »⁷⁰⁰

Il faut que nous soyons dans un constant questionnement, que nous nous demandions, ce que nous faisons là, en prenant en compte notre désir. Dans la clinique des psychoses, il est important d'être ouvert à l'imprévisibilité pour pouvoir utiliser pertinemment les outils conceptuels. C'est un travail de « dentelle ».

« La psychose enseigne toujours à partir de ses impasses [...] Ces impasses permettent de concevoir des dispositifs qui, en partant de l'insoutenable, construisent, aménagent, tiennent compte des limites et peuvent conduire à des orientations décisives dans le champ de la folie. »⁷⁰¹

« ... nos tâches professionnelles exigent de nous une personnalisation très active où, devant l'inconnu de l'autre, il faut l'inventer au plus près de ce qu'il est. Nos jeux et nos enjeux, qui dévoilent la vie des autres, comportent l'actualisation de nos institutions, de notre imagination et de nos concepts. C'est ainsi que s'ensuit notre souci, voire notre responsabilité. »⁷⁰²

4.3.1 - La « polyphonie », l'hétérogénéité et les multiples références du Collectif : La fonction diacritique :

La fonction diacritique est la fonction de distinction. Oury la compare à :

« "un signe qui empêche la confusion des mots". Par exemple : un accent. Tout le monde sait ça : on met un accent et ça change tout. Ou bien une virgule [...] le Petit Robert dit : "C'est ce qui permet de distinguer des mots homographes" [...] Distinguer, ça vient de distinctif, diacritique, crible [...] On essaie d'introduire des systèmes -Sartre dirait "des tiers régulateurs" - pour qu'il y ait une "tonalité

⁷⁰⁰ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 193 et 194.

⁷⁰¹ Ibid., p. 25.

⁷⁰² TOSQUELLES, F., *De la personne au groupe : à propos des équipes de soins*, Toulouse : Érès, 2003, p. 7 et 8.

détotalisée", c'est son langage. Ou bien encore pour qu'il y ait un "processus dialectique". »⁷⁰³

La fonction diacritique c'est ce qui « permet de distinguer les différentes choses, de pouvoir séparer les plans, les registres »⁷⁰⁴. Pour établir la fonction diacritique, il faut « disposer d'énormément de choses », c'est-à-dire que « c'est à partir de cette diversité, de cette hétérogénéité des choses, que chacun peut choisir dans ce qui lui plaît »⁷⁰⁵.

Un exemple de fonction diacritique est le terme utilisé par Delion la « polyphonie » qui vient du grec et désigne un chant à plusieurs voix. En Grèce antique le terme polyphonie était utilisé pour exprimer les sons des oiseaux et des flûtes, maintenant il désigne notamment une combinaison de voix dans une composition musicale qui permet l'harmonie.⁷⁰⁶

Delion compare la notion de polyphonie à celle du Collectif d'Oury. Ces notions nous aident à faire attention à ne pas tomber dans la logique longtemps utilisée d'exclusion de la maladie mentale. Pour éviter cette répétition, il est important de réfléchir à la notion du Collectif d'Oury ou de polyphonie de Delion, c'est-à-dire d'écouter le sujet et sa voix dans le but d'accueillir le singulier du sujet dans le Collectif. Alors que « les chants à deux voix sont parfois "ce qui suffit" »⁷⁰⁷, le travail avec les psychotiques nécessite « bien souvent plusieurs voix »⁷⁰⁸.

C'est la libre circulation par plusieurs dispositifs thérapeutiques et personnes d'une institution qui permet l'expression de ces différentes voix. La libre circulation est possible grâce à la non-fermeture des gens, imaginativement, dans un seul rôle. Peu importe le statut du sujet dans la clinique : patient, psychiatre ou cuisinier, leur fonction et rôle peuvent varier dans l'institution. Comme nous le voyons dans l'exemple donné par Oury ; « aujourd'hui encore, un cuisinier fait partie de l'équipe de packs, un autre s'occupe de conduire les gens en ville, un autre encore participe au jardin »⁷⁰⁹.

La psychothérapie institutionnelle est une critique du système hiérarchique entre les patients et les membres de l'équipe soignante et la formation de chacun. L'organisation de l'institution est en opposition avec le modèle psychiatrique traditionnel.

⁷⁰³ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 22.

⁷⁰⁴ *Ibid.*, p. 71.

⁷⁰⁵ *Ibid.*, p. 12.

⁷⁰⁶ DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 10.

⁷⁰⁷ *Ibid.*, p. 11.

⁷⁰⁸ *Ibidem.*

⁷⁰⁹ OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013, p.86.

« À La Borde, il n'y a pas de hiérarchie, bien qu'on essaye de me pousser à tenir la position de directeur, mais de directeur, il n'y en a pas. Il y a une fonction de direction, ce qui n'est pas du tout la même chose : la direction, c'est vers quoi on va. Il est toujours inquiétant de confondre statut et fonction. »⁷¹⁰

La pluridisciplinarité est dotée d'une fonction diacritique, elle permet les questionnements et l'ouverture au mouvement. C'est un ensemble polyphonique articulé qui permet la possibilité créative de chacun.

Les disparités et conflits entre l'équipe ne sont pas un problème, au contraire elles peuvent faire avancer le travail dans le Collectif s'il y a « toute une série de rencontres et de réunions qui permettront de faire venir à l'expression des problèmes qui, sinon, viendraient perturber l'ensemble du système »⁷¹¹.

Oury, dans son séminaire à Sainte-Anne *Le Collectif*, dit que la notion diacritique n'a pas le même sens que celle de transversalité de F. Guattari. Néanmoins, le concept de Guattari nous a beaucoup aidés à réfléchir à la notion d'Oury sur la fonction diacritique.

La transversalité dans l'équipe est à l'opposé d'« une verticalité » dans une « structure pyramidale » et d'une « horizontalité »⁷¹². La transversalité doit dépasser l'impasse « d'une pure verticalité et celle d'une simple horizontalité ; elle tend à se réaliser lorsqu'une communication maximum s'effectue entre les différents niveaux et surtout dans les différents sens »⁷¹³. Cela permet le dialogue et l'échange de différents points de vue. Il faut que les personnels de l'équipe soignante soient ouverts pour accepter « d'être "mis en cause", d'être mis à nu par la parole de l'autre, un certain style de contestation réciproque, d'humour, l'élimination des prérogatives de la hiérarchie »⁷¹⁴.

La fonction diacritique est en rapport avec la notion d'hétérogénéité qui, selon Oury, a été soulevée et développée par Tosquelles. L'hétérogénéité c'est la différence, elle permet de créer une diversité « d'approche, de rencontre »⁷¹⁵. Cela offre la possibilité de circuler non seulement d'un endroit à l'autre, mais aussi d'une personne à l'autre, d'avoir des transferts multiréférentiels. Pour les « structures psychotiques où il y a un éparpillement des

⁷¹⁰ *Ibid.*, p. 84 et 85.

⁷¹¹ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 63.

⁷¹² *Ibid.*, p. 79.

⁷¹³ *Ibid.*, p. 80.

⁷¹⁴ *Ibid.*, p. 83.

⁷¹⁵ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 15.

investissements. Et l'efficacité, c'est de pouvoir favoriser cette dimension de passage d'un système à l'autre, d'un lieu à l'autre, d'une personne à l'autre. »⁷¹⁶

Cette notion est essentielle pour que le travail thérapeutique ne tombe pas dans une homogénéisation, une indifférenciation. L'hétérogénéité du Collectif fait que la différence crée des conflits et génère de la vie dans l'institution.

« En effet, il est nécessaire qu'il y ait de la liberté de circulation, c'est presque un axiome. Que les malades puissent circuler d'un endroit à l'autre [...] pouvoir passer d'une situation à l'autre [...] la liberté de circulation peut créer des heurts [...] Un autre terme fondamental, effet du Collectif : celui de « rencontre ». C'est le même problème. Favoriser des rencontres, etc. »⁷¹⁷

Cette hétérogénéité des dispositifs et des gens permet au patient de faire ce qui l'intéresse et ce qui lui plaît, selon ses choix et ses désirs. Cela permet la rencontre, la possibilité d'avoir de multiples discours et l'émergence « du dire ».

Les petites choses, « les moindres des choses »⁷¹⁸ peuvent avoir un effet significatif pour le sujet, créer des échanges, des liens, de la vie et le sentiment d'existence. Cette citation même nous fait penser à la fragilité de l'être psychotique :

« C'est tellement fragile, disait-il, c'est comme dans le désert : il suffit qu'il y ait un peu de pluie et, d'un seul coup, ça y est, il y a une petite prairie auprès d'une dune. On se dit : on va y aller. Mais le temps qu'on tourne la tête, il n'y a plus rien. »⁷¹⁹

L'équipe soignante a pour fonction d'entourer le sujet psychotique : « ce sont des gens qui sont là »⁷²⁰ et qui soutiennent le sujet pour lui permettre d'élaborer, de coudre des « bouts de corps, des bouts d'existence, de souvenirs, qui en arrivent à tenir le lieu d'objet *a*, pour que ça tienne à peu près. Une sorte de bricolage d'existence qui est toujours fragile. »⁷²¹

La fonction diacritique permet la possibilité de symbolisation par le patient. La fonction de l'équipe soignante est de faire un lien entre les différents réseaux (espaces) de

⁷¹⁶ *Ibid.*, p. 16.

⁷¹⁷ *Ibid.*, p. 19.

⁷¹⁸ En faisant référence au beau documentaire réalisé à la Clinique de La Borde, *La moindre de choses*, en 1995, par Nicolas Philibert, lors de l'élaboration de la pièce de théâtre jouée par les pensionnaires et l'équipe tous les ans.

⁷¹⁹ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 20.

⁷²⁰ *Ibid.*, p. 15.

⁷²¹ *Ibid.*, p. 43.

socialisation de la vie du patient, de sa famille et ses dispositifs de traitement. Cela a la fonction d'un réseau symbolique qui relie les divers « bouts » du sujet. L'équipe réfléchit, discute l'importance de chacun des espaces et des investissements pour chaque patient.

Le traitement en santé mentale n'est pas simple et il ne suffit pas de connaître ou d'étudier l'Histoire et les théories sur les possibilités de traitement pour les psychoses. C'est un travail constant de création et de recréation « ensemble » (en équipe, avec le patient, la famille, les réseaux et outils auxquelles nous avons accès) à partir de ce que le sujet nous apporte et de l'étude de ses besoins et de ses limites au cours du traitement.

Ce n'est pas à partir de notre savoir que nous pouvons traiter les psychoses mais à partir de l'analyse de sa singularité et de sa souffrance et que nous pouvons avoir un croisement de regards « pour dégager [...] des positions subjectives et singulières capables de communiquer transversalement »⁷²² et pour « constituer dans le groupe les conditions d'une analyse de désir, sur soi-même et sur les autres »⁷²³. Oury ajoute à propos du travail avec les psychotiques : « en fin de compte, chacun doit reconstruire sa propre métapsychologie, sa boîte à outils (comme les tailleurs de pierres) dit Wittgenstein, des outils qu'on construit soi-même »⁷²⁴.

Il faut des dispositifs susceptibles de créer un lieu de soulagement de la souffrance mentale, des angoisses, un lieu où ils puissent avoir un « sentiment de continuité, d'existence ». Comme nous l'avons vu avec Lacan, le psychotique serait « forclos » et selon Oury « dérailé » du symbolique, sans avoir un point d'articulation (Loi) qui rendrait possible un certain arrimage de ses bribes d'histoire, de corps, de signifiants. La fonction diacritique et le Collectif permettront au sujet psychotique de trouver une identité parmi toutes les pluralités disponibles autour de lui, de se constituer un sentiment d'existence et de construire un Moi, un corps.

Le traitement avec les psychotiques serait de leur fournir un cadre qui les soutiendrait dans leurs parcours, leurs rencontres et transferts réalisés dans chaque lieu institutionnel. Cela permet un travail psychique : « Cette conquête de l'espace, c'est aussi une conquête ou une maîtrise de l'espace psychique. »⁷²⁵

⁷²² DEULEUZE, G., in : GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. VII.

⁷²³ *Ibid.*, p. VIII.

⁷²⁴ OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013, p.70.

⁷²⁵ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 237.

« En somme, en s'agissant de la psychose, il conviendrait de se caler sur deux variétés du transfert. La première cherche à construire une adresse *au-delà des lieux*, mais à la faveur de ce qui se peut dire *d'un lieu à l'autre*. C'est la fonction d'adresse qui est en jeu. La seconde permet de se réapproprier son histoire, de la rapatrier, de la constituer. »⁷²⁶

Nous prenons en compte tout cela et nous élargissons la fonction du Collectif au-delà de la seule institution y compris le réseau par lequel le sujet psychotique circule. La fonction du traitement est de permettre au sujet psychotique d'avoir un arrimage, couture de tout le système d'échange de la vie du sujet psychotique. Cela permet l'inscription de signifiants clés dans sa vie et sa symbolisation. « Une machine abstraite que j'appelle "le collectif", qui permet que ça s'inscrive. »⁷²⁷

4.3.2 - Le Club thérapeutique : la possibilité d'accès à l'« espace du dire »

Le Club a pour fonction de gérer les nombreux dispositifs présents dans l'institution. Il est organisé par les patients en grande majorité psychotiques. Généralement, il y a des médiateurs, membres de l'équipe, pour permettre la circulation de la parole. Tous, soignants et soignés ont la parole et sont à l'écoute des projets et revendications et sont concernés par leur réalisation.

« À travers les assemblées générales, les réunions soignants-soignés, les diverses commissions, la parole circule. Chaque individu, avec sa personnalité, ses difficultés, y est invité. Il y a ceux qui parlent beaucoup, ceux qui s'isolent pour les autres, ceux qui ne parlent pas, ceux qui n'écoutent pas, ceux qui s'isolent, ceux qui ne viennent pas... Il nous paraît important que tous puissent avoir accès à la parole dans un groupe, à un moment donné. »⁷²⁸

Le Club est la machine centrale du Collectif, le gestionnaire de tous les investissements présents dans la clinique. C'est un lieu d'amarrage entre les multiples transferts. Il est important qu'il y ait aussi des propositions et dispositifs variés dans

⁷²⁶ *Ibid.*, p. 226.

⁷²⁷ OURY, J., DEPUSSE, M., *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, Paris : Calmann-Lévy, 2010, p. 88.

⁷²⁸ LE ROUX, M.-F., LE FEUNTEN, J., CASTEL, J., KERVEADOU, A.-M., TROMELIN, Y., « Le club, carrefour du collectif et de la singularité », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 280.

l'institution pour une vraie fonction Collective. Il organise la relation entre ces différents dispositifs.

Le Club peut avoir une fonction centrale d'attacher et de donner un certain lieu topique où le sujet peut être, car il a la fonction d'être un « point de repère » entre les multiples dispositifs de l'institution et lieux d'investissements des patients, principalement pour le psychotique qui, selon Oury, est un « un sujet qui a déraillé du symbolique »⁷²⁹.

« Par l'intermédiaire des réunions, les malades se parlent et confrontent leurs opinions. Ils s'aperçoivent que les autres ont les mêmes difficultés ou encore un plus grand mal de vivre. Le projet de se soigner devient partagé. »⁷³⁰

Le dispositif du Club permet la gestion d'un suivi continu, la création d'ateliers. Il évite de partager les patients en syndromes spécifiques en ce qui concerne leur traitement. C'est la mise en place de la parole grâce à un espace du dire et d'échange. Cela est seulement possible à partir de la libre circulation du patient entre les différentes structures de l'institution ou entre les divers dispositifs du secteur. C'est le travail de l'équipe avec le patient de faire des liens, d'articuler les espaces dans une « unité », « il réunit les conditions pour qu'un espace thérapeutique soit délimité, espace dans lequel il puisse y avoir émergence de la parole, émergence de quelque chose de l'ordre du désir »⁷³¹.

Le Club et les réunions permettent la rencontre des membres de l'équipe soignante, des patients, de la famille,... pour qu'ils puissent réfléchir à leur relation avec chaque sujet et aussi aux questions institutionnelles et à leur travail, pour ne pas tomber dans une exclusion ou une ségrégation typique du modèle asilaire. « La psychothérapie institutionnelle nous a appris qu'un des outils nécessaires pour obtenir un espace propice aux actions psychothérapeutiques est la « réunion » ; du moins la réunion reliée à d'autres réunions de types divers »⁷³².

4.3.3 L'équipe

Le fonctionnement d'une institution psychiatrique passe aussi par un travail d'équipe pour que le traitement des patients ne se sclérose pas, ne tombe pas dans l'inertie.

⁷²⁹ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 60.

⁷³⁰ LE ROUX, M.-F., LE FEUNTEN, J., CASTEL, J., KERVEADOU, A.-M., TROMELIN, Y., « Le club, carrefour du collectif et de la singularité », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 281.

⁷³¹ *Ibid.*, p. 284.

⁷³² *Ibid.*, p. 282.

Le traitement des psychoses dans une institution exige un travail aussi de désaliénation de l'institution et de l'équipe soignante.

L'ouverture « institutionnelle » permet une malléabilité pour pouvoir se reconfigurer, changer de regard, se recréer,... La clinique psychiatrique est dans un mouvement constant, dans un travail permanent de l'équipe de réflexion.

Pour un travail avec les psychotiques, l'ouverture est conseillée pour que surviennent la surprise, l'imprévisible et le « réel », ouverture qui permet de « faire avec » ce qui émerge de la clinique.

Nous sommes alors dans une posture ouverte à l'échange avec le patient qui n'est pas seulement un objet de soin pour lequel nous détenons le « savoir » de ce qui est mieux pour lui. Nous proposons un traitement avec notre « savoir-faire », nos bagages théoriques et notre praxis mais, dans la démarche clinique, nous devons tâtonner avec nos outils personnels (théorique, « savoir-faire ») et avec ce que le sujet nous apporte.

Les soins des psychotiques devraient partir du principe qu'il est nécessaire de déléguer la responsabilité du traitement au sujet, de l'accueillir dans sa différence afin de pouvoir l'écouter ou « être avec » et de pouvoir apprendre avec lui. Ainsi, « on a respecté autrui, introduisant ainsi une dimension éthique »⁷³³.

« À propos du personnel soignant est vrai également pour la totalité des autres travailleurs d'un établissement hospitalier, qu'il s'agisse des cuisiniers, des chauffeurs, des filles de salle, etc. La récupération de la totalité du personnel d'une unité de soins donnant la possibilité à chacun de jouer authentiquement un rôle humain vis-à-vis des malades, un aménagement de ses lieux de travail, de ses horaires, de sa formation, etc., lui permettant de multiplier des contacts avec eux. »⁷³⁴

4.3.4 - La réunion de constellation

Selon Oury, pour que la constellation ait le plus d'efficacité, il est important qu'elle soit hétérogène et ouverte aux échanges de différentes perspectives.

« Quand il y a des cas difficiles, on peut réunir ce qu'on a appelé la "constellation" ; c'est-à-dire les gens qui sont en relation, plus ou moins explicite, avec tel ou tel

⁷³³ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 15.

⁷³⁴ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 63.

personnage psychotique. En parlant pendant une ou deux heures avec ces gens-là, et en les faisant parler entre eux, on est très surpris, souvent, de voir un changement extraordinaire du malade en question quelques heures après. »⁷³⁵

Oury⁷³⁶ nous offre l'exemple d'un personnage schizophrène, en 1957, à La Borde. Il suscitait la répugnance chez les autres ; il était sale, puait, il ne pouvait pas être touché ou avoir de conversations, il ne s'intéressait à aucune activité de la clinique...

L'équipe a décidé de faire une réunion de constellation avec les personnes ayant le plus de relations et de contacts avec lui.

Sans savoir quelle direction de traitement prendre, les membres de l'équipe ont commencé à parler librement de tout ce que leur venait à l'esprit sur le sujet, de tout ce qu'il suscitait en chacun (sentiments et idées). Ce moment est très important pour le traitement parce qu'il ouvre, même pour quelques instants, l'accès au désir.

Ces échanges entre les membres de l'institution, les personnes sur lesquelles le pensionnaire opérait un transfert ont eu des effets sur ce sujet. Comme nous le dit Oury « ces petits mots insignifiants qu'il y a entre les mots et qui donnent sens. N'empêche que le lendemain matin, le type prenait sa douche, pouvait parler et on n'a plus jamais eu de démontage de voiture. »⁷³⁷

Dans cet exemple, ce qui a bouleversé l'équipe et posé beaucoup de questions sur leur aptitude devant ce « personnage schizophrène » a été la réponse d'une jeune stagiaire non diplômée à la question : « qui voyagerait avec ce type-là ? ». Sa réponse a été « pourquoi pas », ce qui témoigne d'un respect pour l'autre. Je ne le connais pas pour pouvoir dire non⁷³⁸. Pour qu'il y ait traitement, il faut dépasser les préjugés, les idées reçues, battre en brèche une image stéréotypée qui ne nous amène nulle part. « Une constellation, c'est un processus, on peut dire presque objectal, d'analyse du savoir [...] Ce n'est pas de savoir ce que quelqu'un a été, est ou sera, mais ce que l'on fait ou ce qu'on l'a fait. C'est déplacer les virgules. »⁷³⁹

L'équipe ou le médecin n'ont pas un savoir sur le psychotique ; il y a une construction en équipe à partir de ce que le sujet apporte.

⁷³⁵ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 55.

⁷³⁶ OURY, J., DEPUSSE, M., *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, Paris : Calmann-Lévy, 2010, p. 170, 171, 172, 173 et 174.

⁷³⁷ *Ibid.*, p. 172.

⁷³⁸ *Ibidem.*

⁷³⁹ OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013, p.84 et 85.

Alors, qu'est-ce que s'est passé avec cet homme-là le lendemain ? Ce qui a changé, en fait, c'est le regard de l'équipe sur lui. Lorsque l'équipe ou quelqu'un parvient mal à saisir et comprendre ce qui se passe avec un patient, mettre en place une réunion de constellation (élaboration d'un cas clinique ou discussion entre l'équipe sur un patient) a généralement des résultats positifs. Les discussions et les différents points soulignés dans la réunion où le cas est discuté aident à éclairer l'équipe et à préciser un projet thérapeutique de traitement. Nous changeons même de posture face au patient et c'est cela qui génère le changement dans l'état du sujet.

Il est toujours important de se souvenir que le travail avec les psychotiques est toujours ardu, laborieux et qu'il n'existe pas un modèle de traitement idéal. « Il n'y a aucune "formule" institutionnelle qui doit être considérée comme primordiale et recommandable. »⁷⁴⁰

Au contraire, les travaux en santé mentale et dans les institutions psychiatriques, sont toujours un travail d'élaboration, de construction et de reconstruction. Le travail avec ces patients est constant. C'est un travail qui exige engagement et désir de la part des soignants.

4.4 - La Psychiatrie de Secteur

« Une grammaire sous-jacente est à l'œuvre. Résumons l'intention : soit une constellation de structures, pour parler comme Oury, il appartient à la méthode psychanalytique de les faire vivre comme un langage articulé et vivant. Si, comme a pu le soutenir Lacan, l'inconscient est structuré comme langage, la méthode pour un patient psychotique doit tenter d'ordonner, d'organiser les choses selon ce que cette formule peut avoir d'opérant et ce qu'elle laisse entendre d'une grammaire à tout dire, qui donne une assise en quelque sorte, à ce qui se dit ou encore un sol de routes secondaires à emprunter [...] des structures institutionnelles organisées entre elles en une grammaire et participer ainsi à la construction d'un espace à la fois fiable et structurant. »⁷⁴¹

⁷⁴⁰ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 63.

⁷⁴¹ DANA, G., « Négations et transversalité », in : *Quand la psychanalyse oriente la psychiatrie*, Paris : l'Harmattan, 2005, p. 28.

La psychiatrie de secteur gagne du terrain en France à partir de la critique du modèle hospitalo-centrique. L'objectif de la politique de secteur est que le service psychiatrique soit dans la ville et non plus enfermé dans l'hospice.

Manalet expose, dans sa communication de 1977, dans quel état se trouvait l'organisation du traitement en Santé Mentale en France avant la Circulaire du 15 mars 1960 qui permettait la mise en place de la psychiatrie de secteur.

« Rappelons tout d'abord quelques chiffres : 1930 : 110 000 malades hospitalisés ; 1945 : 65 000. Nous connaissons les causes de cette situation : baisse des administrations, surmortalité par carence alimentaire. Mais dès 1946, est constatée une progression de 5 000 malades hospitalisés de plus à la fin de chaque année. En 1954, 100 600 malades en traitement à la fin de l'année. L'encombrement des établissements atteint un niveau record. »⁷⁴²

Les durées des hospitalisations étaient très longues, le nombre de soignants du service public était insuffisant. En plus du manque de financement par l'État du service de santé mentale, il y avait une insuffisance de professionnels quantitativement et qualitativement. Les conditions dans lesquelles les patients se trouvaient (encombrement de l'hôpital, mauvaises conditions d'hébergement, absence de traitement,...) étaient précaires.

Comme nous l'apprend G. Daumézon : « la construction psychiatrique avait marqué un temps d'arrêt presque total depuis la Première Guerre mondiale »⁷⁴³.

En dépit de cet arrêt, à partir de 1922, surgissent plusieurs groupes qui développent le traitement ambulatoire comme alternative à la logique asilaire de ségrégation et d'isolement. Ces groupes offrent des possibilités de consultations médicales et psychologiques périodiques en dehors de moments de crises et d'hospitalisation.

À partir de 1945, et même avant, plusieurs études ont été faites pour réfléchir à des solutions à ces problèmes : comment renouveler et réformer le système psychiatrique. Ce sont par exemple les études développées par Lauzier, Ey, Bonnafé, Mignot, Duchêne, Paumelle et tous les travaux du congrès de Tours qui « ont indiqué les orientations désirables : augmentation du nombre des médecins, des infirmiers ; diversification des moyens de prise en

⁷⁴² MANALET, M.-R., « Naissance administrative du secteur en Psychiatrie », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France, Masson, 1977, p.77.

⁷⁴³ DAUMEZON, G., in : « Conjecture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France », *Revue : Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France, Masson, 1977, p.81.

charge des malades ; nécessité de ne plus s'appuyer sur la seule hospitalisation pour assurer le traitement »⁷⁴⁴.

De même les « Journées Nationales » de 1945 et 1947 ont permis de réfléchir à un soin plus accueillant, plus proche du milieu de vie du patient et ainsi plus favorable à sa resocialisation. C'est une lutte pour l'amélioration des hôpitaux psychiatriques, la création des dispositifs de soins extrahospitaliers, l'augmentation du personnel, la mise en place de ce qui deviendra la politique de secteur, pour accueillir les patients qui, dans la majorité des cas, sont psychotiques et pour les écouter dans leur singularité. Et aussi : « Pour donner corps à ce projet, sont confiés à une même équipe la prévention et les soins d'une masse géo-démographique à dimension humaine, désignée par le terme de "secteur". »⁷⁴⁵

Le principe fondamental de la psychiatrie de secteur est que chaque « malade » soit suivi par la même équipe, qu'il soit dans son milieu de vie et qu'il ait un suivi à long terme avec plusieurs activités et qu'il bénéficie des établissements de soin les plus adaptés à ses besoins. Pour décider du projet thérapeutique, il faut prendre en considération des significations symboliques et réfléchir à la signification du traitement dans chaque cas.

M. Aujaleau, directeur général de la Santé, promouvait dans la Circulaire ministérielle du 15 mai 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements, une politique de secteur pour le traitement de santé mentale.

La France sera partagée en secteurs, en équipes pluridisciplinaires et en plusieurs types de dispositifs institutionnels (hôpital de jour, résidence thérapeutique, ambulatoire,...), avec plus d'options de traitement à la demande pour faire face au besoin de chaque sujet. C'est un traitement qui permet une assistance intégrale, continue et individualisée avec une pluralité d'institutions articulées en réseau.

Après toutes les études et tous les travaux réalisés, ils ont démontré qu'un suivi continu et un « vrai traitement » des psychoses nécessitaient des dispositifs de traitement extrahospitaliers : hôpital de jour, hôpital de nuit, dispensaire, appartements thérapeutiques, foyer postcure, etc. Les dispositifs de soins se trouvent ainsi dans le milieu de vie du sujet et de sa famille et il respecte le choix du malade et de sa famille.

Cette « nouvelle politique » d'assistance à la santé mentale est fondée sur les valeurs de la République (égalité de tous les citoyens), oblige des conditions de traitement décentes et

⁷⁴⁴ MANALET, M.-R., « Naissance administrative du secteur en Psychiatrie », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France, Masson, 1977, p.78.

⁷⁴⁵ AYME, J., « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994, p. 37.

un accueil de la souffrance du patient comme pour toutes les autres maladies : « sans discrimination nosographique, géographique ou économique »⁷⁴⁶.

La pratique psychiatrique ne sera plus centrée sur l'hospitalisation. C'est la décentralisation du modèle psychiatrique antérieur. Les traitements sont plus proches du lieu de vie des patients. La psychiatrie de secteur « préfigure tout à fait l'élaboration d'un système ouvert, souple et adaptable »⁷⁴⁷, pour éviter une psychiatrisation abusive. La psychiatrie n'est plus centrée sur le savoir et le pouvoir médical, mais le soin partagé par une équipe pluridisciplinaire, ainsi qu'un personnel médico-social.

Mais, pour que tous ces projets soient mis en place, il est important qu'il y ait une collaboration entre l'administratif et le politique. C'est grâce « à la collaboration étroite entre médecin et administration qu'ont été permises l'étude et la mise en place de cette politique »⁷⁴⁸.

Le travail en psychiatrie doit être aussi en permanente élaboration et en permanent questionnement. « Les dispositifs de soin ne peuvent être conçus, réfléchis, mis en place et sans cesse élaborés que par chaque équipe au travail, selon son histoire. Il convient de ne pas perdre de vue que chaque expérience est unique. »⁷⁴⁹

La psychiatrie devrait être toujours mise en question, pour que le travail ne se sclérose pas et ne tombe pas dans une psychiatrie bureaucratique, théocratique, traditionnelle : « Il est indispensable que ces mises en question soient non seulement encouragées, mais provoquées quand il s'agit d'un domaine aussi important et complexe que celui de la psychiatrie. »⁷⁵⁰

« La nouvelle pratique préconisée par l'ordonnance du 15 mars 1960 constitue une remise en question profonde des attitudes sociales vis-à-vis de la maladie mentale. Elle suppose un bouleversement profond de nos habitudes de soignant et implique de ce fait une adhésion totale de notre part [...] Il est donc urgent de dépasser cette contradiction interne alimentée par les stéréotypes culturels classiques vis-à-vis de la folie et d'inventer rapidement de nouveaux moyens de prise en charge des maladies,

⁷⁴⁶ *Ibidem*.

⁷⁴⁷ MARTINEZ, J., « Extra-hospitalier : perspectives », in : *Nervure : Journal de la psychiatrie*, Tome III, mai 1990, n° 4, 1990, p. 54.

⁷⁴⁸ MANALET, M.-R., « Naissance administrative du secteur en Psychiatrie », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France, Masson, 1977, p.80.

⁷⁴⁹ CHAIGNEAU, H., *Soigner la folie. Une vie au service de la clinique*, Paris : Campagne Première, 2011, p. 97.

⁷⁵⁰ BAILLY-SALIN, P., « Le secteur ? », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France, Masson, 1977, p.87.

mieux adaptés à leur réalité sociale ; le secteur devant être considéré comme une des solutions actuelles. »⁷⁵¹

Tous ces changements proposés nécessitent non seulement l'engagement et le désir des patients, de leur famille et de l'équipe soignante mais aussi des investissements financiers. Du point de vue économique, les pouvoirs publics ont toujours eu pour but l'allègement des coûts. Nous remarquons de ce fait la préférence de l'État pour un traitement nécessitant une prise en charge de courte durée, pour un traitement de rééducation (remise de conduite) et pour une prise en charge plutôt médicale :

« Derrière la rhétorique du projet de loi proclamant son souci d'assurer un meilleur accès aux soins et une garantie de leur continuité, on constate l'accroissement du pouvoir administratif aux dépens du projet thérapeutique et, en même temps un démantèlement des institutions publiques, grandes entités logico-politiques, au profit des réseaux privés des industries de santé [...] Cette réponse du gouvernement à la "crise de la psychiatrie" paraît aujourd'hui résulter d'un choix tout autant idéologique qu'économique, appuyé par le retour en force d'une conception purement "médicale" de la souffrance psychique et de son traitement. »⁷⁵²

« Nous pouvons continuer le combat face à une pression idéologique qui tend à uniformiser les pratiques, à rendre les intervenants interchangeables au non de la polyvalence ou de la mutualisation des moyens, à rendre impossible les expériences et les initiatives au nom des protocoles et de leur corollaire, la sécurité, à destituer toute réflexion et toute recherche par un moyen "ne pensez plus, on compte pour vous". »⁷⁵³

Pour résumer :

La psychiatrie de secteur a pour objectif d'en finir avec les pratiques asilaires totalitaires, de permettre plus de dialogue entre professionnels, patients, famille et administration, de donner des possibilités de soins, de prévention et un suivi continu dans le milieu du patient, etc. Grâce à la création des établissements de soins extrahospitaliers avec : visites à domicile, groupe de travail, hôpital de jour, voyages thérapeutiques, Clubs thérapeutiques. La circulation des patients entre diverses institutions permet de réintroduire le

⁷⁵¹ LEGER, J.-M., BOURRAT, M.-M., GAROUX, R., « De l'asile au secteur », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France, Masson, 1977, p.99.

⁷⁵² *Ibidem*.

⁷⁵³ DENIEAU, A., « Actualité d'une question cruciale : quelle visée pour la psychiatrie publique ? », in : *Quand la psychanalyse oriente la psychiatrie*, Paris : l'Harmattan, 2005, p. 15.

patient dans le monde de l'échange. La création d'un espace symbolique tenant le sujet dans son existence et permettant un support au désarrimage psychotique :

« Lorsque, d'un lieu à l'autre, une grammaire des parcours devient lisible, lorsque la logique binaire du dehors/dedans est définitivement abandonnée, lorsqu'un entendement après coup est favorisé, permettant que l'ensemble du dispositif soit tourné vers une élaboration, alors il me semble que l'espace sectoriel devient le lieu d'une possible cure sectorielle. »⁷⁵⁴

« Une relation s'établit entre l'expérience des lieux et leur traversée et la réorganisation temporelle de l'histoire d'un patient. Autrement dit, il ou elle accède un peu mieux à la dimension diachronique (servie ici par l'*après-coup* d'une structure à l'autre). C'est la mise en perspective de plusieurs lieux (parcours) associés à un étagement de la temporalité qui le permet. En réalité, pour lier espace et temps, le secteur, à condition d'une utilisation raisonnée, reste indispensable. »⁷⁵⁵

La psychiatrie de secteur offre un traitement de longue durée parmi plusieurs dispositifs prenant en compte la relation entre le collectif et le singulier, l'histoire et le parcours de chaque sujet. C'est un traitement qui permet une pluralité, une fonction diacritique. Cette hétérogénéité entraîne des rencontres et permet que les signifiants que le sujet se construit dans son parcours, puissent être identifiés et lui donner la possibilité de parvenir à se « tenir ».

La question centrale des psychoses est leur rapport au symbolique. Il est donc important de mettre en place un traitement qui s'y prête et qui a la fonction d'un tissu symbolique, pour que le sujet puisse recoudre le sien.

Le traitement de secteur cherche à ce que le patient puisse avoir son propre discours, s'adresser à plusieurs destinataires (dispositifs et personnes). C'est possible grâce à un accompagnement dans son parcours, dans ses multiples transferts dans lequel il est le protagoniste et écrit son histoire et sa trajectoire. Cela permet l'inscription et l'identification à un ou plusieurs signifiants qui font trace, qui permettent de circonscrire un espace corporel et subjectif.

Le secteur et l'articulation entre ses divers dispositifs, comme par le Club thérapeutique extrahospitalier, fournissent un cadre symbolique contenant qui permet la

⁷⁵⁴ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 171.

⁷⁵⁵ *Ibid.*, p. 228.

construction d'une barrière protectrice pour faire face à ce qui n'est pas symbolisé et est insupportable pour le sujet : « Le cadre se construit dans le mouvement des parcours. D'un lieu à l'autre, ceci sert de support et ouvre la dimension d'après-coup tout en apportant la protection d'un vrai bastingage. »⁷⁵⁶

Cela doit être mis en place, même avec toutes les difficultés actuelles où les investissements administratifs sont faits en direction des hospitalisations plutôt que destinés à des interventions extrahospitalières. De même, la prise en charge d'un traitement plus court, avec des protocoles qui restreignent de plus en plus la singularité de chaque dispositif de soin du secteur, est préférée à la création de projets thérapeutiques et de solutions à chaque cas. Cela nous montre que les modifications dans l'assistance psychiatrique, même apparemment motivées par les meilleures intentions et par les justifications théoriques des professionnels, sont seulement opérées dans la pratique lorsqu' existent des intérêts administratifs et économiques en jeu. Même, avec toutes ces questions, nous retrouvons encore plusieurs praticiens engagés et militants pour l'élaboration et le développement de la psychiatrie de secteur.

5 - La « bible » nosographique américaine : Le DSM

« De même, ne nous étonnons pas si le démantèlement de la psychiatrie traditionnelle par la notion extrêmement flexible de "troubles du comportement" des DSM conduit à multiplier par quatre le nombre d'entités psychopathologiques entre 1952 (une centaine) et 1994 (392) ou encore à multiplier par sept le nombre de diagnostics de dépression entre 1979 et 1996. Cette technologie de pouvoir que constitue la nouvelle politique de santé mentale, en participant à une expertise généralisée des comportements *anormaux*, transforme la psychiatrie en simple gestion sociale et en maintenance administrative des populations à risque, dont le profil différentiel s'établit toujours davantage sur la base de critères neurogénétiques aux dépens du pathos de la souffrance psychique et sociale. »⁷⁵⁷

Le DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, est un manuel de classification des troubles mentaux et de critères diagnostiques, créé et publié par l'*American*

⁷⁵⁶ *Ibid.*, p. 184

⁷⁵⁷ GORI, R., *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ?*, Paris : Denoël, 2010, p. 216 et 217.

Psychiatric Association (APA) et utilisé par des professionnels, les industries pharmacologiques dans le monde entier. Comme en témoigne C. Lane « L'influence du DSM s'étend d'ailleurs bien au-delà des frontières de la psychiatrie, à un vaste réseau d'agences de santé publique, de services sociaux, d'assurances maladie, de tribunaux, de prisons et d'universités. »⁷⁵⁸

Il a été créé lors de la Seconde Guerre mondiale pour la médicalisation et le diagnostic des soldats, avec pour but d'unifier les diagnostics. « Il fallait donc améliorer la fiabilité diagnostique »⁷⁵⁹, avec l'objectif jamais atteint de réduire les désaccords diagnostiques entre les professionnels de santé mentale.

La première version du DSM est apparue en 1952 avec une liste de 60 pathologies, la deuxième en 1968, avec 145 pathologies différentes et ainsi de suite : « En vingt-cinq ans, de 1968 à 1993, la psychiatrie américaine a connu quatre nosologies psychiatriques. »⁷⁶⁰

« La parution de la troisième édition du *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders de l'American Psychiatric Association* (DSM III) constitue à n'en pas douter un élément important. D'abord par son volume : la première édition (DSM I), parue en 1952, était une petite brochure, à peine plus grosse que la classification française de l'INSERM ; la deuxième (DSM II), qui vit le jour en 1968, se présentait comme une jolie plaquette d'une centaine des pages : les principaux termes étaient brièvement définis, et plusieurs tableaux comparatifs en facilitaient l'usage. Cette fois, nous voilà en présence d'un véritable traité clinique, un gros volume relié de cinq cents pages. »⁷⁶¹

Jusqu'à la création du DSM V, sorti en mai 2013, « le nombre des catégories diagnostiques serait passé de 200 pour le DSM-III en 1980 à 400 pour le DSM-IV en 1994 et à 450 aujourd'hui pour le DSM-V »⁷⁶². « L'effort de l'APA pour créer un langage nosologique commun était louable, mais ce langage intéressait finalement d'abord les

⁷⁵⁸ LANE, C., *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris : Flammarion, 2009, p. 10.

⁷⁵⁹ COUDURIER, J.-F., « à propos du DSM », p. 4, *apud.*, http://www.pasde0deconduite.org/IMG/pdf/DSM_coudurier_ESS_015_0021.pdf

⁷⁶⁰ *Ibid.*, p. 2.

⁷⁶¹ BERCHERIE, P., *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 67.

⁷⁶² DEMAZEUX, S. et SINGY, P., « La psychiatrie française dans le miroir du DSM », in : *Journal Libération*, *apud.*, http://www.liberation.fr/societe/2013/05/27/la-psychiatrie-francaise-dans-le-miroir-du-dsm_906080, 27 mai 2013 à 19:06.

partisans de la psychiatrie dite biologique et pharmacologique, ceux des thérapies comportementalistes et épidémiologistes. »⁷⁶³

Ce lien étroit entre l'industrie pharmaceutique et le DSM a été développé par plusieurs auteurs, comme l'historien américain Christopher Lane, Jean-Claude St-Onge⁷⁶⁴, Roland Gori⁷⁶⁵, entre autres :

« Dans les années 1980, au moment où le *Big Pharma* émerge véritablement, et où les rapports entre l'industrie et la psychiatrie deviennent beaucoup plus difficiles à démêler. L'industrie pharmaceutique a compris que son intérêt est de nouer des liens étroits avec les cliniciens influents. C'est à ce moment qu'elle investit massivement non plus seulement dans la publicité, mais aussi dans le *lobbying*, la formation des psychiatres et les symposiums. »⁷⁶⁶

« La promotion idéologique des classifications internationales dans les pratiques et les recherches psychiatriques conduit à favoriser un accouplement entre les nouveaux psychotropes, ce qu'ils représentent socialement (les lobbies pharmaceutiques et industriels) et les recherches dites objectives et scientifiques des comportements au gouvernement des conduites. Dès lors, la question des psychothérapies et de leur législation perd la valeur d'enjeux corporatistes et critiques qu'elle avait acquise au cours des décennies précédentes. »⁷⁶⁷

Cette démarche du DSM va en sens opposé aux mouvements que nous venons de développer de l'antipsychiatrie, de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur dans lequel la thérapie médicamenteuse et le système de classification diagnostique ne sont pas au centre du traitement. Elle ne prend pas non plus en considération les avancées sur la question d'un traitement attentif, d'un accueil axé sur la singularité et la souffrance du sujet, d'un suivi à long terme dans le milieu de vie des patients :

« Ne nous y trompons pas, cette *médicalisation de l'existence* dans la moindre des conduites, expertisées de plus en plus précocement et de manière de plus en plus

⁷⁶³ MINARD, M., « Histoire véritable », in : *Histoire et histoires en psychiatrie*, Toulouse : Érès, 1992, p. 14.

⁷⁶⁴ DEMAZEUX, S., *Qu'est-ce que le DSM ?*, Paris : Ithaque, 2013 et LANE, C., *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris : Flammarion, 2009.

⁷⁶⁵ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009.

⁷⁶⁶ DEMAZEUX, S., *Qu'est-ce que le DSM ?*, Paris : Ithaque, 2013, p. 20.

⁷⁶⁷ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 84.

sensible par rapport aux normes, construit les objets et les méthodes dont elle a besoin pour accomplir sa logique qui consiste en la réduction thérapeutique. »⁷⁶⁸

Selon M. Minard, le DSM III a été élaboré par des néo-kraepelinien, groupe « dont les thèses sont violemment opposées à la psychanalyse, à la psychiatrie sociale et aux psychothérapeutes »⁷⁶⁹ :

« Cette logique du singulier, qui renvoie à la singularité de la situation clinique davantage encore qu'à la singularité du patient où à la singularité du praticien, s'oppose point par point à ces classifications pseudo-scientifiques que sont les DSM III et DSM IV. Nous le savons, les DSM, quels qu'ils soient, tendent à faire de la souffrance psychique un désordre (*disorder*), un trouble mental. Le DSM II (1968) s'inspirait encore d'une conception dynamique du psychisme et s'inscrivait dans la tradition de la psychiatrie classique pour théoriser les troubles psychiques. C'est avec le DSM III, préparé au cours des années 1970 et publié en 1980, que la *médicalisation* des conduites humaines prend une tout autre allure assurant la victoire de l'idéologie néokraepelinienne de la psychiatrie américaine. »⁷⁷⁰

Les responsables de l'élaboration du DSM « ont choisi une méthode qui permet d'homogénéiser le plus possible les symptômes des patients et qui entre dans un protocole de recherche »⁷⁷¹, en laissant de côté la singularité de chacun, car les experts de l'élaboration du DSM-III avaient en vue « d'assurer la promotion et la garantie (faussement) scientifique de la nouvelle classification »⁷⁷².

Demazeaux poursuit :

« Le groupe de travail du DSM-III aurait élaboré, à partir d'un "plan mûrement réfléchi", une véritable stratégie de reconquête par les psychiatres, de l'ensemble des territoires de la santé mentale. Sous les étendards des mesures statistiques de fiabilité, le kappa aurait été leur arme, le DSM-III, leur victoire. »⁷⁷³

⁷⁶⁸ *Ibid.*, p. 86.

⁷⁶⁹ MINARD, M., « Histoire véritable », in : Histoire et histoires en psychiatrie, Toulouse : Érès, 1992, p. 15.

⁷⁷⁰ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 286.

⁷⁷¹ LANDMAN, P., *Le scandale du DSM5*, Paris : Max Milo, 2013, p. 86.

⁷⁷² DEMAZEAX, S., *Qu'est-ce que le DSM ?*, Paris : Ithaque, 2013, p. 16.

⁷⁷³ *Ibid.*, p. 17.

« Les promoteurs du DSM III ont réussi "le coup du siècle" : ils ne se sont intéressés qu'à la mesure de concordance de diagnostics psychiatriques, en évitant soigneusement de se demander s'ils renvoyaient à la moindre réalité clinique. Les entretiens standardisés et les questionnaires tendent alors à augmenter la concordance des diagnostics psychiatriques et permettent plus aisément de définir des populations cibles pour expérimenter de nouvelles molécules. C'est ainsi qu'un outil technique ajusté à un besoin de "classer" pour pouvoir expérimenter en psychopharmacologie s'est trouvé promu au rang de concept révolutionnaire d'une psychopathologie vouée pourtant dès son origine à "consoler". »⁷⁷⁴

Demazeaux raconte que, c'est à partir de 1970, que le DSM-III va gagner en ampleur et visibilité : « Que Spitzer soit désigné en 1974 comme le président du Groupe de travail (*Task Force*) chargé d'élaborer le prochain DSM est l'événement qui fait tout basculer. »⁷⁷⁵ Spitzer, président de l'APA (à l'époque de l'élaboration du DSM-III), change la référence classificatoire du DSM et sa méthode pour l'élaboration du DSM-III ; c'est le moment où les experts du DSM développent des relations plus étroites avec les hommes politiques et élaborent des stratégies de *lobbying*⁷⁷⁶.

En juillet 1980, est publié le DSM-III ; il a eu un succès inédit : « le DSM devient la vitrine flamboyante et la plus rémunératrice de l'APA [...] on parle là de dizaines de millions de dollars »⁷⁷⁷. L'APA devient l'association de psychiatres la plus puissante. Le DSM va être très critiqué par les psychologues (systémiques, de famille, social,...), par des psychanalystes et toutes les personnes engagées dans les mouvements de la psychothérapie institutionnelle,...

Les maladies sont devenues purement symptomatologiques et descriptives sans prise en compte de l'importance étiologique :

« Le plus remarquable dans leur révolution est qu'elle n'a pas mis en évidence un seul nouveau trouble mental, ni proposé de nouveaux traitements, ni même apporté de nouvelles explications aux maladies mentales. Ce triomphe de la psychiatrie

⁷⁷⁴ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 290.

⁷⁷⁵ DEMAZEUX, S., *Qu'est-ce que le DSM ?*, Paris : Ithaque, 2013, p. 132.

⁷⁷⁶ *Ibid.*, p. 134.

⁷⁷⁷ *Ibid.*, p. 135.

américaine réalise davantage une victoire *idéologique* consistant à surmédicaliser la déviance qu'une révolution épistémologique. »⁷⁷⁸

Il est important de souligner qu'il s'agit d'un manuel a-théorique mais, même si ses auteurs le considèrent a-théorique, il est fondé sur une psychiatrie « biologique » et appuyée sur la médicalisation. Il obère la possibilité du malaise existentiel : « La maladie psychique devient ce que le médicament soulage ou est censé soulager »⁷⁷⁹. Le DSM répond à un besoin de la société contemporaine qui cherche le bonheur, le bien-être, ... :

« Depuis 1946, dans les statuts de l'OMS, la santé se trouvant définie non seulement comme "l'absence de maladie ou d'infirmité", mais encore comme "un état de bien-être physique, mental et social", génère dans la population des espoirs quasi messianiques à l'adresse des médecins des établissements sanitaires [...] une telle définition de la santé la rapproche d'une "sensation que le commun des mortels peut connaître brièvement pendant l'orgasme ou sous l'influence des drogues". »⁷⁸⁰ Nous retrouvons encore plus loin : « Dans notre culture occidentale, la *médicalisation de l'existence* est maintenant un fait avéré. Un fait déduit de notre civilisation qui promeut la santé comme un droit au bonheur. »⁷⁸¹

Le changement apporté par le DSM-III, à un moment où la psychanalyse, l'antipsychiatrie, la psychothérapie institutionnelle, les psychothérapies communautaires anglo-saxonnes étaient en vogue, est très significatif. C'est le moment où on cherchait un traitement plus humanisant et approprié aux besoins de chaque patient et plus proche de son milieu. Juste à ce moment apparaît ce manuel « normalisant » qui enferme les malades sous des étiquettes diagnostiques et annule toutes les avancées psychanalytiques, thérapeutiques, ...

Nous nous demandons si cette domination d'une psychiatrie classificatoire et normalisante ne nous ramène pas en arrière. Comme nous le dit Landman : « Nous sommes à une époque où les enjeux portent sur le contrôle des populations. »⁷⁸² « Le patient n'est plus ordonnateur de sa propre histoire [...] Il se trouve transformé en consommateur de

⁷⁷⁸ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 285.

⁷⁷⁹ *Ibid.*, p. 290.

⁷⁸⁰ *Ibid.*, p. 167 et 168.

⁷⁸¹ *Ibid.*, p. 253.

⁷⁸² LANDMAN, P., *Le scandale du DSM5*, Paris : Max Milo, 2013, 90.

psychotropes, complété par des méthodes de rééducation et de dressage qui lui apprennent à gouverner la vie comme il convient. »⁷⁸³

Sur le plan clinique, cette méthode thérapeutique, selon Bercherie, « a surtout constitué jusqu'ici à accentuer la désagrégation de la clinique psychiatrique, en provoquant une régression de la différenciation clinique du plan nosologique au plan syndromique, voir sémiologique, comme par un premier retour à la première clinique psychiatrique pinellienne »⁷⁸⁴.

Il fallait que nous revenions à mettre au centre de la question la souffrance singulière du sujet, à remettre au centre du traitement et du diagnostic l'histoire de chacun, ses particularités, ses rapports relationnels et réfléchir autrement aux troubles et aux symptômes :

« À l'inverse de cette *surmédicalisation* de l'existence qui fait de la *vie* une maladie, nous exigeons de reconnaître dans le malade le site et les opérations mêmes de la vie. Là réside un choix, bien au-delà des épistémologies de la psychopathologie, de la médecine et de la psychanalyse. C'est d'un choix de société qu'il s'agit. Un choix éthique. »⁷⁸⁵

En France, il a été créé le Collectif intitulé Stop DSM⁷⁸⁶ constitué de professionnels qui critiquent la "*pensée unique*" du manuel de diagnostic de santé mentale américain. Ces professionnels sont opposés à cette normalisation diagnostique et cette super médicalisation de la souffrance psychique.

Perspective

Ce que nous apprenons de tous ces mouvements psychiatriques, c'est l'importance du dialogue dans l'équipe, du désir du soignant d'être là, de travailler avec les psychotiques et d'être dans l'ouverture pour apprendre de chaque patient. La question de l'investissement, si importante pour le travail thérapeutique avec les psychotiques, nous est enseignée par tous les travaux et changements cliniques et thérapeutiques mis en place après-guerre avec pour

⁷⁸³ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 290 et 291.

⁷⁸⁴ BERCHERIE, P., « Histoire et position des thérapeutiques en psychopathologie », in : *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Études et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, p. 86.

⁷⁸⁵ GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009, p. 330.

⁷⁸⁶ Nous pouvons les retrouver sur le site : <http://www.stop-dsm.org/index.php/en/>

objectif de rompre avec le modèle asilaire (autoritaire, normalisant et excluante) et d'accueillir la souffrance dans la singularité de chacun.

À partir des idéaux évoqués par l'antipsychiatrie et notamment par Basaglia, comme aussi des idéaux de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur, nous défendons l'idée qu'un traitement de l'aliénation psychotique est possible, même à l'intérieur d'un hôpital. Mais pour qu'il y ait une valeur thérapeutique quelques principes sont nécessaires :

« Qu'aucun des lieux institutionnels ne vienne obturer la notion d'ensemble, faire masse comme peut le faire l'hôpital psychiatrique quand il n'est pas inclus dans la pluralité. Celle-ci doit permettre au contraire qu'un langage puisse s'y lire, comme une chaîne signifiante. »⁷⁸⁷

Nous nous demandons ce qui serait thérapeutique et aurait de valeur pour le traitement des psychoses. Nous avons conscience de la difficulté du traitement des psychoses, mais nous considérons qu'il est possible de mettre en œuvre un traitement des psychotiques et de leur constitution corporelle plus stable en nous appuyant sur les théories psychanalytiques et la psychothérapie institutionnelle et en travaillant avec la psychiatrie de secteur.

Nous ne croyons pas qu'il existe un modèle idéal, car « il n'y a aucune "formule" institutionnelle qui puisse être considérée comme primordiale et recommandable »⁷⁸⁸. Nous pensons que le travail avec les psychotiques est toujours en construction et pour réaliser cela il faut également travailler sur nous-mêmes :

« Dans le monde de la psychiatrie, il y a urgence à reconsidérer les pratiques. Ce ne sont pas les équipes qui sont en cause, mais le discours auquel elles sont asservies. L'hospitalité est un accueil autant qu'une mise en travail qui peut prendre de multiples formes. Les services ne se ressemblent pas. C'est une des fragilités auxquelles nous sommes confrontés, lorsqu'il s'agit de définir une politique pour la folie. Des expériences tout à fait intéressantes ont été menées ici ou là. Mais il est difficile de les unifier. Chaque collectif soignant aura construit, au fil des années, des modalités qui lui sont propres et qui tiennent à la façon dont chaque praticien, quel que soit son

⁷⁸⁷ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 190.

⁷⁸⁸ GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, p. 63.

statut, s'est engagé dans la pratique et aussi à la théorie qui soutient la pratique ou plus exactement qui la retrouve à partir de l'expérience. »⁷⁸⁹

Le traitement, comme nous l'avons vu et comme nous allons encore le voir, peut permettre au patient psychotique de symboliser en donnant sens au traitement et à sa vie. Cela peut être obtenu par son parcours, l'articulation du soin en réseaux, soin suivi sur le long terme par des réunions et de constants questionnements et des élaborations cliniques et théoriques. La constitution d'un Collectif, d'un espace du dire et de la fonction diacritique permet de donner une signification et un certain amarrage aux multiples transferts et bouts de corps du sujet psychotique :

« C'est la subjectivité qui se travaille d'une équipe à l'autre, d'un lieu à l'autre, d'une rencontre à l'autre. On peut dire aussi de la question du tiers, thème incontournable de la psychose, qu'elle est constamment à l'œuvre grâce à ce maillage ou grâce à ce tissu de relations »⁷⁹⁰. Il continue : « Celui d'un travail le plus souvent collectif car, pour reprendre une heureuse expression de Françoise Davoine, nous avons avec la psychose à constituer *un corps à plusieurs*. »⁷⁹¹

Le traitement peut offrir : une pluralité d'activités, différents dispositifs thérapeutiques, des espaces, des possibilités d'échange qui permettent la création ou la reconstruction du lien social entre les patients, l'équipe, la famille, les voisins, etc.

Nous avons vu, avec les théories de S. Freud, que le lien social, le lien entre les sujets, est un lien libidinal. Mais, selon Freud, ce lien serait retiré des objets et des gens chez les psychotiques et réinvesti dans leur Moi. Néanmoins, sur la base des développements précédents, nous croyons en leur capacité à créer des liens et des signifiants qui puissent rétablir le lien social et servir comme support à la faille symbolique du sujet : « l'espace, quand il est structuré par un ensemble institutionnel, fait naître un langage »⁷⁹² et « ce sont les structures institutionnelles qui vont composer par leur agencement un langage dont il est attendu qu'il aura des effets »⁷⁹³.

Le travail sur la singularité du sujet dans le Collectif est un travail de symbolisation. Pour cela il est important d'avoir une offre à multiples possibilités, comme la psychiatrie de

⁷⁸⁹ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 280.

⁷⁹⁰ *Ibid.*, p. 197.

⁷⁹¹ *Ibid.*, p. 201.

⁷⁹² *Ibid.*, p. 14.

⁷⁹³ *Ibid.*, p. 204.

secteur le soutient avec un travail d'amarrage (constellation, réunion d'équipe, réunion intra et extrahospitalière,...).

Le traitement des psychoses est un « pari » réalisé par l'équipe et par le patient mais il ne garantit pas la « guérison » et exige du travail.

Malheureusement, en dépit des efforts de plusieurs professionnels encore présents qui préconisent ce genre de soin, il nous semble que les concepts de la psychanalyse, psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur courent un risque pour leur développement et leur mise en place, à cause de tout le discours normalisant et biologisant contemporain, comme aussi en raison de la politique protocolaire, sécuritaire et statistique qui ne laissent pas de la place aux constants questionnements, à la liberté de circulation et à la création : « Le gestionnaire, l'uniforme et le sécuritaire – font la preuve d'une orientation systématique qui tend vers l'adéquation, font la preuve aussi d'une réduction drastique de tout espace d'élaboration ou de circulation. »⁷⁹⁴

Avec cette psychiatrie scientifique, en tenant compte de mouvements d'évolution et de « régression » dans l'histoire de la psychiatrie, nous sommes les spectateurs d'un mouvement de « refuser au fou le droit d'être fou »⁷⁹⁵, d'enlever « la singularité du fou dans sa position subjective elle-même »⁷⁹⁶.

Pour pouvoir comprendre les changements dans le traitement mental des dernières années, nous avons voulu réaliser une analyse historique des événements. Afin de réfléchir à l'élaboration de « nouvelles » formes de traitement et d'accueil des sujets psychotiques. Nous soutenons que l'invention est un point de départ pour la problématisation⁷⁹⁷.

Il est crucial d'abandonner l'importance du traitement centré sur la maladie pour avoir l'accès au sujet, dans le cadre de son « existence-souffrance »⁷⁹⁸. Il ne faut plus voir le psychotique comme un aliéné, mais comme un protagoniste de son traitement⁷⁹⁹ : « La seule solution me semble-t-il, c'est d'être l'acteur dans ce contenant à plusieurs lieux et de se réapproprier un *savoir-faire* avec sa psychose. »⁸⁰⁰

⁷⁹⁴ *Ibid.*, p. 256.

⁷⁹⁵ DELEUZE, G., in : GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974, IX.

⁷⁹⁶ *Ibidem*.

⁷⁹⁷ TORRE, E. et AMARANTE, P., « Protagonismo e subjetividade : a construção coletiva no campo da saúde mental », in: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6, (1), 2001, p. 78.

⁷⁹⁸ ROTELLI, F., L'Institution *en* *Invention*, apud. <http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/8%20InstInvention.pdf>

⁷⁹⁹ TORRE, E. et AMARANTE, P., « Protagonismo e subjetividade : a construção coletiva no campo da saúde mental », in : *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n° 6, 2001, p. 73.

⁸⁰⁰ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 212.

Le savoir théorique et clinique sur les psychoses ne devrait pas être utilisé comme une technique normative. Mais, ce que nous voulions démontrer, c'est la possibilité d'avoir dans notre société un lieu pour la folie, la création d'une nouvelle relation avec elle (comme le défend Basaglia). Car comme nous l'avons vu précédemment la psychose est dans un mode de relation à l'Autre et au monde.

CHAPITRE 2 : AU-DELA DE L'ŒDIPE : LA POSSIBILITE DE CREATION D'UNE SUPPLEANCE OU D'UN SINTHOME QUI TIENNE LE SUJET PSYCHOTIQUE DANS SON CORPS ET SON EXISTENCE

« Grâce à Lacan, nous reconnaissons aujourd'hui la possibilité de suppléance à une telle structure psychotique. »⁸⁰¹

Introduction

Dans cette partie, nous voulons nous pencher sur la théorie lacanienne du sinthome afin de réfléchir à la possibilité de la stabilisation psychotique. Nous reconnaissons que le mot « stabilisation » n'est pas un concept théorique, néanmoins, il nous aide à dire ce que nous voulons exprimer quand un sujet psychotique atteint une stabilité psychique et corporelle, même temporaire. Cette conquête apaise les phénomènes perturbants de la psychose et permet au sujet d'être plus dans le lien social. Selon Soler :

« Le terme de "stabilisation" est un terme répandu, un terme d'usage courant. Dans les milieux qu'on appelle soignants, on dit en effet "stabilisation" parce qu'on n'oserait pas dire guérison [...] En disant « stabilisation », toutes les personnes de langue française, au moins, sentent bien qu'on laisse entendre que l'on pressent quelque chose comme une rechute, que cela peut recommencer. »⁸⁰²

⁸⁰¹ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 52.

⁸⁰² SOLER, C., « Stabilisation de la psychose », in : *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse et Presses Universitaires du Mirail, 2012, p. 195.

La question à laquelle nous essayons de répondre, dans ce travail, est la suivante : comment les sujets psychotiques peuvent-ils créer des solutions singulières pour suppléer ce que Lacan a appelé la forclusion du Nom-du-Père, la fissure constitutive de leur être ?

Nous n'allons pas analyser l'œuvre littéraire de l'écrivain irlandais James Joyce pour répondre à cette question. Mais, nous allons cerner, à travers son écriture, comment il a pu entrelacer les trois registres, « réel », symbolique et imaginaire, dans ce que Lacan a nommé le nœud borroméen et comment il a pu, ainsi, se faire un nom et se tenir stable dans l'existence : « nous pouvons appeler une clinique du nœud borroméen, une clinique des suppléances, qui ouvre les voies d'une nouvelle clinique différentielle »⁸⁰³.

Selon Lacan, l'écriture a servi à Joyce de suppléance pour réparer sa carence paternelle.

« Joyce a un symptôme qui part de ceci : son père était carent, radicalement carent – il ne parle que de ça. J'ai centré la chose autour du nom propre, et j'ai pensé – faites-en ce que vous voulez, de cette pensée - que c'est de se vouloir un nom que Joyce a fait la compensation de la carence paternelle [...] Mais il est clair que l'art de Joyce est quelque chose de tellement particulier que le terme sinthome est bien celui qui lui convient. »⁸⁰⁴

Ainsi, les sujets psychotiques peuvent trouver des créations singulières qui les tiennent dans le lien social et dans leur sentiment d'existence. Ces créations peuvent être présentes dès la construction d'une métaphore délirante ou d'autres solutions singulières.

Lacan permet de réfléchir à plusieurs solutions possibles pour les ratages du nouement entre les trois registres distincts, « réel », symbolique et imaginaire du sujet qui le tiennent dans son sentiment d'existence. Ces solutions peuvent être :

- « – comme symptôme – suppléance, quatrième consistance du nœud, par le sujet névrosé ;
- comme sinthome, ainsi que le construit Joyce ;
- comme suture et mise en continuité : c'est par exemple la solution paranoïaque ;

- comme métaphore délirante, qui constitue d'une façon générale dans la psychose une tentative de localiser la jouissance, de mettre en place une suppléance à la

⁸⁰³ SKRIABINE, P., « Logique lacanienne », in : *Revue de la Cause*, n° 23, février 1993, p. 78.

⁸⁰⁴ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 94.

suppléance défailante du Nom-du- père ; comme le symptôme, elle est du côté de la lettre, métaphore littérale condensatrice de jouissance. »⁸⁰⁵

De cette manière, nous ne regardons plus les psychoses comme déficit et ratage et nous les abordons plutôt comme une autre manière d'être dans le monde, dans une autre topologie subjective. Nous restaurons les psychotiques dans leurs conditions de sujet comme le font les derniers mouvements de traitement pour les psychoses : l'antipsychiatrie, la psychothérapie institutionnelle et la psychanalyse qui ouvrent la possibilité de les écouter et d'apprendre avec eux.

« Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle inaugure ce travail de restitution du statut de sujet au malade mental [...] l'antipsychiatrie [...] démantèle la tradition "aliéniste" de la psychiatrie, elle renverse le discours du maître qui prétendait détenir la "norme" du fou [...] le discours du maître réduisait au silence, en objectivant, le malade mental [...] Le maître avait pour illusion d'adapter le fou à la société. »⁸⁰⁶

« La psychanalyse nous indique de nous laisser enseigner par la certitude du psychotique. Ni norme, ni savoir préalable ne doivent y faire écran. »⁸⁰⁷

Dans cette dernière partie de la thèse, nous présenterons les avancées de Lacan, son élaboration du sinthome et les changements apportés à la clinique des psychoses avec ses derniers enseignements.

1 - Le symptôme

Le symptôme, pour la médecine, serait un signe clinique, c'est-à-dire la manifestation d'une maladie, d'un mal qui accable le sujet. La médecine cherche son soulagement, son effacement.

« La maladie a échappé à cette structure tournante du visible qui la rend invisible et de l'invisible qui la fait voir, pour se dissiper dans la multiplicité visible des symptômes

⁸⁰⁵ SKRIABINE, P., « Logique lacanienne, in : *Revue de la Cause*, n° 23, février 1993, p. 81.

⁸⁰⁶ GRASSER, F., « L'enseignement du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, juin 1993, p. 21.

⁸⁰⁷ *Ibid.*, p. 25.

qui en signifient, sans résidu, le sens. Le champ médical ne connaîtra plus ces espèces muettes, données et retirées ; il s'ouvrira sur quelque chose qui, toujours, parle un langage solitaire dans son existence et son sens du regard qui le déchiffre – langage indissociablement lu et lissant »⁸⁰⁸

Comme nous l'avons vu, à l'époque de Freud, les symptômes des hystériques étaient perçus plutôt comme étant d'origine physiologique, neurologique et héréditaire et relevant d'une conception objectale.

Freud change la signification du symptôme à partir de sa clinique avec les hystériques. Il découvre que le symptôme a un sens et qu'il peut être lié aussi à des causes psychiques.

Le symptôme, comme les rêves et les actes manqués, est une formation inconsciente. Il reste donc incompréhensible pour le sujet. Selon Freud : « une comparaison qui nous est depuis longtemps familière considère le symptôme comme un corps étranger »⁸⁰⁹.

Le Moi tend « à la liaison et à l'unification ». Freud prétend ainsi que : « le Moi tente aussi de supprimer le caractère étranger et d'isoler le symptôme en utilisant toutes les possibilités de le lier à lui-même d'une manière ou d'une autre et, par de tels liens, de l'incorporer à son organisation »⁸¹⁰. Chez le sujet névrosé, il y a une relation étroite entre le refoulement, le symptôme et le Moi.

Le symptôme provoque la plainte du patient et sa recherche de soins. Néanmoins, la relation du sujet à son symptôme est paradoxale, car en même temps qu'il génère de la souffrance, il engendre une satisfaction ambiguë.

Freud avait bien remarqué que le Moi ne cherche pas seulement l'obtention du plaisir, mais aussi l'inverse, comme la compulsion à la répétition. Le symptôme a pour fonction d'obtenir la satisfaction d'une motion pulsionnelle un jour refoulée. Donc, pour le Moi conscient, cela génère du déplaisir, tandis que, pour les forces pulsionnelles inconscientes, cela génère du plaisir, car elles trouvent là un moyen d'atteindre leur « but » (substitut) et d'obtenir de la satisfaction.

Donc, le symptôme est la cause d'une « satisfaction » paradoxale pour le sujet, il génère en lui de la souffrance mais, en même temps, une satisfaction inconsciente⁸¹¹ : « Et

⁸⁰⁸ FOUCAULT, M., « Des signes et des cas », in : *Naissance de la clinique*, Paris : Quadrillage/ PUF, p. 95 et 96.

⁸⁰⁹ FREUD, S., « Inhibition, symptôme et angoisse », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes XII (1923-1925)*, Paris : PUF, 1992, p. 215.

⁸¹⁰ *Ibid.*, p. 216.

⁸¹¹ C'est à partir de ce raisonnement que Lacan parvient à définir la notion de jouissance qui n'est ni du plaisir, ni du déplaisir, ...

effectivement, la théorie de tous les symptômes psychonévrotiques culmine dans cette seule proposition : eux aussi doivent être conçus comme l'accomplissement d'un souhait de l'inconscient. »⁸¹²

Pour Freud, le symptôme a un sens pour chaque sujet⁸¹³ ; il est donc singulier pour la psychanalyse et ne relève pas d'un cadre nosographique universel comme le DSM. Le symptôme, pour la psychanalyse, est ce qui distingue un sujet et le rend singulier. C'est ce point qui viendrait distinguer les trois réalités hétérogènes du sujet, le « réel », le symbolique et l'imaginaire, permettant ainsi de les tenir ensemble.

Le symptôme est porteur de sens. Il « a un motif, un sens et une intention »⁸¹⁴ et il est un processus développé par le sujet pour éviter l'angoisse et le désordre de son économie psychique, même si, paradoxalement, il génère de la souffrance. Lacan parle de « la jouissance dont le symptôme est porteur »⁸¹⁵.

Nous avons appris de Freud, par sa clinique avec les patients hystériques, que les symptômes ont leur origine dans l'histoire du patient. Cette découverte a ouvert le champ du traitement par la parole du sujet. Il est donc important de prendre en compte comment le sujet se rapporte au langage, à sa propre jouissance et comment cela peut créer des obstacles dans sa vie.

Nous sommes des sujets « baignés » par le langage, que Lacan désigne comme des « parlêtres », et notre corps est lui-même langage, « le langage [...] Il est corps subtil, mais il est corps »⁸¹⁶. Les objets et les personnes qui nous entourent sont représentés par nous à partir de nos significations, de notre bagage des signifiants, car « le biologique est traversé par des effets du symbolique »⁸¹⁷ et c'est le symptôme qui fait lien, comme la pulsion, entre le biologique et le psychique.

Le symptôme peut être considéré comme un signe du malaise, mais en même temps, il est une solution propre au sujet pour composer avec ce malaise : « Ce que j'ai déjà dit la dernière fois faisait allusion au fait que le symptôme, ce que j'ai appelé cette année le

⁸¹² FREUD, S., « Sur l'accomplissement de souhait », in : *Sigmund Freud Œuvres Complètes*, Vol. IV (1899-1900), Paris : PUF, 2003, p. 623.

⁸¹³ FREUD, S., « Les sens de symptômes », in : *Sigmund Freud Œuvres Complètes*, Vol. XIV (1915-1917), Paris : P.U.F., 2000.

⁸¹⁴ FREUD, S., « Psychanalyse et Psychiatrie », in : *Sigmund Freud Œuvres Complètes*, Vol. XIV (1915-1917), Paris : PUF, 2000, p. 256.

⁸¹⁵ LACAN, J., « Les lieux du réel », in : *Scilicet*, n° 5, Paris : Seuil, 1975, p. 26.

⁸¹⁶ LACAN, J., « Fonction et champ de la parole », in : *Écrits I*, Paris : Seuil, 1999 p. 299.

⁸¹⁷ HERFRAY, C., *La psychanalyse hors murs*, Paris : L'Harmattan, 2006, p.41.

sinthome, est ce qui permet de réparer la chaîne borroméenne »⁸¹⁸, ce qui viendrait suppléer le manque central autour duquel les sujets se constituent.

Néanmoins, le symptôme est une caractéristique singulière du névrosé. Chez les psychotiques nous ne retrouvons pas de phantasme ou de symptôme, au sens de la névrose.

Comment penser donc à la sortie du psychotique face à la jouissance de l'Autre et au « réel » ?

2 - La pluralisation du Nom-du-Père : Les Noms-du-Père

Lacan fait référence pour la première fois aux Noms-du-Père, au pluriel, en 1963 ; il n'a pas donné suite au développement de cette nouvelle version du Nom-du-Père, car selon Porge :

« il a rencontré une résistance chez ceux à qui le Nom-du-Père aurait apporté un changement. Quand Lacan ouvre cette porte, un petit vent de persécution se lève : "[...] C'était justement les gens à qui ça aurait pu rendre service dans leur intimité personnelle [...] il y a une clique très spéciale dans le monde qu'on peut épingleur d'une tradition religieuse. »⁸¹⁹

Lacan commence son premier exposé sur les Noms-du-Père en disant : « Je n'attendrai pas la fin de ce séminaire pour vous dire que ce séminaire est le dernier que je ferai. »⁸²⁰ Il reprendra cette notion seulement en 1975, dans son séminaire *R.S.I.*

Il met le Nom-du-Père au pluriel pour pouvoir nouer les théories qu'il avait déjà développées auparavant sur la métaphore paternelle et la question du nom propre :

« Il ne me sera pas possible de vous faire entendre au cours de ce premier exposé pourquoi ce pluriel. Du moins verrez-vous s'ouvrir ce que j'entendais apporter de progrès dans une notion que j'ai amorcée dès la troisième année de mon Séminaire, quand j'ai traité du cas Schreber et de la fonction du Nom-du-Père [...] Je voulais

⁸¹⁸ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 93.

⁸¹⁹ PORGE, E., « Les derniers avancées sur le Nom-du-Père », in : *Les noms du père chez Lacan*, Toulouse : Érès, 2013, p. 157.

⁸²⁰ LACAN, J., « Introductions aux Noms-du-Père » (20 novembre 1963), in : *Des Noms du Père*, Paris : Seuil, 2005, p. 67.

cette année nouer pour vous [...] ce que j'ai appelé la métaphore paternelle [...] la fonction du nom propre. »⁸²¹

« Je poserai, si je puis dire, cette année la question de savoir si, quant à ce dont il s'agit, à savoir le nouement de *l'Imaginaire, du Symbolique et du Réel*, il faille cette fonction supplémentaire : en somme d'un tore de plus, celui dont *la consistance* serait à référer à la fonction dite *du Père*. C'est bien parce que ces choses m'intéressaient depuis longtemps [...] quoique je n'avais pas encore à cette époque trouvé cette façon de les figurer [...] que j'ai commencé *Les Noms-du-Père*. Il y a en effet plusieurs façons d'illustrer la manière dont FREUD [...] comme c'est patent dans son texte [...] ne fait tenir la conjonction du *Symbolique, de l'Imaginaire et du Réel* que par les Noms-du-Père [...] ce n'est pas pour rien que j'avais appelé ça Les Noms-du-Père [...] j'avais un certain nombre d'idées de la suppléance. »⁸²²

Lacan parle des Noms-de-Pères, car le symptôme et le Nom-du-Père sont une des solutions pour faire nouage ; ils ne sont plus la norme comme l'était l'Œdipe avant l'élaboration de ce concept. À partir du Séminaire *XXIII*, Lacan réduit l'importance centrale mise sur le symbolique, sur l'imaginaire et le « réel », ainsi que la suprématie du Nom-du-Père, pour la constitution du sujet. Ce dernier devient un symptôme, « devient un supplément »⁸²³.

Le Nom-du-Père devient pour Lacan une solution possible d'enlacement du nœud et de consistance pour le sujet. Il apparaît comme un élément supplémentaire sur lequel le sujet s'appuie pour faire face au réel et à la jouissance de l'Autre. C'est ce que Lacan nomme une « père-version » pour chaque sujet, c'est-à-dire une création singulière, « la version qui lui est propre de sa *père-version*, seule garantie de sa fonction de père »⁸²⁴.

À partir des élaborations sur le Noms-du-père, le Nom-du-Père n'est plus la pierre angulaire pour répondre à l'énigme de l'incomplétude de l'Autre et la névrose, autant que la psychose, doivent trouver une solution, une réponse, une manière de suppléer la béance de l'Autre :

⁸²¹ *Ibid.*, p. 68 et 69.

⁸²² LACAN, J., « Leçon 11 février 1975 », in : *R.S.I* (1974 – 1975), p. 102 et 103, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

⁸²³ LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, octobre 1987, p. 85.

⁸²⁴ LACAN, J., « Leçon 21 janvier 1975 », in : *R.S.I* (1974 – 1975), p. 74, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

« C'est cela, le Nom-du-Père, et comme vous le voyez, c'est, à l'intérieur de l'Autre, un signifiant essentiel, autour de quoi j'ai essayé de vous centrer ce qui se passe dans la psychose. A savoir que le sujet doit suppléer au manque de ce 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 »⁸²⁵

Selon Maleval, la pluralisation du Nom-du-Père marque sans : « nul doute que celui-ci correspond à une nécessité : l'incomplétude de l'Autre ne permet plus de concevoir le Père sur le mode d'un universel »⁸²⁶.

« D'où la pluralisation des Noms-du-Père, comme suppléances à la défaillance structurale de l'Autre [...] à cet égard, le Nom-du-Père apparaît comme un plus, comme un complément. Et s'il est défaillant, une suppléance, qui est toujours suppléance d'un supplément, peut venir pallier ce défaut. »⁸²⁷

À partir de ces analyses, Lacan va au-delà du complexe d'Œdipe comme normatif du sujet.

Le Nom-du-Père, comme nous l'avons déjà vu, serait une métaphore qui vient répondre à la question énigmatique du désir de la mère et du désir de l'Autre par une signification phallique. Il est un élément tiers qui permet l'instauration de la Loi symbolique et l'identification du sujet à un signifiant fondamental qui le « tient » dans l'existence. Cette Loi marque le sujet et permet la formation de l'inconscient. Dans cette perspective, le Nom-du-Père était en rapport avec la notion structurale de Lacan et l'Œdipe était un point central pour la structuration « normale » du sujet. Mais, à partir de la pluralisation de ce concept, Lacan rend possible d'autres formes de sorties, de réponses à l'énigme, à la jouissance de l'Autre, à donner du sens à ce « réel » sans sens.

Selon Lacan, il fallait aller plus loin que Freud à propos du développement sur le père. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente de ce travail, la psychanalyse, d'après Freud, s'appuie sur le primat de l'Œdipe comme pivot de la structuration du sujet. Comme tous les travaux de Lacan sur la subjectivation, c'est par le biais d'une notion structurelle que nous pouvons percevoir qu'il la laisse de côté à la fin de ses enseignements.

⁸²⁵ LACAN, J., « La forclusion du Nom-du-Père », in : *Séminaire V : Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Paris : Seuil, 1998, p. 147.

⁸²⁶ MALEVAL, J.-C., « La pluralisation du Nom-du-Père », in : *La Forclusion du Nom-du-Père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, Champ Freudien, p.105.

⁸²⁷ SKRIABINE, P., « Logique lacanienne », in : *Revue de la Cause*, n° 23, février 1993, p. 79.

« Si Freud met au centre de sa doctrine le mythe du père, il est clair que c'est en raison de l'inévitabilité de cette question. Il n'est pas moins clair que, si toute la théorie et la praxis de la psychanalyse nous apparaissent aujourd'hui comme en panne, c'est pour n'avoir pas osé, sur cette question, aller plus loin que Freud. »⁸²⁸

Peut-être est-ce l'œuvre de *l'Anti-Œdipe*⁸²⁹ de Deleuze et Guattari qui a inspiré Lacan et lui a permis de critiquer les mythes d'Œdipe et « du Totem et Tabou » défendus par Freud ? C'est une critique de la clinique psychanalytique structuraliste même qui considère le complexe d'Œdipe comme la pierre d'angle de ses théories. Lacan se défend en disant qu'il n'a jamais parlé d'Œdipe dans ce sens mais plutôt de métaphore paternelle :

« On peut beaucoup déconner autour du mythe [...] Alors, le mythe de l'Œdipe tel que Freud le fait fonctionner – je peux vous le dire pour ce qui ne le savent pas, les "mythogrammes", ça les fait rigoler [...] L'étude sérieuse qu'on a pu en faire montre qu'il est beaucoup plus compliqué [...] *Totem et Tabou*, il faudrait [...] étudier sa composition, qui est une des choses les plus tordues qu'on puisse imaginer. Ce n'est tout de même pas parce que je prêche le retour à Freud, que je ne peux pas dire que *Totem et Tabou* c'est tordu [...] J'ai donc parlé à ce niveau de la métaphore paternelle. Je n'ai jamais parlé de complexe d'Œdipe que sous cette forme. J'ai dit que c'était de la métaphore paternelle, alors que ce n'est tout de même pas ainsi que Freud nous présente les choses. »⁸³⁰

Nous pouvons nous questionner sur la valeur de la généralisation de l'Œdipe comme base normative ou même ségrégative du sujet, la signification phallique, même si elle est la plus partagée et la plus « réussie » ; elle n'est pas la seule voie pour la « stabilisation » de la réalité pour le sujet. Comme l'ajoute Lacan : « Pour conclure aujourd'hui, je dirai que ce que nous proposons, c'est l'analyse du complexe d'Œdipe comme étant un rêve de Freud. »⁸³¹

À partir des dernières études de Lacan, le complexe d'Œdipe et le Nom-du-Père prennent une place supplémentaire de suppléance pour le sujet. Ainsi, à partir de ces avancées théoriques, nous retrouvons la possibilité d'avoir une clinique différentielle des psychoses.

⁸²⁸ LACAN, J., « Introduction aux Noms-du-Père » (20 novembre 1963), in : *Des Noms du Père*, Paris : Seuil, 2005, p. 85.

⁸²⁹ DELEUZE, G. et GUATTARI, F., *L'Anti-Œdipe*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1972/1973.

⁸³⁰ LACAN, J., « Au-delà du complexe d'Œdipe », in : *Séminaire XVII : L'Envers de la psychanalyse* (1969 – 1970), Paris : Seuil, 1991, p. 127, 128 et 129.

⁸³¹ *Ibid.*, p. 134.

L'invention du sujet, sa création d'une suppléance, n'est plus due exclusivement au symbolique, à la métaphore paternelle ; elle peut avoir son origine aussi dans le « réel ». C'est un « savoir-faire » du sujet en se confrontant au vide du « réel », c'est sa propre solution. Comme le dit Lacan : « ce n'est pas pour rien que j'avais appelé ça Les Noms-du-père et pas Le Nom-du-Père... j'avais déjà un certain nombre d'idées de la suppléance. »⁸³²

Avec la topologie de Lacan et ses théorisations sur les Noms-du-Père et le sinthome, nous pouvons penser le diagnostic du sujet à partir de son mode de relation à l'Autre.

3 - La Clinique lacanienne du nœud borroméen

« Donc, ces *nœuds borroméens* me sont venus comme bague au doigt, et j'ai tout de suite su que ça avait un rapport qui mettait *le Symbolique, l'Imaginaire et le Réel* dans une certaine position les uns par rapport aux autres. Le nœud m'incitait à énoncer quelque chose qui - comme je l'ai dit déjà ici - les *homogénéisait*. Qu'est-ce que veut dire *homogénéiser* ? [...] « Du pareil au même – c'est de lui – du pareil au même, il y a la place pour une différence. »⁸³³

Le nœud borroméen est un concept difficile et long pour être défini précisément. Nous essayerons de le comprendre pour réfléchir au montage (nouage) de leur réalité chez les psychotiques.

Lacan commence ses travaux sur le nœud borroméen par ce qu'il appelle le nœud de trèfle qui serait le représentant du nouage paranoïaque : « Lacan a désigné la psychose : trois ronds mis en continuité, soit le nœud borroméen à trois se transformant en nœud de trèfle. »⁸³⁴

Le nœud à trois serait pour Lacan celui qui soutient le sujet paranoïaque. Néanmoins, il est fragile, car il suffit qu'un des éléments du nœud se détache pour que les autres aussi se démêlent.

Lacan dans ses séminaires sur le nœud borroméen explique que les *noms-dupes-errent* et le *R.S.I.* se trouve en difficulté pour résoudre la possibilité de stabilisation du nœud à trois. Il remarque, dans plusieurs leçons, que si un de ces trois ronds se détache, les autres aussi se libèrent : « c'est peut-être s'apercevoir que, rien qu'à prendre trois de ces ronds de ficelle, tel

⁸³² LACAN, J., « Leçon 11 février 1975 », in : *R.S.I.* (1974 – 1975), p. 103, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

⁸³³ LACAN, J., « Leçon 18 mars 1975 », in : *R.S.I.* (1974 – 1975), p. 148, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

⁸³⁴ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 67.

que je vous l'ai expliqué, quand ils sont trois, bien que si vous en coupez un, les deux autres ne sont pas liés »⁸³⁵. Nous retrouvons encore dans le même séminaire : « [...] c'est un nœud borroméen. C'est-à-dire [...] alors enlevez-moi plutôt celui-là, le bleu [...] vous voyez là, le bleu on l'enlève, le résultat, le résultat c'est que les deux autres sont libres. »⁸³⁶ Nous retrouvons cette problématique plusieurs fois tout au long de ses deux séminaires.

Lacan trouve la clé du problème à la fin de son Séminaire *R.S.I.* : « Néanmoins, il ne suffit pas de couper cette consistance pour que chacun des trois autres éléments soit libre des deux autres. Pour qu'il en soit ainsi, il faudrait que les choses se disposent autrement [...] à savoir la disposition à quatre éléments. »⁸³⁷

Il commence à montrer l'importance d'un quatrième élément pour tenir ensemble le nœud borroméen qu'il laisse pour mieux le développer dans son séminaire *Le Sinthome* : « Et c'est en cela que se justifie l'intérêt que je porte *au nœud à quatre* dans l'occasion et que je développerai l'année prochaine. »⁸³⁸

C'est à partir donc d'un échec dans ses élaborations sur le nœud que Lacan pense à une quatrième ficelle, enlaçant les trois éléments, qui serait le sinthome créé par chaque sujet à partir de ses moyens subjectifs et de son histoire. Cet échec l'a amené à présenter sa théorie sur les Noms-du-Père ; et le Nom-du-Père n'est plus la seule forme de structuration psychique « stable » :

« L'enseignement du nœud borroméen est d'abord l'enseignement qu'il y a à tirer d'un échec : la démonstration par le nœud borroméen n'a pas réussi. Malgré tous ses efforts, Lacan n'est pas parvenu à démontrer ce qu'il fallait démontrer, à savoir qu'une structure tient en se suffisant des trois ronds du réel, de l'imaginaire et du symbolique noués de manière borroméenne autour du trou central laissé par la perte de l'objet a. »⁸³⁹

« Et c'est bien parce qu'il échoue à établir que le nœud à trois ronds suffit à écrire ce que la psychanalyse peut nous livrer, que Lacan est amené alors à revoir le statut du symptôme, non pas dans la visée de ce qu'il signifie, mais dans celle d'établir ce à

⁸³⁵ LACAN, J., « Leçon 13, novembre 1973 », in : *Les non-dupes errent* (1973 – 1974), p. 10, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

⁸³⁶ *Ibid.*, p. 47.

⁸³⁷ LACAN, J., « Leçon 13, mai 1975 », in : *R.S.I.* (1974 – 1975), p. 213, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

⁸³⁸ *Ibid.*, p. 223 et 224.

⁸³⁹ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 66 et 67.

quoi il sert. Et ce qu'il découvre alors, dans un cas au moins, celui de l'écrivain James Joyce, c'est que le symptôme peut servir de substitut au Nom-du-Père. »⁸⁴⁰

Les trois ronds hétérogènes - « réel », symbolique et imaginaire, pour tenir ensemble avec plus de consistances, ont besoin d'un quatrième terme qui les enlace. Ce quatrième terme, Lacan le nomme « sinthome » ; il vient suppléer la fonction du Nom-du-Père : « en somme, le père est un symptôme, ou un sinthome, comme vous voudrez »⁸⁴¹.

Selon Porge, la grande nouveauté du séminaire *R.S.I* « réside dans le nouveau sens de Nom-du-Père : ce terme ne désigne plus seulement le nom donné au père mais le nom donné par le père »⁸⁴². Cette nomination a la fonction de faire trou. Et ce qui fait trou c'est le signifiant qui n'est pas seulement le Nom-du-Père mais qui englobe plusieurs autres possibilités que le sujet peut trouver et créer et qui ont pour fonction de faire trou dans le réel. Ce qui fait trou, c'est ce qui marque une limite, une limite à la jouissance : « c'est l'interdit qu'on trouve dans toutes les cultures comme règle »⁸⁴³ ou la limite même de l'existence.

La « normalité », la santé mentale pour Lacan, serait l'acceptation par le sujet de cette limite, de ce point d'impossible faisant trou dans le « réel » qui borde la jouissance :

« C'est-à-dire être conforme la norme de l'homme, à la norme de l'homme qui consiste en ceci qu'il sait qu'il y a de l'impossible [...] C'est ce qu'on appelle la santé mentale. Notamment que de n'écrire jamais le rapport sexuel en lui-même, sinon dans le manque de son désir, lequel n'est rien d'autre que son serrage dans le nœud borroméen. »⁸⁴⁴

Pour que le sujet ait une « santé mentale », il est crucial qu'il puisse suppléer à ce point d'impossible et trouver une réponse à l'incomplétude de l'Autre. Cette suppléance permet de faire trou dans le « réel », c'est-à-dire de « soulager » ce point d'impossible, non symbolisable. Cela permet de nouer, de tenir ensemble la réalité du sujet :

⁸⁴⁰ *Ibidem*.

⁸⁴¹ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 19.

⁸⁴² PORGE, E., « Les derniers avancées sur le Nom-du-Père », in : *Les noms du père chez Lacan*, Toulouse : Érès, 2013, p. 179.

⁸⁴³ MOREL, G., « Constructions freudiennes et réductions lacaniennes », in : *La loi de la mère : essai sur le sinthome sexuel*, Paris : Économica – Anthropos, 2008, p. 71.

⁸⁴⁴ LACAN, J., « Leçon 15 janvier décembre 1974 », in : *R.S.I* (1974 – 1975), p. 116, inédit, *apud*. <http://www.valas.fr/>.

« L'*Imaginaire* (I) correspond à la consistance [...] (ce qui tient ensemble) [...] la consistance d'une corde, d'une forme qui se tient, d'un corps qui peut saisir, d'un tas dont les éléments forment un tout, etc. Le *Symbolique* (S) correspond au *trou* : notion difficile qui se substitue à la dominance antérieure du manque [...] le « manque à avoir » ou le « manque à être » phalliques sont créés par le signifiant qui introduit la différence dans le monde, et le phallus devient le symbole du manque [...] le *trou* est ce qui caractérise un rond de ficelle puisqu'on peut y passer une corde. Le *trou* devient essentiel à la possibilité même de nouer. »⁸⁴⁵

La consistance du nœud ne viendrait plus ni de l'imaginaire (image du corps), ni seulement du symbolique (métaphore paternelle) mais d'une création propre du sujet (singulier) donnant un certain sens à ce « réel », à ce trou de signification dans lequel le sujet peut « tomber » et être « noué » d'angoisse : « dans le Réel, puisque là il y a un trou [...] il faut l'inventer : pour voir où est le trou, il faut voir le bord du Réel. »⁸⁴⁶

Le quatrième terme devient un élément compensateur ayant pour fonction de suppléer et de tenir le nœud qui ne se tenait plus à trois.

Par l'agencement de ces trois registres, le sujet parvient à s'unifier un Moi et avoir une représentation corporelle plus consistante. Cette théorie du nœud borroméen essaye de montrer que « la fonction de la métaphore paternelle peut être réalisée par plusieurs signifiants – les Noms-du-Père »⁸⁴⁷ et la notion de sinthome.

4 - Joyce et le sinthome

Lacan s'interroge sur James Joyce : était-il un cas de psychose stabilisée qui n'a jamais déclenché de crise psychotique ? « À partir de quand est-on fou ? La question vaut la peine d'être posée. Mais, pour l'heure, la question que je me pose [...] est celle-ci – Joyce était-il fou ? »⁸⁴⁸ Néanmoins, Lacan n'affirma jamais dans ses enseignements que Joyce fût psychotique.

Lacan pose cette question et s'intéresse au « cas de Joyce » en raison de son rapport particulier au langage, du caractère unique de son écriture, car Joyce fait un usage particulier

⁸⁴⁵ *Ibid*, p. 71.

⁸⁴⁶ LACAN, J., « Leçon 19 Février 1974 », in : *Les non-dupes errent* (1973 – 1974), p. 148, inédit, *apud*. <http://www.valas.fr/>.

⁸⁴⁷ SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, février 1982, p. 64.

⁸⁴⁸ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 77.

de la langue anglaise. C'est une écriture très singulière qui, à certains moments, donne l'impression qu'elle ne sert pas à communiquer mais à produire sa propre jouissance : « Joyce a un rapport à *joy*, la jouissance, si on l'écrit dans *la langue* qui est l'anglais – que cette jouasse, cette jouissance, est la seule chose que nous puissions attraper de son texte. »⁸⁴⁹. Il a également un rapport particulier à son corps, comme nous le rapporte Morel : « Quant à Stephen-Joyce, il ne cesse de chercher des métaphores pour parler du sien (*corps*) : "coque-stérile", "enfens du corps", "pulpe qui flambe", "cadavre", "mortifié", "brasier", "mystérieux". »⁸⁵⁰

Par rapport au langage :

Dans ses œuvres, Joyce découpe la langue anglaise ; il y a une rupture avec le sens. Aubert nous montre le découpage que Joyce fait avec sa propre langue ; il a une manière singulière de l'utiliser. Dans l'écriture de *Finnegans Wake* et même bien avant, dans *Ulysse*, selon Aubert, il y a une destruction du sens que Lacan rapporte à l'évènement de « la langue » : « C'est vraiment un processus qui s'exerce dans le sens de donner à la langue un autre usage, et qui est loin d'être ordinaire. »⁸⁵¹

« Les mots de la langue joycienne représentent, comme les épiphanies, la conjonction d'un trop-plein de sens avec son évidemment. Le travail de surdétermination du sens, à partir de l'équivoque au sein de la langue anglaise, mais aussi à partir du jeu de l'écriture et la lecture, la lettre et le phonème ainsi que le passage d'une langue à l'autre au moyen d'homophonies "translinguistiques", réalisent un excès de sens, à la faveur de l'inépuisable de l'équivoque, qui vire au non-sens, à l'illisibilité pure et simple [...] évidemment qui fait le lit de la jouissance de Joyce. »⁸⁵²

Lacan dit à propos des œuvres de Joyce :

« Dans l'effort qu'il fait depuis ses premiers essais critiques, puis dans le *Portrait de l'artiste*, enfin dans *Ulysses*, pour terminer par *Finnegans Wake*, dans le progrès en

⁸⁴⁹ LACAN, J., « Joyce et le symptôme I », in : *Joyce avec Lacan*, Paris : Navarin, 1987, p. 27.

⁸⁵⁰ MOREL, G., « Le jeune homme sans ego », in : *La loi de la mère : essai sur le sinthome sexuel*, Paris : Economica – Anthropos, 2008, p. 129. Mot en italique ajouter par l'auteur.

⁸⁵¹ AUBERT, J., « Le sinthome » (Séminaire du 20 janvier 1976), in : *Joyce avec Lacan*, Paris : Navarin, 1987, p. 47.

⁸⁵² MILLOT, C., « Épiphany », in : *Joyce avec Lacan*, Paris : Navarin, 1987, p. 91.

quelque sorte continu qu'a constitué son art, il est difficile de ne pas voir qu'un certain rapport à la parole lui est de plus en plus imposé – à savoir, cette parole qui vient à être écrite, brisée, démantibulée – au point qu'il finit par dissoudre le langage même. »⁸⁵³

L'écriture de Joyce est dépourvue de sens et présente un caractère énigmatique. Il décompose le langage de manière à envisager la jouissance et les paroles imposées⁸⁵⁴. Chez Joyce, la langue semble être en cause. Son désir de reconnaissance est intéressant, il veut que les jeunes universitaires l'étudient pendant 300 ans et lui prêtent attention comme son père « carent » ne l'a jamais fait. Ils sont les destinataires de son savoir. L'écriture et l'art de Joyce font fonction de support de son ego et de nouage de ce que le dépasse et de ce qui lui est insupportable.

Par rapport à son corps :

Lacan raconte un fragment d'un vécu de Joyce qui, selon lui, « cloche ». Il s'agit de la raclée que Joyce a reçue mais qu'il a vécue comme un événement détaché de son corps :

« Pour ce qui est de Joyce, j'aurais pu lire une confidence qu'il nous fait dans *le Portrait of the Artist as a Young Man* [...] il s'est trouvé des camarades pour le ficeler à une barrière en fil de fer barbelé, et lui donner, à lui James Joyce, une raclée. Le camarade qui dirigeait toute l'aventure était un nommé Héron [...] Ce Héron l'a donc battu pendant un certain temps, aidé de quelques autres camarades [...] Il s'exprime alors d'une façon très pertinente [...] je veux dire qu'il métaphorise son rapport à son corps. Il constate que toute l'affaire s'est évacuée, *comme une pelure*, dit-il. »⁸⁵⁵

Nous percevons, dans cet épisode de la raclée, comment Joyce à ce moment précis était « détaché » de son corps. Il nous donne l'impression qu'à ce moment-là son corps ne lui appartenait pas :

« Chez Joyce, il n'y a que quelque chose qui ne demande qu'à s'en aller, qu'à lâcher comme une pelure. Qu'il y ait des gens qui n'aient pas d'affect à la violence subie

⁸⁵³ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 96.

⁸⁵⁴ Voir le *séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), le chapitre : « Joyce et les paroles imposées », p. 91 à 105.

⁸⁵⁵ *Ibid.*, p. 148 et 149.

corporellement est curieux [...] Mais je dirais plutôt que ce qui est frappant, ce sont les métaphores qu'il emploie, à savoir, le détachement de quelque chose comme une pelure. »⁸⁵⁶

Cet évènement nous étonne, comme il a aussi étonné Lacan, car nous avons un corps, un vécu de ce corps qui s'identifie à nous, à notre Moi, à notre ego. À ce moment précis, il y a « quelque chose » de suspect dans la relation de Joyce à son corps, car il le vit comme un corps étranger ou même comme une absence de corps. Cette distance affective à son propre corps, comme s'il ne lui appartenait pas, est curieuse et même suspecte. Elle peut servir de piste pour réaliser un diagnostic différentiel : « Le manque de ce trait de structure, repérable dans l'imaginaire, celui de l'identification primaire au corps propre, est un indice de psychose. »⁸⁵⁷ Comme nous le dit Lacan :

« Avoir rapport à son propre corps comme étranger est certes une possibilité qu'exprime le fait de l'usage du verbe *avoir*. Son corps, on l'a, on ne l'est à aucun degré [...] Mais la forme, chez Joyce, du *laisser tomber* du rapport au corps propre est tout à fait suspecte pour l'analyste, car l'idée de soi comme corps a un poids. C'est précisément ce que l'on appelle l'ego. Si l'ego est dit narcissique, c'est bien parce que, à un certain niveau, il y a quelque chose qui supporte le corps comme image. Dans le cas de Joyce, le fait que cette image ne soit pas intéressée dans l'occasion, n'est-ce pas un signe que l'ego a chez lui une fonction toute particulière ? »⁸⁵⁸ Pour Hoffman, « dans son Joyce, en 1975, nous en trouvons le ressort dans le défaut du narcissisme ; un tel sujet n'a pas pu s'identifier à son corps, à son image, pour avoir un corps et s'en servir. »⁸⁵⁹

L'ego, pour Lacan, est l'idée de soi comme un corps et la suppléance créée par Joyce par son art, son écriture a la fonction de tenir son corps : « *Le Portrait de l'artiste en jeune homme*, la première œuvre vraiment joycienne, selon Jacques Aubert, est un texte sur le corps.

⁸⁵⁶ *Ibid.*, p. 149.

⁸⁵⁷ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 54.

⁸⁵⁸ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 150.

⁸⁵⁹ HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, 2004, p. 57.

L'Écriture sur le corps permet à Joyce, non de s'identifier à l'image de son corps, mais d'*avoir* un corps. »⁸⁶⁰

C'est pour cette raison que Joyce aurait eu besoin de recourir à l'écriture, à l'art pour nommer ce « réel », cette jouissance non réglée que nous retrouvons dans ses écrits. L'art de Joyce peut être considéré ainsi comme la création d'un sinthome qui supplée la fonction « carente » chez lui du Nom-du-Père, venant tenir l'imaginaire, le « réel » et le symbolique ensemble et faire surgir un corps et un Moi.

Joyce, comme un artisan qui a son propre *savoir-faire*, a pu créer d'une façon singulière un sinthome et se tenir d'une certaine manière dans le lien, dans son existence et dans son corps : « Joyce parvient par son art à opérer le nouage convenable. »⁸⁶¹

C'est l'écriture de Joyce qui le soutient et lui donne un corps, c'est par elle que Joyce se construit un quatrième nœud, un sinthome qui le « tient ». L'écriture, pour lui, fait la fonction de suppléance. Le travail de Lacan sur le nœud borroméen nous permet de réfléchir sur la manière de tenir ensemble, de se tenir dans l'existence, être et corps. Comme nous pouvons le discerner dans la métaphore utilisée par Lacan : « Tenez bien la corde hein ! »⁸⁶². Ce qui signifie selon lui : « quand à l'autre bout, c'est noué, on peut s'y tenir »⁸⁶³.

Lacan dit de suppléer ce signifiant non entré dans la chaîne psychique du sujet par « quelque chose » qui viendrait amarrer, tenir ensemble une certaine unité pouvant avoir eu lieu par le Nom-du-Père. C'est l'élaboration par le sujet d'un autre signifiant qui peut lui servir de point d'accroche et lui permettre ainsi de mieux circuler, d'être dans le lien social.

La notion de sinthome est un point de bascule de la théorie lacanienne principalement parce qu'elle contribue au traitement des psychoses, grâce à ce concept qui change le sens même de la psychose. Le concept structuraliste lacanien des organisations psychiques et l'idée de la forclusion comme responsable de la difficulté du sujet psychotique à accéder à l'ordre symbolique n'avaient pas pour finalité d'ancrer les psychotiques dans une position d'échec, de ratage, mais plutôt de les ouvrir à la possibilité d'un traitement, d'envisager un projet thérapeutique. Cela devient plus net à partir de ces élaborations sur le sinthome.

⁸⁶⁰ MOREL, G., « Le jeune homme sans ego », in : *La loi de la mère : essai sur le sinthome sexuel*, Paris : Économica – Anthropos, 2008, p. 128.

⁸⁶¹ MILLOT, C., « Épiphanies », in : *Joyce avec Lacan*, Paris : Navarin, 1987, p. 92.

⁸⁶² LACAN, J., « Leçon 14 janvier 1975 », in : *R.S.I* (1974 – 1975), p. 49, inédit, *apud*. <http://www.valas.fr/>.

⁸⁶³ *Ibidem*.

5 - Le Sinthome : une création ainsi singulière du sujet et un mode de suppléance psychotique (paranoïaque)

Lacan s'inspire de l'écriture de Joyce pour créer sa notion de sinthome avec « h ». Le sinthome écrit de cette manière est la manière ancienne d'écrire le symptôme :

« Il revient sur la question du symptôme et choisit pour le titre de son séminaire une orthographe ancienne du terme, « sinthome », qui lui permettra de distinguer symptôme et manifestation symptomatique. Le symptôme dans cette nouvelle perspective a une importance considérable, ce à quoi le sujet tient *nécessairement*, puisque c'est ce qui le particularise. »⁸⁶⁴

Le sinthome est un concept introduit par Lacan qui organise la vie psychique. Il se différencie de la structuration du psychisme par la voie phallique à travers le Nom-du-Père. Il est une création singulière du sujet. Le sinthome existe là où la suppléance vient faire nouage, tenir les instances du sujet ensemble, « tenir » le sujet dans son existence et dans le lien social ; il y a : « "sinthomes", lorsqu'ils ordonnent la vie du sujet »⁸⁶⁵.

À partir de 1970, Lacan explore l'idée de la possibilité de stabilisation de la psychose, en nous offrant l'occasion de réfléchir à suppléer le manque d'inscription psychique du Nom-du-Père. Cette hypothèse apparaît à partir de ce que Lacan développe dans son séminaire sur *Le Sinthome* où il soutient l'idée que l'écrivain irlandais James Joyce n'aurait pas eu l'incidence du signifiant phallique Nom-du-Père mais a réussi à se « tenir » dans le lien social et se faire un nom grâce à ses écrits et œuvres littéraires. Par ses œuvres littéraires, au travers d'une création, d'une production identitaire, « Joyce se trouve avoir visé par son art, de façon privilégiée, le quart terme dit du sinthome [...] Toujours est-il que c'est avec Joyce que j'aborderai ce quatrième terme en tant qu'il complète le nœud de l'imaginaire, du symbolique et du réel. »⁸⁶⁶

Lacan se posait déjà cette question de la suppléance et d'une possible « stabilisation psychique » chez le psychotique dès son séminaire *Les psychoses*, comme nous pouvons le voir au travers de son questionnement sur la stabilisation du délire du sujet :

⁸⁶⁴ VANIER, A., Lacan, Paris : Les Belles Lettres, 1998, p. 98.

⁸⁶⁵ SAGNA, P., « Le corps, de la métaphore au nouage », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 44, février 2000, p. 59.

⁸⁶⁶ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 37 et 38.

« Pouvons-nous parler de processus de compensation, comme certains n'hésiteraient pas à le faire, sous prétexte qu'au moment de la stabilisation de son délire, le sujet présente un état plus calme qu'au moment de l'irruption du délire ? Est-ce une guérison ou non ? C'est une question qui vaut la peine d'être posée. »⁸⁶⁷

Comme aussi dans sa leçon *D'une question préliminaire à tout traitement possible pour la psychose* : « Nul doute que la figure du Dr Flesching [...] n'a pas réussi à suppléer au vide soudain, aperçu de la *Verwerfung* inaugurale. »⁸⁶⁸

Il introduit le sinthome comme une suppléance, comme un quatrième nœud qui vient tenir les trois registres de la réalité du sujet, ce qui pourrait produire une paranoïa stabilisée : « Le quatrième rond, comme quatrième explicite, vient ici pallier le dénouement où se désigne la forclusion. »⁸⁶⁹

À partir du séminaire *R.S.I.* et principalement avec le *Sinthome*, Lacan aborde la psychose par le biais de la jouissance et du « réel » et élabore la possibilité du sujet de se construire une suppléance à ce qu'il avait nommé la forclusion du Nom-du-Père : « La cure des psychotiques, dont Lacan réévalue l'enjeu dans ces années-là, sera désormais orientée en fonction de cette possibilité de reconstruire quelque chose à partir d'un "point de réel". »⁸⁷⁰

Le sinthome permet un règlement de la jouissance, une certaine stabilisation du sujet et une identification à un signifiant qui le tient dans son existence et son sentiment d'appartenance à un corps. Comme l'écrit Morel, le sinthome est un « terme qui fait lien : lien entre R, S, I qui fait constituer subjectivement la réalité au lieu de la folie, mais aussi lien à l'autre, lien social et enfin lien avec le partenaire sexuel. »⁸⁷¹

Cela ouvre la possibilité de réparer le manque constitutif chez les psychotiques : « quatrième rond, comme suppléance à la fonction du Père, comme un des Noms-du-Père nécessaires à pallier la défaillance structurale de l'Autre, et à réaliser le nouage de R, S et I »⁸⁷².

⁸⁶⁷ LACAN, J., « Thématique et structures du phénomène psychotique », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 99.

⁸⁶⁸ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 60.

⁸⁶⁹ SKRIABINE, P., « Logique lacanienne », in : *Revue de la Cause*, n° 23, février 1993, p. 80.

⁸⁷⁰ VANIER, A., *Lacan*, Paris : Les Belles Lettres, 1998, p. 101.

⁸⁷¹ MOREL, G., « le sinthome est sexuel », in : *La loi de la mère : essai sur le sinthome sexuel*, Paris : Économica – Anthropos, 2008, p. 330.

⁸⁷² *Ibid.*, p. 82.

« Il y a autant de façons de suppléer à ce ratage ; le nœud à quatre que nous venons de voir n'en est qu'une parmi beaucoup d'autres, si nous considérons comme suppléance tout moyen de faire quand même tenir ensemble R, S et I [...] ces modes de ratage nous indiquent aussi bien les modes possibles de réparation, de recollage, de réarrangement des choses. »⁸⁷³

La création par le sujet d'un signifiant auquel il s'identifie, comme dans le cas Pablo, peut avoir la fonction d'attacher le nœud : le symbolique, « réel » et l'imaginaire et de réordonner d'une certaine manière son existence. Il y a des psychotiques qui parviennent à se « *faire un corps* », comme Pablo qui nomme sa souffrance et cherche à extraire l'*objet a* de son corps à partir du fait de le considérer comme étant un corps cancérigène et d'avoir pu, selon lui, « se guérir » en extrayant ce mal de son corps à partir d'une chirurgie spirituelle.

Les psychiatres et même quelques psychologues ne prennent pas en compte l'importance du dit psychotique qui reste, pour eux, sans raison, sans sens, ou en soutenant l'idée du délire comme étant un phénomène négatif. Pires encore, sont les quelques psychiatres qui réduisent la psychose à une cause organique ou génétique, ce qui enlève les possibilités de traitement : « aussi bien par beaucoup de psychanalystes que par beaucoup de psychiatres, comme quelque chose de "négatif", et uniquement négatif. Quel malheur ! Si on a cette position négative, on enfonce le patient qui s'est déjà enfoncé lui-même. »⁸⁷⁴

Lacan au contraire « nous apprend que c'est le psychotique qui nous enseigne »⁸⁷⁵.

Lacan nous a ouvert les portes du traitement des psychotiques depuis son texte *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*⁸⁷⁶ jusqu'au *Sinthome*⁸⁷⁷. Ce dernier concept a adouci la logique psychanalytique « phallus centriste ». Avec sa notion de sinthome, il a ouvert la possibilité d'une création propre au sujet concernant son « savoir-faire » avec le « réel » et la jouissance qui le déborde. Le sinthome est donc le « produit du savoir-faire ». C'est la possibilité de création singulière d'un point d'ancrage du sujet.

⁸⁷³ *Ibidem*.

⁸⁷⁴ OURY, J., *Création et Schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 53.

⁸⁷⁵ GRASSER, F., « L'enseignement du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, juin 1993, p. 21.

⁸⁷⁶ LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999.

⁸⁷⁷ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome (1975 – 1976)*, Paris : Seuil, 2005.

Le ratage du nœud chez un sujet psychotique peut donc trouver des solutions grâce à la création par le sujet des suppléances, d'un sinthome : « Tout ceci voudrait dire que chacun tisse son nœud. »⁸⁷⁸

6 - Traitement des psychoses : recherche d'une création pour tempérer la jouissance

La psychanalyse fait assez souvent le rapport entre la création et la sublimation, comme une transformation de la pulsion sexuelle refoulée vers un autre but ou objet.

« Le terme de "sublimation" contient l'idée de passage à un niveau plus élevé, le sublime philosophique, qui est une catégorie de l'esthétique, ascension inscrite dans la définition qu'en a donnée Lacan : élever un objet imaginaire et narcissique à la dignité de la Chose (das Ding). »⁸⁷⁹

Néanmoins, la création ne se restreint pas au processus subjectif de sublimation. Comme nous l'avons vu, Joyce parvient à se créer un Nom, un symptôme singulier qui peut être considéré comme une création propre : « C'est de se vouloir un nom que Joyce a fait la compensation de la carence paternelle. »⁸⁸⁰ Cette invention lui a permis de « se faire un nom »⁸⁸¹, un nom qui vient nommer ce hors sens et ainsi border d'une certaine manière la jouissance. Ce Nom, qui serait un des Nom-du-Père, permet donc la création d'un signifiant qui tient le sujet, d'un : « S₁ qui vous permet de fabriquer du sens, avec de la jouissance [...] ça aide à rendre lisible la jouissance »⁸⁸².

Pour nous, la notion de jouissance est fondamentale pour réfléchir à la question du corps et celle de la clinique des psychoses. Lacan crée le terme jouissance à partir de la notion obscure et énigmatique que Freud a beaucoup travaillé et retravaillé : la pulsion. Elle n'est donc pas le plaisir pour la psychanalyse mais elle est ce qui est de l'ordre du « réel », de ce qui n'est pas représentable.

⁸⁷⁸ LACAN, J., « Leçon 18 Décembre 1973 », in : *Les non-dupes errent* (1973 – 1974), p. 85, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

⁸⁷⁹ ROGER, G., « Sublimation, création et civilisation », in : *Revue française de psychanalyse*, vol. 69, Paris : PUF, 2005, *apud.*, <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2005-5-page-1575.htm>

⁸⁸⁰ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome*, Livre III (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 94.

⁸⁸¹ MILLER, J.-A., *Pièces détachées*, cours n°2 du 24 novembre 2004, p. 18.

⁸⁸² MILLER, J.-A., *Pièces détachées*, cours n°7 du 19 janvier 2005, p. 67.

Dans le séminaire *Encore*, Lacan explique cette notion à partir du mot jouissance et celui du droit :

« J'éclaircirai d'un mot le rapport du droit et de la jouissance. L'usufruit – c'est une notion de droit, n'est-ce pas ? [...] L'usufruit, ça veut dire qu'on peut jouir de ses moyens, mais qu'il ne faut pas gaspiller. Quand on a l'usufruit d'un héritage, on peut en jouir à condition de ne pas trop en user. »⁸⁸³

Cela amène à la question d'une délimitation par la Loi d'une limitation de la jouissance.

Ce qui délimite la jouissance, c'est la Loi phallique de la castration qui amortit la jouissance totale de l'Autre et de soi : « La castration veut dire qu'il faut que la jouissance soit refusée, pour qu'elle puisse être atteinte sur l'échelle renversée de la Loi du désir. »⁸⁸⁴ La castration a la fonction normalisatrice de la jouissance de l'Autre et du sujet, elle permet « la transformation de la jouissance »⁸⁸⁵.

Freud dit que la fonction du Moi est de maîtriser la pulsion. Néanmoins, elle est immaîtrisable : « nous sommes "vécus" par de puissances inconnues, impossibles à dominer »⁸⁸⁶. Le sujet doit apprendre à « faire avec » ça, avec ce côté « réel » qui lui échappe.

La jouissance délimitée est donc la jouissance phallique marquée par la métaphore paternelle. Elle est chiffrée, tempérée et civilisée lorsqu'elle est nommée par le signifiant Nom-du-Père. Cette jouissance passe par la castration et ainsi il y a perte d'une partie de la jouissance, ce que Lacan a appelé *l'objet a*.

C'est le rapport du sujet à la jouissance et à l'« objet a » qui donne la possibilité de se « faire un corps » et de le construire. D'après Oury : « on ne peut d'ailleurs pas parler du corps sans parler de la jouissance ».⁸⁸⁷

Comme le psychotique n'a pas accès au signifiant Nom-du-Père qui a la fonction de faire voile et de le protéger du désir de l'Autre, cet Autre ne perd pas sa consistance et le sujet reste dans cette place d'objet de l'Autre qui l'envahit. Il ne parvient pas à *avoir* un corps, un barrage vis-à-vis de la béance de l'Autre.

⁸⁸³ LACAN, J., « De la jouissance », in : *Séminaire XVII : Encore* (1972 – 1973), Paris : Seuil, 1975, p. 10.

⁸⁸⁴ LACAN, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir », in : *Écrits II*, Paris : Seuil, 1999, p. 307.

⁸⁸⁵ LACAN, J., « Les lieux du réel », in : *Scilicet*, n° 5, Paris : Seuil, 1975, p. 26. (p. 21 à 43).

⁸⁸⁶ FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVI* (1921-1923), Paris : PUF, 1991, p. 268.

⁸⁸⁷ OURY, J., Le corps et la schizophrénie, Séminaire à la faculté Jussieu, 15 janvier 1976, *apud* : <http://www.revue-institutions.com/articles/Le%20corps%20et%20la%20psychose1.pdf>.

Le déclenchement d'une psychose a lieu lorsque le sujet se heurte à un élément « réel » non symbolisé et non symbolisable. C'est le moment de la rencontre avec le manque du signifiant phallique dans le champ de l'Autre, avec l'incomplétude de l'Autre, avec un vide énigmatique auquel il n'a pas les moyens subjectifs de répondre. Cette rencontre peut donc générer la sidération du sujet, le vécu de dépersonnalisation de son image du corps et des troubles du langage.

Après le déclenchement d'une psychose, le sujet essaye de réordonner ses trois registres de la réalité, le « réel », l'imaginaire et le symbolique : « Il s'agit, au fond de 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. »⁸⁸⁸ La rencontre avec un élément symbolique peut dénouer le nœud borroméen mais le sujet peut parvenir à créer des solutions pour le remanier. Cela est possible grâce à un quatrième élément qui permet le nouement de ces trois registres distincts de la réalité du sujet et qui peut suppléer la forclusion du Nom-du-Père. Cela est une création propre à chaque sujet, qui vient nommer ce vide de signification et qui dépend des ressources subjectives de chacun et de l'accueil et de l'écoute de l'Autre.

Cette création serait une suppléance, c'est la manière trouvée par lui de : « suppléer à sa tenue phallique »⁸⁸⁹. Ainsi, il parvient à créer une suppléance ou un sinthome qui vient donner un certain contour à ce « réel », cette jouissance dérégulée qui l'a assailli :

« Le psychotique est un martyr de l'inconscient, en donnant au terme de martyr son sens, qui est celui d'être témoin. Il s'agit d'un témoignage ouvert. Le névrotique aussi est un témoin de l'existence de l'inconscient, il donne un témoignage couvert qu'il faut déchiffrer. Le psychotique, au sens où il est, dans une première approximation, témoin ouvert, semble fixé, immobilisé, dans une position qui le met hors d'état de restaurer authentiquement le sens de ce qu'il témoigne. »⁸⁹⁰

Le névrosé parvient à faire un voile avec ce « réel paralysant », hors sens, pendant que le psychotique est « à ciel ouvert » face à ce « réel » qui n'a pas de sens. Le symptôme est une formation inconsciente de la névrose, pendant que le sinthome est le quatrième élément qui

⁸⁸⁸ LACAN, J., « Thématique et structures du phénomène psychotique », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 219.

⁸⁸⁹ MILLER, J.-A., *Pièces détachées*, cours n°7 du 19 janvier 2005, p. 15.

⁸⁹⁰ LACAN, J., « Du signifiant dans le réel », in : *Séminaire III : Les Psychoses* (1954 – 1956), Paris : Seuil, 2009, p. 149.

permet de faire nouage. Le sinthome permet la liaison du « réel » et du symbolique, ce qu'empêche le glissement de l'imaginaire.

Nous pouvons faire un rapport entre la topologie lacanienne et la constitution subjective de l'individu, la manière dont il fait face et dont il envisage la jouissance de l'Autre et le « réel ». Lacan se demande : « Qu'est-ce que le savoir-faire ? C'est l'art, l'artifice, ce qui donne l'art dont on est capable une valeur remarquable. »⁸⁹¹ Cela sera son savoir-faire avec Ça, sa création personnelle, la manière dont il « se débrouille » avec ce qui lui échappe :

« Ce que j'ai appelé le savoir-faire va bien au-delà, et s'y ajoute l'artifice [...] L'Autre de l'Autre réel, c'est-à-dire impossible, c'est l'idée que nous sommes l'artifice, en tant qu'il est un faire qui nous échappe, c'est-à-dire qui déborde beaucoup la jouissance [...] Tout ceci implique une notion du réel. »⁸⁹²

À partir de la théorie des Noms-du-Père, il s'agit de comprendre comment chacun va pouvoir se servir du « père », celui qui nomme et qui règle la jouissance, comment chacun construit son propre savoir, son savoir-faire avec Ça. Lacan dit du cas Aimée : « Elle inventait, bien sûr ça ne suffit pas à assurer, à confirmer que le savoir ça s'invente. »⁸⁹³

Pour que le sujet ait plus de « stabilité » psychique et corporelle, il est important qu'il puisse trouver des moyens pour civiliser la jouissance qui déborde dans son corps, pour conquérir ainsi un soulagement de ses angoisses et phénomènes psychotiques. L'une des manières de régler la jouissance de l'Autre est de mettre en place un sinthome ou une suppléance permettant de border et de délimiter la jouissance énigmatique. Cette acquisition par le sujet lui permet de se maintenir à une certaine distance de l'Autre.

À partir du séminaire XXIII, *Le Sinthome*, Lacan montre d'autres voies pour le traitement de la jouissance. Il développe, à partir de l'écriture du nœud borroméen, l'importance donnée à la consistance du corps. La contribution de la notion des Noms-du-Père autorise les sujets à nommer autrement l'énigme du rapport sexuel qui échappe au langage et au sens (réel) : « un trou central, ce limite est la limite même du langage (le "réel"). Lorsque l'Autre du langage porte un manque "l'Autre du langage est fondamentalement

⁸⁹¹ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 61.

⁸⁹² *Ibid.*, p. 64.

⁸⁹³ LACAN, J., « Leçon 19 février 1974 », in : *Les non-dupes errent* (1973 – 1974), p. 141, inédit, *apud.* <http://www.valas.fr/>.

défaillant". »⁸⁹⁴ Chacun peut avoir son « savoir-faire » dans son rapport à la béance et à la jouissance de l'Autre.

Par ses apports sur les Noms-de-Père, Lacan montre que le symptôme est la manière de chacun de prendre en compte ce qui lui échappe, sa jouissance. Le sinthome consiste à relier le nœud, à enserrer la jouissance et ainsi à tenir le sujet :

Il « consiste donc à serrer l'Un, la jouissance, à partir des trois registres : réel, symbolique, imaginaire, en tant que ce sont fondamentalement trois registres hétérogènes. Pourtant l'être parlant se supporte de ces trois registres, et quelque chose d'une jouissance s'en trouve enserré, coincé. »⁸⁹⁵

À partir de l'articulation des trois ordres hétérogènes du sujet, le « réel », le symbolique, l'imaginaire, la jouissance du sujet peut être « enserrée, coincée »⁸⁹⁶, délimitée.

Comme les psychotiques n'ont pas eu l'inscription subjective du Nom-du-Père « le travail de la psychose sera dès lors toujours une façon pour le sujet de traiter les retours dans le réel, d'opérer des conversions qui civilisent la jouissance jusqu'à la rendre supportable. »⁸⁹⁷

Comme C. Soler avance plus loin :

« Ce qui l'intéresse, c'est la problématique du point de capiton dans des effets stabilisants. C'est la question de savoir comment ce qui est déchaîné dans la persécution et le désastre de l'imaginaire par le balayage des identifications peut se restaurer, de telle sorte que la jouissance rentre dans la dialectique du discours. Faire entrer de la jouissance dans les bornes du discours et du lien social, c'est ça la question. »⁸⁹⁸

Le travail avec les psychotiques est de les aider à créer « une métaphore de suppléance [...] dans laquelle la jouissance en excès trouve un sens »⁸⁹⁹, à partir d'un support symbolique, d'un réseau de traitement. Il en est ainsi dans tout le travail de psychothérapie institutionnelle. La fonction du Collectif et du Club thérapeutique rend possible l'émergence d'un tissu symbolique soutenant le sujet psychotique.

⁸⁹⁴ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 71.

⁸⁹⁵ *Ibid.*, p. 79.

⁸⁹⁶ *Ibid.*, p. 65.

⁸⁹⁷ SOLER, C., « L'expérience énigmatique du psychotique, de Schreber à Joyce », in : *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse et Presses Universitaires du Mirail, 2012, p. 189.

⁸⁹⁸ *Ibid.*, p. 205.

⁸⁹⁹ *Ibid.*, p. 189.

Ce genre de traitement a pour fonction de tisser un réseau symbolique bordant la jouissance et permettant au sujet de se soutenir dans son sentiment d'existence, son corps et son lien à l'autre.

Pour résumer :

Ces théories nous amènent à la notion de création sur laquelle Jean Oury travaille. Pour réfléchir au traitement, il est important de s'interroger sur ce qu'est la spécificité de la création chez les psychotiques.

La création psychotique est la propre invention du sujet à partir de la mise en place d'une suppléance ou de suppléances ou d'un sinthome qui « repèrent » la carence du signifiant paternel et « civilisent » la jouissance de l'Autre. Cette création nous enseigne de quelle manière chaque sujet va « se débrouiller » avec sa jouissance et celle de l'Autre.

La spécificité de la création psychotique est celle n'est pas l'invention d'une œuvre mais une création palliant la fissure constitutive. Elle est une suppléance, une solution trouvée par le sujet pour rendre compte du vide, d'un manque de représentation signifiante. Elle est une création au-delà de la norme phallique.

La création chez le psychotique est une réponse inventée par le sujet comme tentative de reconstruction de leur réalité, de l'amarrage des trois registres RSI. Elle permet un point d'ancrage.

La clinique des psychoses nous amène donc à apprendre avec les psychotiques, en construisant un travail ensemble, ouvert à l'imprévisibilité et à la créativité que chaque cas en situation nous amènent.

Nous apprenons avec les psychotiques et leurs inventions, à partir du respect de leur temps et de leurs moyens subjectifs. C'est un travail de « tailleur de pierre », dans lequel nous modifions nos boîtes à outils à partir de chaque cas et où nous respectons la fragilité de l'être psychotique. Le traitement peut ainsi avoir la fonction d'un support de la création du psychotique, ce qui lui permet de tempérer la jouissance de l'Autre et ainsi apaiser son angoisse psychotique. Néanmoins, il est important de prendre en compte que la possibilité de se créer des suppléances ou un sinthome dépend des ressources subjectives de chacun. Tous les psychotiques ne parviennent donc pas à se construire « quelque chose » qui soit tant de l'ordre du symbolique que de celui de l'imaginaire, qui les « tient » dans la réalité et dans leur existence. La durée et la consistance pour tenir le sujet « stable » dépendent aussi de chacun.

À partir de cette création, nous supposons que le sujet peut trouver d'autres moyens d'habiter son corps, d'en faire usage et d'*avoir* même un corps et ainsi un sentiment

d'existence. C'est pour cela que nous soulevons l'importance de penser le corps chez les psychotiques pour élaborer un diagnostic et un projet thérapeutique ; cette réflexion peut même avoir des conséquences sur la conception que nous avons de la psychose.

7- L'articulation entre le traitement et le travail de création d'un sinthome

À partir de notre parcours passant par les élaborations sur le sinthome et les Noms-du-Père, nous avons pu voir des solutions que les psychotiques peuvent mettre en place pour suppléer leur manque constitutif, la non-inscription d'un signifiant paternel. Ces solutions peuvent avoir la fonction d'un « phantasme » ou la création d'un mythe individuel (une histoire), comme nous le voyons chez les névrosés. Cela leur permet de construire un contour corporel et d'unifier des bribes de leurs corps. Cela peut permettre aux psychotiques de maintenir un minimum de distance par rapport à la jouissance de l'Autre, ce « réel » envahissant et anéantissant de son être.

Pour établir plus de lien chez les psychotiques entre eux, les autres et les objets, il est important d'avoir un travail d'articulation, de tissage de leur transfert, de connaître la manière dont ils circulent dans l'institution et le réseau qu'ils fréquentent et investissent : « Tout cet espace qu'on essaye de créer possède une certaine capacité à porter, à tenir, il faut donc créer un espace qui soit un support [...] C'est par cette sphère "de base" qu'il faut commencer s'il l'on veut rencontrer le psychotique. »⁹⁰⁰ Marc Ledoux se demande comment cette dimension de base peut s'élargir aux « dimensions plus complexes »⁹⁰¹ de la vie du sujet. D'après lui, la réponse serait de mettre en place un cadre institutionnel utilisant les principes de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle. D'après nous, ces dernières permettent la création d'un réseau symbolique tenant le sujet psychotique, tout comme peut le faire la notion même de Collectif telle que nous l'avons développée plus haut. C'est un pari sur un travail qui vise à soutenir le sujet dans son processus de création :

« La pluralité des lieux institutionnels devient alors indispensable. Le cadre s'oppose à l'ordre. Ces lieux sont liés par des parcours, au demeurant aléatoires dans leur

⁹⁰⁰ LEDOUX, M., « Prendre soin dans le transfert », in : *Qu'est-ce que je fous là : Psychothérapie institutionnelle en résistance et dialogue avec la psychiatrie de qualité*, Kessel-Lo : Literarte, 2005, p. 97.

⁹⁰¹ *Ibid*, p. 97.

ordonancement. C'est une introjection de la séquence qui est visée. Les séquences se suivent tandis que se cherche une suppléance. »⁹⁰²

À partir d'un travail réalisé en réseau intra et extrahospitalier suivant le sujet dans son trajet et ses investissements, comme le préconise la psychothérapie institutionnelle et la politique de secteur, nous pouvons aider le psychotique à créer un point d'ancrage dans son existence. « Toutefois, il appartient au sujet de se saisir de ces lieux et de construire sa ou ses suppléances. »⁹⁰³

Comme nous avons pu le constater, le manque de sentiment d'*avoir* un corps unifié chez les psychotiques, le manque de frontière corporelle fait que le sujet psychotique se trouve « déraillé », sans ancrage, en état de souffrance. Le psychotique :

« est un sujet "déraillé", il n'est nulle part, en état de souffrance ; c'est un sujet "qui a déraillé dans le Symbolique", notre travail, c'est d'essayer de le remettre sur des rails, afin qu'il puisse à nouveau circuler un peu [...] une sorte d'autoproduction de ce qu'il appelle la subjectivité, c'est-à-dire la production de quelque chose qui permette qu'il y ait sujet. »⁹⁰⁴

En raison de la non-inscription psychique du signifiant « primordial » pour la constitution subjective et corporelle du sujet, les psychotiques auront des difficultés à avoir le « sentiment continu d'existence ». Il s'agit bien ici de l'embarras de ces sujets à se constituer un espace potentiel, au sens winnicottien, qui peut affecter leur perception spatio-temporelle. À partir de cette problématique, pour leur fournir un travail thérapeutique et pour qu'un changement subjectif se produise, il est important, selon Oury, de : « préserver des espaces de jeu (au sens de Winnicott) ou des espaces de "jachères" (de repos, au sens de Masud Khan) »⁹⁰⁵.

Cet espace que Winnicott nomme l'espace potentiel,⁹⁰⁶ est le lieu entre le Moi et le non-Moi où la personnalisation, la limite mythique de la peau, peut se délimiter et contenir l'existence du sujet. C'est un lieu de repos où l'angoisse s'apaise. Le corps et le psychisme

⁹⁰² DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 192 et 193.

⁹⁰³ *Ibid.*, p. 175.

⁹⁰⁴ OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005, p. 175.

⁹⁰⁵ *Ibid.*, p. 12. Mot souligné ajouté par l'auteur.

⁹⁰⁶ Pour le nourrisson, c'est l'espace où il a la possibilité du jeu, du premier usage du symbole. Un point dans le temps et l'espace qui permet la séparation mère enfant, qui permet l'appropriation spatio-temporelle du petit. C'est le moment où il arrive à attendre plus longtemps le soulagement de ses besoins, parce qu'il a une certaine notion temporelle et spatiale, qui lui permet de maintenir dans son psychisme sa mère en vie et de « savoir » qu'elle viendra bientôt.

forment un espace « d'écart » entre soi et l'Autre, un vide ou un espace de repos apaisant le sujet face au débordement de la jouissance de l'Autre.

La circulation et le parcours de chaque patient entre les institutions ou dans l'institution de traitement permettent une dynamique, des scansion et intervalles, rendant possible la constitution d'un espace potentiel. Ainsi, il est possible de créer un lieu habitable où le patient peut se retrouver, et « être tranquille » et de cette manière les phénomènes psychotiques peuvent se soulager, civiliser leur jouissance folle.

« Les traces d'une histoire qui cherche à s'inscrire par les transferts auxquels ces passages donnent lieu [...] Tout au moins, font-ils bord à la jouissance et, en ce sens, on peut dire que l'histoire institutionnelle, telle qu'elle s'écrit d'une structure à l'autre, redouble l'histoire du sujet, parfois la fait revivre ; elle permet a minima que se réalise une diachronie des événements. »⁹⁰⁷

Le travail thérapeutique permet aussi au psychotique d'identifier le moment où le déclenchement d'une crise survient. Il peut ainsi demander à un autre de l'aide pour « barrer » et contenir cette jouissance écrasante. Il est ainsi épaulé dans « cette bataille, cet effort de création pour fabriquer quelque chose »⁹⁰⁸. « C'est un travail, un effort jamais fini pour se donner une forme. »⁹⁰⁹

Les moments de crises sont cruciaux pour le traitement. Il faut : « souligner que cette catastrophe, quelle que soit sa temporalité, est toujours suivie par un temps de "reconstruction de la personnalité" »⁹¹⁰. Si la personne en crise a quelqu'un à ses côtés pour l'accueillir et l'écouter, cela lui permettra de s'adresser à l'Autre, de se construire un bout d'histoire pouvant l'aider à faire face à ses angoisses archaïques provoquées par sa rencontre avec le « réel ». Cette écoute et l'accueil durant ce moment de fragilité du sujet peuvent lui permettre d'inscrire des signes, des marques, d'élaborer « quelque chose » qui peut le tenir : « quelque chose » émerge, non pas d'une source, mais d'un chaos »⁹¹¹.

« Tosquelles appelle la "catastrophe existentielle" [...] cette catastrophe est souvent vécue comme une "fin du monde". Dans toutes les schizophrénies, même si ce n'est pas tout de suite repéré, il y a quelque chose de cet ordre [...] Quoi qu'il en soit, après,

⁹⁰⁷ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 212.

⁹⁰⁸ *Ibid.*, p. 151.

⁹⁰⁹ *Ibid.*, p. 154.

⁹¹⁰ *Ibid.*, p. 291.

⁹¹¹ *Ibid.*, p. 194.

elle est suivie d'un temps de "reconstruction de la personnalité" [...] Cette reconstruction peut prendre une forme délirante [...] Après la catastrophe, on trie les matériaux pour reconstruire [...] C'est dans cette perspective qu'on appelle des « créations » [...] Dans les cas de paraphrénie, cette reconstruction semble aboutir à une personnalité relativement stable, mais délirante. »⁹¹²

Lorsque nous avons commencé ce travail, nous avons cherché à acquérir une expérience clinique dans des services d'urgence psychiatrique. Mais, nous nous sommes étonnée qu'ici, en France, du moins à Paris, les stagiaires en psychologie ne soient pas acceptés aux urgences ; seuls le sont les infirmières et les psychiatres. Cela nous a donné l'impression que l'écoute n'était pas la priorité à ce moment-là, comme si dans un cas de décompensation, seules une contention physique ou médicamenteuse et la suppression du délire étaient utiles.

Nous soutenons l'importance du rôle des psychologues et des psychanalystes dans ces moments de crise pour écouter ce que le sujet a à dire ou seulement pour l'accueillir dans sa profonde souffrance, car un « bon accueil » et une écoute dans ce moment de crise peuvent être un moment clé pour le traitement d'un sujet psychotique. Le moment de la crise peut être un temps idéal pour travailler le sujet en question et son adresse à l'autre :

« La crise n'est-elle pas toujours caractéristique d'un réel qui fait intrusion et qu'il faut dompter ? Tel est aussi l'inattendu que porte tout événement qui surgit. Il reste à le relier, autant qu'il est possible de le faire, au tissu associatif de la psyché. Conçu pour de courts séjours, *L'Inattendu* a cette vocation de construire ou reconstruire la notion d'adresse, de donner le goût d'un travail psychique où la question du sujet serait l'enjeu. »⁹¹³

Nous prendrons l'exemple d'un patient, adolescent à l'hôpital Philippe Pinel⁹¹⁴ qui venant de subir sa première crise a été hospitalisé et très médicalisé dans un état catatonique. Lorsqu'il est sorti, la première chose qu'il a demandée était de « récupérer » ses voix. Les médicaments ont leur importance mais ils ne font pas tout : l'accueil de la souffrance, l'écoute de la parole et le médicament de manière prudente sont complémentaires, car le délire peut

⁹¹² OURY, J., *Création et Schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 49 et 50.

⁹¹³ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 169.

⁹¹⁴ Un hôpital psychiatrique à Rio de Janeiro, Brésil.

avoir une importance centrale dans la vie du sujet. Ainsi une patiente nous a dit : « si je n'ai plus mes hallucinations je me tue ».

Il est important de faire une distinction entre les délires, car certains peuvent être très douloureux pour le sujet. Comment alors les travailler pour qu'ils changent de caractère ? Comment savoir à quel moment l'hospitalisation est la bonne démarche de traitement ? Cela procède d'une écoute attentive par des professionnels et une équipe qui, avec leur bagage théorique et leur expérience, vont écouter le sujet, mettre en place et élaborer un projet thérapeutique. Il s'agit d'être un autre qui écoute le sujet et lui offre la possibilité de créer des signifiants venant combler ce « réel » dévastateur ; « lorsqu'il y a dissociation, il faut des plages solides quand même »⁹¹⁵. Le support d'un réseau est nécessaire pour entourer le sujet et lui offrir un lieu d'accueil et d'écoute : « il faut, pour les psychoses, inventer un cadre, suppléer aux failles de la structure, là où la traversée du langage serait périlleuse autant qu'inefficace »⁹¹⁶ ; ce cadre permet « la traversée du secteur et (de) considérer comment cet outil est, à certaines conditions d'utilisation, susceptible de stabiliser une métaphore délirante et de permettre l'émergence de suppléances »⁹¹⁷. La psychiatrie de secteurs peut donner un cadre, c'est-à-dire être un contenant à partir de l'offre et l'articulation d'une pluralité de lieux permettant la circulation et le parcours individuel.

La fonction du soignant dans cette posture d'écoute et d'accueil soutient le sujet à faire des inscriptions dans son corps. Imprimer des traits l'aide à *se faire corps*. Cela peut aider le sujet à inscrire des impressions psychiques, auparavant fragmentées en dehors du champ de la représentation. Ces inscriptions et ces marques peuvent le soutenir dans la fabrication, la consolidation d'un topique : « Un psychotique – c'est en fait ce que Freud a dit – est dans un effort de reconstruction [...] c'est au niveau du corps, pas du corps spéculaire, mais du corps. Alors tout notre travail va constituer à tenter de reconstituer le corps pour qu'il puisse tenir. »⁹¹⁸

Par exemple, dans le travail à la clinique de La Borde, le SAM⁹¹⁹ est un des dispositifs cruciaux pour le traitement des pensionnaires - ainsi sont appelés les patients qui résident à la

⁹¹⁵ OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013, p.17.

⁹¹⁶ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 163.

⁹¹⁷ *Ibid.*, p. 164.

⁹¹⁸ OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013, p. 119.

⁹¹⁹ S.A.M. signifie : Soin, Animation, Ménage. C'est un des dispositifs de soin de la Clinique de La Borde. Il se déroule durant la matinée, pour démarrer la journée. C'est une activité des secteurs de chambre de la clinique, où toutes les personnes du même secteur se retrouvent pour lire la feuille de jour avec les activités de la journée et pour demander de l'aide pour faire leur chambre, aller quelque part,...

Clinique de La Borde. Lors de ce moment, nous pouvons avoir de vrais échanges avec les pensionnaires. Il donne la possibilité d'être invité à entrer dans leur chambre, dans leur intimité, d'écouter leurs histoires, voir leurs photos, leurs livres, les objets importants de leur vie. Les pensionnaires, quel que soit le diagnostic, ont la possibilité d'investir un lieu d'habitation et de soin et de s'investir pour eux-mêmes et pour les autres. Au moment du SAM, moment si important de la journée, certains pensionnaires participent avec plaisir à cette activité, d'autres passent et d'autres ne viennent pas. Mais, tous savent que ce lieu d'accueil existe, que l'on peut y trouver de l'attention et échanger des paroles et qu'ils peuvent y venir quand ils en ont envie ou besoin. Et il est important que l'équipe soignante respecte chacun dans sa spécificité et son temps.

Le SAM offre l'opportunité de donner un rythme à la vie des pensionnaires et leur permet aussi de demander que quelqu'un s'occupe d'eux lorsqu'ils en ont besoin. Cette approche peut ressembler à « un simple ménage » ou paraître ne pas avoir beaucoup de sens thérapeutique. Cependant, elle peut permettre de réduire la dispersion psychotique, de retrouver un point de rassemblement, de ressentir une délimitation de soi qui fonctionne comme un point d'appui pour « se tenir ».

Ce qui peut être apparemment simple, comme la prise en charge d'une chambre, peut faire fonction d'un tenant-lieu, peut devenir le corps même du pensionnaire.

À la clinique de La Borde, l'exemple du SAM et de l'équipe consiste à articuler, au moyen du Collectif, les fragments du cheminement du psychotique ; il peut être élargi à d'autres espaces dans lesquels le sujet circule. Cela peut aller encore plus loin, comme pour la psychiatrie de secteur, puisque l'équipe soignante qui s'occupe d'un sujet peut l'accompagner et faire lien entre tous les dispositifs et espaces que le sujet occupe et transfère.

Nous considérons qu'il est d'une extrême importance de « suivre » le patient dans tous les espaces qu'il occupe, de l'aider à tisser un réseau entre ses multiples transferts, de façon à ce qu'il puisse rassembler ses bribes de corps :

« J'ai même appelé cela transfert dissocié. Ce qui, en fait, correspond à ce que disait Tosquelles, à savoir que, dans l'existence d'un schizophrène, c'est multi référentielle, à tous les niveaux, et il est donc très important d'avoir un lieu extrêmement multiple et

varié [...] Il faut que le milieu institutionnel soit un milieu d'une grande diversité, non pas hétéroclite, mais plutôt hétérogène. »⁹²⁰

« J'avais insisté, à titre d'hypothèse, sur le fait que c'est un lieu, un "site", où il se passe quelque chose de l'ordre d'un rassemblement. Et ce rassemblement fait qu'il y a une possibilité d'émergence [...] Mais l'émergence de quoi ? Ce rassemblement fait qu'il y a une de l'unicité, qu'il n'y a pas de dissociation. »⁹²¹

Cela lui donne un repère spatio-temporel et peut le réinscrire dans son histoire et ses sentiments :

« Les lieux institutionnels que nous développons sont comme des objets livrés de façon plus ou moins aléatoire aux patients psychotiques pour qu'ils apprennent à s'en servir, pour que l'expérience de ces rencontres produise des effets d'après-coup, pour qu'ils puissent à la fois se déprendre d'un lieu et de l'équipe qui les a accueillis et constituer, à partir de ces passages, une histoire, plus exactement une "historisation" des événements vécus. »⁹²²

Et la place du soignant dans ce travail

« est alors non seulement de se faire le secrétaire de l'aliéné, mais aussi de se faire le "*soutien de l'invention du sujet*" [...] Pour notre sujet, ce serait une tentative de se soutenir de quelque chose qui ne serait pas totalement le réel pur et insupportable. Si une phrase peut être dite, ou même écrite, c'est qu'un *rassemblement* peut peut-être avoir lieu. Pour cela, il faut le support d'une écriture quelconque, ou d'un dire. »⁹²³

Le traitement, par ce biais, vise à aider les psychotiques à trouver un espace ou à se créer, se délimiter un espace habitable dans lequel il lui est possible de circuler :

« Le drame des patients psychotiques est qu'ils ne peuvent constituer cette frontière qui amorcerait du conflit psychique supportable et c'est pourquoi il faut réaliser cette

⁹²⁰ OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013, p.40.

⁹²¹ OURY, J., *Création et Schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 67.

⁹²² DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 226 et 227.

⁹²³ BRINCO de FREITAS, M., « Les écrits durs », in : *Bulletin de la coordination ACF-IDF*, n. 37, Paris, 2001, p. 22.

frontière par des parcours qui, d'un lieu à l'autre, cherchent à inscrire, à délimiter, à pondérer, à tracer. »⁹²⁴

Cela peut devenir un point d'attachement, comme un nœud (sinthome), un point d'appui fondamental pour assurer une certaine stabilisation de son image du corps. Ainsi, le sujet peut s'appropriier son histoire, son corps et se redonner un sentiment d'existence.

L'idée délirante de Pablo d'avoir un corps cancérigène le tient pour l'instant ; c'est une matrice symbolique. Cette création personnelle de Pablo le soutient, l'aide à avoir un « sentiment d'existence ». Cela a été possible grâce à son adresse à l'Autre et nous, comme « secrétaires », l'avons soutenu dans sa création d'une suppléance. Cette « remise en forme » de son corps a été possible grâce à la reconnaissance de l'autre, à l'opportunité de s'adresser à l'Autre et à son énonciation. Ainsi, a-t-il pu se tisser une « identité ».

Oury nous fait part de cette reconstruction chez le psychotique qui, pour lui comme pour nous, est une création, une mise en forme. Ce qui, pour lui, pose problème chez les psychotiques est « ce qu'on appelle, en allemand, "*Gestaltung*", c'est la "mise en forme". »⁹²⁵ Ses contenus, son histoire et ses « bouts de corps » sont éparpillés. Ainsi « la *Gestaltung*, est ce qu'on peut appeler l'"enforme", le "rythme" de la reconstruction, de la mise en forme de quelque chose de la personnalité, de l'existence. »⁹²⁶

Oury préfère traduire *Gestaltung* par "l'enforme" qui est le rassemblement pulsionnel que nous comprenons comme une contention de pulsions dispersées dans le corps, comme de la jouissance débordante : « la *Gestaltung* est un ensemble de "pulsions" »⁹²⁷. La *Gestaltung* permet de border cela, de donner un contour à ces ressentiments, de fabriquer un corps, « un site », un lieu d'existence pour le sujet :

« *Gestaltung* [...] un ensemble de "pulsions" [...] de mettre en ordre un espace, regrouper les éléments dans un ensemble [...] essayer de construire des formes [...] Le tout s'orientant dans une dimension de symbolisation [...] La *Gestaltung* fabrique un espace, un site. »⁹²⁸

Cette « mise en forme » est en relation avec l'idée de création, d'invention par le sujet psychotique, de « quelque chose » d'ordre symbolique qui le tienne dans l'existence, d'un

⁹²⁴ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 259.

⁹²⁵ OURY, J., *Création et schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 14 et 15.

⁹²⁶ *Ibid.*, p. 54.

⁹²⁷ *Ibid.*, p. 17.

⁹²⁸ *Ibid.*, p. 32 et 33.

«espace tenant » qui lui permette d'être plus dans le lien social et moins envahi par ses phénomènes psychotiques anéantissant :

« "la *Gestaltung*", c'est la "*Gestaltung*". C'est l'enforme. Ce n'est pas « le chemin qui mène à... », mais « le chemin qui se trace lui-même ». On voit bien qu'il y a une dimension de "créationniste" [...] J'essaie de situer, de délimiter un certain lieu, un certain site. C'est un lieu de rassemblement (mais pas forcément des choses existantes) qui fait qu'il y aura de l'existence. »⁹²⁹

D'après Oury, ce n'est pas la création « des choses existantes » mais une création singulière du sujet. C'est pour cela qu'« il faut donc se méfier, ne pas se laisser prendre à toutes ces tablatures officielles de la représentation dite "logique" »⁹³⁰. C'est sa propre création singulière pour faire quelque chose avec ce « réel » pur et insupportable, dont il était envahi : « le vide autour de quoi va pouvoir se construire quelque chose »⁹³¹.

Travailler avec les psychotiques dans un centre inspiré par la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle, c'est prendre en considération les singularités dans un collectif et avoir un suivi continu au plus proche de la vie du sujet :

« Il faut tenir en compte les caractéristiques de chaque personne [...] de sorte qu'une relation thérapeutique peut se tisser [...] Ça peut rétablir un certain niveau de tissage de l'existence, de retissage [...] Lacan "tricotait" à la fin de ses jours : il était tout le temps avec ses anneaux [...] On peut dire que le tricot est le tissage de ce qui est en question dans le "support d'une reprise d'existence" [...] qu'il y ait "quelque chose" qui se rassemble. »⁹³²

La spécificité de ces idéaux de traitement (psychanalyse, psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur) est l'accueil, l'attention et le travail avec la singularité du sujet qui échappe à la « norme ». C'est un travail d'apprentissage avec un « non savoir » sans a priori sur le sujet, sans moule normatif mais ouvert à un décryptage de l'énigme de chaque sujet, de façon à l'aider à se « tenir » au moment où ce « réel » devient insupportable pour lui. Notre rôle, comme analystes, thérapeutes, infirmières... est de faire émerger le sujet dans sa singularité.

⁹²⁹ *Ibid.*, p. 39.

⁹³⁰ *Ibid.*, p. 43.

⁹³¹ *Ibid.*, p. 71.

⁹³² *Ibid.*, p. 101.

PERSPECTIVE

À partir de tout le parcours théorique que nous avons évoqué dans ce travail et grâce à ce que nous avons pu apprendre par la clinique, il nous apparaît que le point clé pour penser les psychoses et leur traitement, c'est le « réel », la jouissance, l'objet et le grand Autre. C'est à partir de ces outils que nous pouvons réfléchir à un traitement différentiel des psychoses, que nous pouvons prendre en compte le chaos dans lequel les psychotiques se trouvent au moment des crises et soutenir le pari qu'il existe une signification possible à ce « réel ». Ce désordre psychotique peut être si paralysant pour le sujet que l'obtention d'un potentiel créateur dépend de la manière dont nous l'abordons et le prenons en charge aux moments d'angoisse profonde.

Notre approche est de nous laisser enseigner par les sujets psychotiques et non de les catégoriser dans les théories psychiatriques traditionnelles ou « génétiques » ou même psychanalytiques qui effacent (ou éliminent) la place de la folie. Les théories sont plutôt des outils pour penser un diagnostic permettant de définir le projet thérapeutique et non pas une réponse au problème existentiel du sujet : « Comme le dit Tosquelles, on doit chaque jour vérifier les concepts, voir si ça marche, avoir, comme le disent les artisans, une "boîte à outils". »⁹³³

Les théories doivent toujours être adaptées à chaque cas, comme le souligne Lacan qui, au long de ses enseignements, repense la question de la psychose par rapport à la norme et nous donne des possibilités de création tout à fait singulières, laissant ainsi de côté les théories structuralistes. Les organisations subjectives de chacun dépendent de la manière dont chaque sujet prend en compte les modalités de jouissance et se « débrouille » avec le « réel » et la jouissance de l'Autre.

Ici la question n'est plus sur le sens partagé lui-même mais de savoir comment chacun va s'en sortir avec sa création pour combler ce « réel ». C'est plutôt le savoir-faire du sujet qui est en jeu : comment border, nommer cet impossible.

C'est l'idée même de Lacan de « soi comme un corps »⁹³⁴, la manière par laquelle le sujet prend les signes, les noms, les incorpore et va « faire corps » avec eux ; c'est à partir du choix entre ces multiples signes venant de l'Autre, du monde, que la prise en compte de l'importance d'un signifiant identitaire va l'aider à se construire un corps et à être dans le lien

⁹³³ *Ibid.*, p. 55.

⁹³⁴ LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005, p. 149 et 150.

social. L'identification à un signifiant ou à plusieurs permet au sujet une certaine mise en forme corporelle et psychique qui régleme la jouissance et le « réel ».

Cela nous permet de répondre à la question que nous avons posée au début de ce travail, de savoir comment le sujet psychotique peut pallier sa fissure structurale et tempérer la jouissance folle par laquelle il est envahi et comprendre comment pour se défendre, il peut dissocier son image du corps.

La stabilisation psychotique serait un certain réglage de cette jouissance. Comme nous l'avons vu avec le sinthome de Joyce, son art, sa création singulière lui ont permis de « se faire un corps ».

Le sens, dans les derniers enseignements de Lacan, vient du « réel », d'un hors sens qui peut soit paralyser le sujet soit le mettre au travail, lui permettre de créer sa propre réponse à ce point d'impossible. Pour que cette création ait lieu, il est important que le sujet ait le support d'un réseau, d'un tissu symbolique qui le soutienne dans cet acte.

Pour la mise en place d'une suppléance, d'une création psychotique il ne faut pas seulement en finir avec les murs asilaires, mais il est aussi important de créer de nouveaux dispositifs de traitement, comme le propose la psychiatrie de secteur. Ces dispositifs permettent au sujet de circuler, de tracer un parcours, de faire des rencontres et créent un minimum de sentiment d'existence et d'appartenance, surtout pour les patients psychotiques.

Les principes de traitement plus humains prenant en charge la singularité et la parole du sujet psychotique, tels que ceux préconisés par la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur, sont « menacés » quand il y a une intensification des contrôles extérieurs, de la pression bureaucratique-administrative et un renforcement des cloisonnements. »⁹³⁵

Nous soutenons l'idée que pour avoir un traitement plus humain et approprié aux psychotiques, il est nécessaire de toujours repenser les théories et les institutions de soins pour donner une place au sujet dans sa singularité et non l'assujettir. Comme nous l'avons vu, la question de la psychose ne passe pas par le sens mais par la perte de ce sens. C'est pour cela qu'il est important de pouvoir offrir de multiples possibilités de dispositifs de soin, pour que les psychotiques puissent investir différents espaces et diverses personnes. Cela permet la fonction diacritique, fonction symbolique par excellence. Avec un travail de réseau, on peut soutenir la création symbolique d'une suppléance qui tient le psychotique : « Pour pouvoir s'édifier, pour qu'il y ait une délimitation, il faut bien qu'il y ait une sorte de lien qui se fasse

⁹³⁵ OURY, J., *Création et schizophrénie*, Paris : Galilée, 1989, p. 86.

entre les éléments hétérogènes, en tenant en compte du milieu dans lequel on se trouve. »⁹³⁶
« Il s'agit de retisser un espace. »⁹³⁷

Travailler avec les psychotiques, c'est les aider à créer « quelque chose » qui a pour fonction de faire nouage, de relier les trois registres imaginaire, « réel » et symbolique, afin que ces sujets « déraillés », selon Oury, bordent d'une certaine manière le « réel » et tissent un « lieu tenant » de l'« objet a ». Le travail inspiré de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur est de construire, à partir d'un travail en réseau, avec la fonction diacritique du Collectif, un tissu symbolique qui soutienne le sujet psychotique dans sa création tant d'une métaphore délirante, que d'une suppléance ou d'un sinthome. Cela permet au sujet d'avoir plus de stabilité psychique, d'avoir un bord, un espace corporel et psychique qui le protège de l'envahissement du « réel » et de la jouissance de l'Autre. Ainsi, il peut avoir un plus grand sentiment d'existence, un espace potentiel, de tranquillité et être plus dans le lien.

⁹³⁶ *Ibid.*, p. 107.

⁹³⁷ *Ibid.*, p. 160.

CONSIDÉRATIONS FINALES

À travers notre travail, nous avons vu que le corps dans la perspective de la psychanalyse n'est pas un corps uniquement organique, comme le conçoit la médecine « scientifique » mais que c'est un corps qui se constitue par sa relation au langage. La maladie ne peut être réduite à une simple déviance quantitative par rapport à une norme dans laquelle il faudrait « ramener » la personne.

À partir des théories psychanalytiques sur la constitution subjective et sur la représentation corporelle du sujet, nous soutenons l'idée que pour l'acquisition d'un moi-corporel, la relation à l'Autre est primordiale : le corps et le Moi se constituent « ensemble » et sont inséparables. En même temps qu'un espace corporel s'inscrit chez le sujet, il lui est possible de se constituer un espace psychique. Le corps pulsionnel et le Moi sont habités par des forces qui « poussent » constamment. La manière dont le sujet va parvenir à maîtriser ces forces pulsionnelles influence la constitution de son Moi et la représentation de son corps. Lorsqu'il fait face à une augmentation subite de la « quantité » d'excitation, le Moi tente de se défendre de plusieurs manières. Ceci peut être l'origine d'une faille dans l'inscription symbolique du sujet et peut mener dans certains cas à la psychose.

Cet excès pulsionnel (la pulsion de mort freudienne ou la jouissance lacanienne) peut être intimement lié au langage. Chez les névrosés le langage protège en quelque sorte de l'aspect pulsionnel du désir de l'Autre, alors que chez les psychotiques le langage peut prendre une fonction pulsionnelle qui ne fait pas barrage à la jouissance de l'Autre. Ainsi le langage peut prendre une force corporelle, pulsionnelle et devenir menaçante, anéantissante pour le sujet.

Le sujet se trouve baigné dans le désir de l'Autre, dans un univers symbolique et fantasmatique, dès avant la naissance. Il est nommé par l'Autre ; le sens de ses premières expériences et son image du corps viennent de l'extérieur. Le sujet est confronté à l'énigme du désir de l'Autre et son corps et son psychisme sont constitués à partir de la manière dont il parvient à nommer cette « question » énigmatique, à lui trouver du sens.

La question centrale de la psychose est la fissure dans le symbolique, c'est-à-dire, la non-nomination du Nom-du-Père à l'énigme du désir de l'Autre. Ainsi l'Autre ne perd pas une partie de sa jouissance. La jouissance n'est pas « chiffrée » par le signifiant phallique, elle continue avec son caractère total et anéantissant et peut être vécue avec angoisse. En réponse à cela l'image, du corps du sujet peut se fragmenter.

En dépit de cette fissure dans le symbolique de l'organisation psychotique, plusieurs sujets parviennent à tenir leur place dans la famille, dans la communauté et dans la société. En

effet, comme nous l'avons vu dans les cas Pablo ou Schreber, certains psychotiques parviennent, à travers un travail particulier, à se « tenir » dans le lien social et vis-à-vis de l'Autre.

Ces exemples nous montrent des manières singulières d'être dans le registre symbolique. Nous ne pouvons pas nier que les psychotiques ne sont pas dans le symbolique, car ce registre est présent avant leur naissance. Mais, ils ont une autre manière d'être face à l'Autre et au langage : nous pensons qu'ils s'organisent psychiquement dans une autre logique, un autre espace, une autre topologie subjective, différente de la névrose. Et, c'est pourquoi, nous ne devrions pas parler de la psychose comme d'une notion générale ou généralisée, mais plutôt comme Lacan, utiliser le terme « Les psychoses ». Chaque sujet, chaque cas présente ses singularités, ses spécificités et parler de la relation du psychotique à son corps nous amène à une situation complexe où chaque sujet devra trouver sa manière de faire face au « réel » et à la béance de l'Autre.

Ceci nous pousse à nous poser la question centrale de cette thèse : comment le psychotique peut-il pallier à sa « fissure structurelle » et cette question nous a amené à réfléchir à la possibilité de création, d'invention d'une solution à la carence paternelle.

Pour réfléchir à la clinique des psychoses, il a été important pour nous de sortir d'une logique névrotique et d'aller au-delà des élaborations freudiennes. Les notions de suppléance et de sinthome nous ont ouvert de nouvelles perspectives pour penser le traitement des psychoses. À partir des derniers enseignements de Lacan et de ses théories sur le nœud et le sinthome, nous avons trouvé une possibilité de réparation et Joyce en est une illustration : il est en effet parvenu à partir de son écriture à pallier le ratage du nœud et éviter son dénouement. La création de Joyce est une manière particulière de remédier à ses « troubles » d'ordre corporel et ceux du langage.

Nous soutenons que la création psychotique permettant au sujet de se « tenir » plus stable dans son existence, peut être d'ordre symbolique. Elle permet l'élaboration d'un point d'ancrage à partir de l'adresse du sujet à l'Autre, comme les créations de Pablo ou de Schreber. Nous remarquons dans leurs cas une tentative de reconnaissance par l'Autre qui dépasse une création imaginaire. Pour cela, nous avons développé les théories sur le sinthome qui, selon nous, sont une création d'ordre symbolique pour border le réel. Cette création fait tenir ensemble les trois registres, RSI, et évite le glissement de l'imaginaire.

Pablo est parvenu à se construire un signifiant, à *avoir un corps cancérigène*, non phallique qui a la fonction de nommer et d'apaiser la jouissance de l'Autre. Cette création, il

veut la transmettre aux autres sujets « paranoïaques » : sur le site Internet du *Casa Verde*, il a écrit des articles reprenant sa démarche et donnant des « pistes » pour faire face aux phénomènes paranoïaques. Il dirige aussi un film sur ce sujet.

La création de ce savoir a été possible grâce à son transfert au *Casa Verde* et au réseau affectif et thérapeutique qu'il a tissé et qui l'a soutenu dans cette invention singulière. Ainsi, son discours délirant a pu s'organiser dans un savoir qui permet un ancrage et lui a permis une relative stabilisation.

De même, le cas Schreber montre une évolution de sa psychose à partir de l'écriture de son autobiographie qui avait pour but d'accroître les connaissances scientifiques et religieuses. L'élaboration de sa propre bibliographie se fonde sur une volonté de transmettre son « savoir-faire » à l'Autre. Cette écriture adressée à l'Autre lui a permis de passer d'un vécu de dissociation schizophrène de son corps et du langage à une « paranoïisation » et à un certain ancrage de son être pour reprendre ses activités professionnelles et sociales.

Un des objectifs du traitement des psychotiques, pour nous, est de les accueillir dans leur création, de leur offrir un support symbolique les aidant à créer une solution qui les « tienne » plus dans leur monde et dans leur relation à l'Autre. Cette création n'est pas garantie, c'est un pari que les soignants font, car elle ne dépend pas seulement du support d'un réseau symbolique offert par le traitement mais elle dépend aussi des moyens et limites subjectifs de chacun. Cela nous a amenée à la question du traitement : comment pouvons-nous aider les psychotiques dans ce travail, comment peuvent-ils mettre en place la création d'une suppléance ou d'un sinthome ?

Tout d'abord, nous avons développé l'histoire de la psychiatrie et les conséquences du discours psychiatrique et médical contemporain. Il n'y a pas si longtemps que la seule possibilité de « traitement » pour les psychoses était l'hospitalisation, dans la majorité des cas à vie. C'était une psychiatrie hospitalo-centrique basée sur l'internement et sur un savoir médical sur la maladie qui ne prenait pas en compte le sujet. De nos jours, la logique du DSM et de certaines disciplines psychiatriques soutient que la psychose a des origines et des causes biologiques. On voudrait ainsi réinsérer les psychotiques dans une « norme » ; chaque fois, le traitement se réduit à une hospitalisation ou à une simple rééducation.

Nous ne soutenons pas cette vision et nous voulions sortir de cet enfermement de la psychose ; c'est pourquoi nous avons porté notre attention sur d'autres formes de traitement : la psychothérapie institutionnelle, l'antipsychiatrie et la psychiatrie de secteur.

La psychiatrie de secteur, à travers une multiplicité de services thérapeutiques articulés entre eux, promeut un meilleur accueil du psychotique dans sa souffrance et dans sa spécificité. Le travail en psychiatrie n'est pas uniquement un travail avec le sujet mais aussi avec les services à travers lesquels le sujet circule, les gens avec qui il a des rapports affectifs : c'est un travail avec tous les espaces où le sujet a pu tisser des liens.

C'est un travail de construction d'une dialectique, d'une narration et d'une histoire propre au sujet où c'est lui qui écrit son histoire et en est le protagoniste. C'est à partir de ses multiples parcours, de ses bouts d'histoire, de transfert et de « ses bouts de corps » que nous pouvons l'aider à se tisser une narration et un corps plus unifié.

Le traitement peut ainsi avoir une fonction symbolique et être central au traitement des psychoses à partir du moment où il permet d'avoir un tissage entre ces différents espaces (concrets et subjectifs) du sujet. Ainsi, il permet la constitution d'un lieu qui a la fonction d'un point d'ancrage, sur lequel le sujet peut s'appuyer et se « tenir » dans son sentiment d'existence.

Tout au long de cette thèse, nous avons eu pour but de sortir les psychotiques d'une vision déficitaire (négative) et de soulever l'importance d'apprendre avec eux en vue de l'élaboration d'un traitement et d'un projet thérapeutique. La psychiatrie de secteur, en prenant en compte les principes de la psychothérapie institutionnelle et de la psychanalyse, peut tenir compte de la singularité et de l'organisation subjective du sujet, en étant ainsi une réponse à la psychose.

Dans notre travail sur les problématiques constitutives des psychotiques et leurs effets sur le rapport à leur corps, nous avons abordé des sorties possibles et nous soutenons que le traitement est une issue cruciale pour le support de leur création. Dans notre préconisation, l'investissement et le désir de l'équipe soignante et du patient sont des éléments clés du résultat. Néanmoins, notre travail s'est développé autour du patient. Il nous faut maintenant considérer les obstacles existants pour la mise en place d'un tel traitement. Les principaux d'entre eux sont : les problématiques économiques et financières ainsi que les principes qui les sous-tendent et la perception générale, latente dans les sociétés occidentales où les psychotiques continuent à être considérés comme des « marginaux ».

Quelles sont les difficultés réelles que nous retrouvons dans notre société pour mettre en place ces traitements ? Ces traitements sont fondés sur le désir sans « preuve de résultats » statistiques, ils ne suivent pas de protocoles mais se fient à ce que chaque cas apporte. Quels sont les obstacles que nous allons affronter et comment les dépasser ?

Même si la situation s'est améliorée, les politiques publiques n'aident pas le développement de ce genre de traitement, principalement en raison de la diminution d'investissements financiers dans des dispositifs thérapeutiques alternatifs et d'une préférence pour l'hospitalisation et la médication. L'attention se porte sur l'urgence psychiatrique plus que sur le projet thérapeutique, comme la priorité donnée aux questions financières dans un traitement rapide et « efficace », au lieu d'un investissement dans un traitement psychiatrique de qualité : « en privilégiant l'urgence, on perd le bénéfice d'une perlaboration avec les mêmes équipes. On stigmatise la folie d'un moment sans relier ce moment, fût-il bruyant, à la complexité d'une existence. »⁹³⁸

Ceci tend à marquer un retour à la logique asilaire, hospitalo-centrique : « le retour d'un système vertical, binaire, qui peut générer de la répétition »⁹³⁹. Cette logique administrative favorisant l'hospitalisation et la prévention ne prend pas en compte l'importance centrale du secteur, de plusieurs lieux d'accueil et de soin, de l'hétérogénéité, du parcours et de l'histoire de chacun, pas plus qu'elle ne considère les limites et les moyens de chaque patient.

La question centrale pour un « bon » accueil et traitement des psychotiques est de sortir d'une vision normative qui régit de plus en plus les protocoles et les questions économiques et qui ne prend pas en compte le sujet, sa singularité, ses créations et ses trajectoires. Il est très important de réfléchir à toutes ces questions, principalement au moment où nous nous retrouvons dans une logique normative et sécuritaire. Comment pouvons-nous créer ce support d'un réseau symbolique pour l'accueil éthique des psychoses ? Comment pouvons-nous créer un espace pour la folie, un ensemble de dispositifs de soins avec leur spécificité au sein de cette logique normative de contrôle ? Comment permettre l'écriture par le sujet d'un parcours singulier, d'une histoire, d'un langage qui apaise sa jouissance et celle de l'Autre, si nous ne prenons pas en compte la souffrance existentielle et la spécificité de la psychose ?

Il est important de soulever ces difficultés pour l'implantation et le développement de la psychiatrie de secteur avec les principes défendus ici. De constants questionnements au sujet de ces entraves sont fondamentaux, tant pour le traitement que pour la création psychotique, car pour que ces sujets *aient un corps* et puissent créer une suppléance ou un sinthome, l'espace pour la folie et l'accueil de la différence sont cruciaux.

⁹³⁸ DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010, p. 259.

⁹³⁹ *Ibid.*, p. 260.

BIBLIOGRAPHIE

AMARANTE, P., in : TENÓRIO, F., *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro : Rio Ambiciosos, 2001.

ANDRE, S., « Clinique et nœud borroméen » in : *Revue La Cause Freudienne, Premières journées d'études, consacrées à la clinique psychanalytique d'aujourd'hui*, n°2, Paris : École de la Cause Freudienne, p.59 à 70, février 1982.

ANDRE, S., « L'Autre jouissance », in : *Quarto*, n° 18, p.31-43,1985.

ASSOUN, P.-L., « Le surmoi corporel. Figures de l'animalité chez Freud », in : *Champ psychosomatique*, 4, p 35 à 51, 1995.

ASSOUN, P.-L., *Corps et Symptôme : Leçons de psychanalyse*, Paris : Anthropos, 2009.

ASSOUN, P.-L., *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris : PUF, 1993.

ASSOUN, P.-L., *La métapsychologie*, Paris : PUF, 2000.

ASSOUN, P.-L., *Psychanalyse*, Paris : PUF, 1997.

AUBERT, J., « Le sinthome » (Séminaire du 20 janvier 1976), in : *Joyce avec Lacan*, Paris : Navarin, 1987.

AUDISIO, M., DEMAY, J., « Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation de service publique de santé mentale », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France: Masson, p. 117 à 121, 1977.

BAILLY-SALIN, P., « Le secteur ? », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France : Masson, p. 87 à 93, 1977.

BASAGLIA, F., *Psychiatrie et Démocratie* (Conférences Brésiliennes - 1979), Toulouse : Érès, 2007.

BERCHERIE, P., *Clinique Psychiatrique, Clinique Psychanalytique : Etudes et recherches 1980-2004*, Paris : l'Harmattan, 2005.

BERCHERIE, P., *Géographie du champ psychanalytique*, Paris : Navarin, 1988.

BERCHERIE, P., *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique 1.* (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991.

BIDAUD, E., « Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique », in : *Altérité et psychopathologie*, Paris : Nolin, 2011.

BIDAUD, E., « Vers une psychanalyse du visage », in : *Recherches de visages. Une approche psychanalytique.* Sous la direction d' E. Bidaud, Paris : Hermann, p. 15 à 29, 2014.

BREUR J. et SIGMUND F., « Du mécanisme psychique des phénomènes hystériques », in : *Sigmund Freud, Œuvres Complètes Vol.II (1893-1895) Études sur l'hystérie et textes annexes*, Paris : PUF, 2009.

BROUASSE, M.-H., « Question de suppléance », in : *Ornicar ?*, n° 47, p. 65 à 74, octobre-décembre 1988.

CALLIGARIS, C., *Pour une clinique différentielle des psychoses*, Paris : Point hors ligne, 1991.

CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris : « Quadrige », PUF, 2007.

CASTEL, R., *L'ordre psychiatrique*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1976.

CAVALCANTI, M. T., *O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre a Psicose e Instituição Psiquiátrica*, Mémoire de recherche en Psychiatrie, Instituto de Psiquiatria da UFRJ (Brésil), 1992.

CHAIGNEAU, H., *Soigner la folie. Une vie au service de la clinique*, Paris, Campagne Première, 2011.

CONDACK, M., *Para onde ir quando não se tem lugar? Histórico e conceitos básicos da Psicoterapia Institucional Francesa*, Mémoire de recherche en Psychologie clinique, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Brésil), 2009.

CORBIN, A., COURTINE, J-J., VIGARELLO, G., in : *Histoire du corps 1 : De la Renaissance aux Lumières*, Paris : Seuil, 2005.

CORBISIER, C., « A escuta da diferença na emergência psiquiátrica », in : *Psiquiatria sem hospício*, Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992.

COSTA, A.-M.M., *A ficção do si mesmo: interpretação e ato em psicanálise*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

COTTET, S., « Faut-il névrotiser ? », in : *Quarto*, n° 28 - 29, p.78 à 81, octobre 1987.

DANA, G., « Négations et transversalité », in : *Quand la psychanalyse oriente la psychiatrie*, Paris, l'Harmattan, 2005, p. 28.

DANA, G., *Quelle politique pour la folie ? Le suspense de Freud*, Paris : Stock, 2010.

DAUMEZON, G., « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France », in : *Revue : Information psychiatrique*, Vol. 40, n° 9, 1946, p. 89 à 95.

DAUMEZON, G., in : « Conjecture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France », *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France : Masson, p. 80 à 87, 1977.

DAVID-MENARD, M., *L'hystérie entre Freud et Lacan : Corps et langage en psychanalyse*, Paris : PUF, 1983.

DELEUZE, G. et GUATTARI, F., *L'Anti-Œdipe*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1972/1973.

DELEUZE, G. et GUATTARI, F., *Mille plateaux. Capitalisme et Schizophrénie 2*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1980. DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994.

DEMAZEAUX, S., *Qu'est-ce que le DSM ?*, Paris : Ithaque, 2013.

DENIEAU, A., « Actualité d'une question cruciale : quelle visée pour la psychiatrie publique ? », in : *Quand la psychanalyse oriente la psychiatrie*, Paris, l'Harmattan, 2005.

DESCARTES, *Médiations objections et réponses* (1641), Œuvres et Lettres, Paris : Pléiade, 1957.

DESCARTES, R., « Traité de l'Homme » (1644), in : *Œuvres complètes*, Vol. XI, Paris : éd. Charles Adam et Paul Tannery 1996.

DOLTO, F. et NASIO, J.-D., *L'enfant du miroir*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1992.

DOLTO, F., F., *Le féminin*, Paris : Guallimard, 1998.

DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps* (1948), Paris : Seuil, 1984.

ESQUIROL, « Des établissements consacrés aux aliénés en France » (1818), in : *Des maladies mentales*, Vol. II, Paris, 1838.

FAURE, O., « Le regard de médecins », in : *Histoire du Corps 2 : De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris : Seuil, 2005.

FERENCZI, S., « L'influence de Freud sur la médecine », in : *Psychanalyse IV, Œuvres complètes*, Paris : Payot, 1982.

FOUCAULT, M., *Histoire de la folie* (1972), Paris : Gallimard, 2012.

FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique* (1963), Paris : Quadrillage/ PUF, 2009.

FOUCAULT, M., *Surveiller et punir* (1975), Paris : Gallimard, 2012.

FRANK, N., « Psychiatrie : comment changer le regard que la société porte sur ses malades : Les réformes de l'hospitalisation psychiatrique annoncées par Nicolas Sarkozy sont inspirées par des événements spectaculaires, mais exceptionnels », in : *Pour la Science*, n° 376, février 2009.

FREUD, S. « La question de l'analyse profane », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes Psychanalyse, Vol. XVIII* (1926-1930), Paris : PUF, 1994.

FREUD, S., « décembre 1896 in : *Sigmund Freud Lettres à Fliess* (1887-1904), Paris, PUF : 2006.

FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XV* (1916-1920), Paris : PUF.

FREUD, S., « Études sur l'hystérie et textes annexes », in : *Sigmund Freud, Œuvres Complètes Vol.II (1893-1895) « études sur l'hystérie et textes annexes »*, Paris : PUF, 2009.

FREUD, S., « Inhibition, symptôme et angoisse », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVII (1923-1925)*, Paris : PUF, 1992.

FREUD, S., « L'étiologie de l'hystérie », in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1997.

FREUD, S., « L'Homme aux loups », in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1984.

FREUD, S., « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose » (1924), in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1973.

FREUD, S., « La sexualité infantile » (1905), in : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris : Folio essais, 2008.

FREUD, S., « Le moi et le ça », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XVI (1921-1923)*, Paris, PUF : 1991.

FREUD, S., « Les psychonévroses de défense », in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1985.

FREUD, S., « Les sens de symptômes », in : *Sigmund Freud Œuvres complètes, Vol. XIV (1915-1917)*, Paris : PUF, 2000.

FREUD, S., « Manuscrit H », in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1979.

FREUD, S., « Névrose et psychose », in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1985.

FREUD, S., « Pour introduire le narcissisme », in : *La vie sexuelle*, Paris : PUF, 1985.

FREUD, S., « Pulsions et destins des pulsions » (1915), in : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 2009.

FREUD, S., « Pulsões e destinos da pulsão » (1915), in : *Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, Vol. I*, Rio de Janeiro: Imago, 2004.

FREUD, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Démentia paranoïdes ». (Le président Schreber), (1911), in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1992.

FREUD, S., « Une lettre à Wilhem Fliess », in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, 1979.

FREUD, S., *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris : Folio, 1989.

FREUD, S., *Pour introduire le narcissisme* (1914), Paris : Petit Bibliothèque Payot, 2012.

FREUD, S., XXXVe conférence, « Sur une Weltanschauung », in : *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris : Gallimard, 1984.

GAYON, J., « Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Paris, Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000.

GELIS, J., « La maladie comme signe d'élection », in : *Histoire du corps 1 : De la Renaissance aux Lumières*, Paris : Seuil, 2005.

GOFFMAN, E., *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (1961), Paris : Les Éditions de Minuit, 1979.

GOLDSTEIN, K., « Der Aufbau des Organismus » (1934), in : GAYON, J., « Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Paris, Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000.

GORI, R., *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ?*, Paris : Denoël, 2010

GORI, R. et DEL VOLGO, M.-J., *La Santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2009

GRASSER, F., « L'enseignement du psychotique, la doctrine de Lacan », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 23, p. 21 à 26, juin 1993.

GREEN, A., « Le tournant des années folles », in : *La folie privée*, Paris : Folio, 2003.

GRIBINSKI, M., préface, in : *Sigmund Freud Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Paris : Folio Essais, 2008.

GUATTARI, F., *Les Trois Ecologies*, Paris : Galilée, 1989.

GUATTARI, F., *Psychanalyse et transversalité : Essais d'analyse institutionnelle*, Paris : La découverte, 1974.

GUILLERAULT, G., *Dolto/ Winnicott. Le bébé dans la psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2007.

GUILLERAULT, G., *Le corps psychique : Essai sur l'image du corps selon Françoise Dolto*, Gédit : Ed. Universitaires Bégédis, 1989.

HERFRAY, C., *Psychanalyse hors les murs*, Paris : L'Harmattan, 1993.

HOCHMANN, J., *L'Histoire de la Psychiatrie*, Paris : PUF, 2004.

HOFFMANN, C., « Quelques réflexions à propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde de l'adolescent contemporain », in : *Figures de la psychanalyse*, n° 9, Toulouse : Érès, p. 46 à 61, 2004.

HOFFMANN, C., *Des cerveaux et des hommes. Nouvelles recherches psychanalytiques, Actualité de la psychanalyse*, Toulouse : Érès, 2007.

HUXLEY, A., *Le Meilleur des mondes*, Paris : Pocket, 2007.

KECK, F., RABINOW, P., « Invention et mise en scène du corps génétique », in : *L'histoire du corps. Vol. III : Les mutations du regard. Le XXème siècle*, Paris : Seuil, 2006.

KRAEPELIN, E., BERCHERIE, P., « Kraepelin avant 1900 », in : *Histoire et structure du savoir psychiatrique : Les fondements de la clinique 1.* (1980), Tournai – Belgique : Navarin, Emergence, 1991.

KUPFER, M.-C.-M., « Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância », in : *Psicologia USP online*, v.11, n°1, p. 85 à 105, 2000.

KUPFER, M.-C.-M., INAFUKU, C.-K. ; FARIA, C.-A. . « O tratamento institucional do Outro na psicose infantil », in : *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, p. 156 à 166, 2008.

LACAN, J., « Ouverture de la section clinique », in : *Ornicar ?*, bulletin périodique du champ freudien, n° 9, p. 7 à 14, 1977.

LACAN, J., « Fonction et champ de la parole », in : *Ecrits I*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « Propos sur la causalité psychique », in : *Ecrits I*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « Réponse au commentaire de Jean Hyppolite », in : *Ecrits I*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1955-1956), in : *Ecrits II*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « De ce que signe Lacan », in : *Scilicet, n° 1*, Paris : Seuil, p. 7 à 9, 1968.

LACAN, J., « Fonction et champ de la parole et du langage », in : *Écrit II*, Paris : Seuil, 1996.

LACAN, J., « Introductions aux Nom-du-Père » (20 novembre 1963), in : *Des Noms du Père*, Paris : Seuil, 2005.

LACAN, J., « Jouissance et division », in : *Scilicet, n° 6/7*, Paris : Seuil, p. 129 à 142, 1976.

LACAN, J., « Joyce avec Lacan », in : *Joyce le symptôme I*, Paris : Navarin, 1977.

LACAN, J., « L'Agressivité en psychanalyse », in : *Ecrits I*, Paris, Seuil, 1999.

LACAN, J., « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », in : *Écrit II*, Paris : Seuil, 1996.

LACAN, J., « La Lettre volée », in : *Ecrits I*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « Le sinthome » (Séminaire Lacan 18 novembre 1975), in : *Ornicar ?*, n° 6, p.3 à 12, 1976.

LACAN, J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique » (1949), in : *Ecrits I*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu : Essai d'analyse d'une fonction en psychologie » (1938), in : *Autres Ecrits*, Paris : Seuil, 2001.

LACAN, J., « Les lieux du réel », in : *Scilicet*, n° 5, Paris : Seuil, p. 23 à 61, 1975.

LACAN, J., « Propos sur la causalité psychique », in : *Ecrits I*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : « Psychanalyse et structure de la personnalité » » (1938), in : *Ecrits II*, Paris : Seuil, 1999.

LACAN, J., « Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la « *Verneinung* » de Freud », in : *Écrits I*, Paris, Seuil : 1999.

LACAN, J., « Vers un signifiant nouveau », in : *Ornicar ?*, n° 17/18, p. 137 à 175, 1979.

LACAN, J., *Séminaire I : Les écrits techniques de Freud (1953 – 1954)*, Paris : Seuil, 1975.

LACAN, J., *Séminaire II : Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (1954 – 1955)*, Paris : Seuil, 1978.

LACAN, J., *Séminaire III : Les Psychoses (1954 – 1956)*, Paris : Seuil, 2009.

LACAN, J., *Séminaire IV : La relation d'objet (1956 – 1957)*, Paris : Seuil, 1994.

LACAN, J., *Séminaire V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998.

LACAN, J., *Séminaire VII : L'éthique de la psychanalyse (1959 – 1960)*, Paris : Seuil, 1986.

LACAN, J., *Séminaire X : L'Angoisse (1962-1963)*, Paris : Seuil, 2004.

LACAN, J., *Séminaire XI : Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse (1964)*, Livre XI, Paris : Seuil, 1973, 1990.

LACAN, J., *Séminaire XX : Encore (1972 – 1973)*, Paris : Seuil, 1975.

LACAN, J., *Séminaire XXIII : Le Sinthome, (1975 – 1976)*, Paris : Seuil, 2005.

LAFONT, J., « Délire et inscription sur le corps », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 13, p. 48 à 51, juin 1987.

LAJONQUIÈRE, L., « A Psicanálise, A Educação e A Escola de Bonneuil. A Lembrança de Maud Mannoni », in : *Estilos da Clínica*, USP, São Paulo, v. 3, n° 4, p. 65 à 79, 1998.

LAJONQUIÈRE, L., « Deux notes psychanalytiques sobre as crianças com necessidades educativas especiais », in : *Pro-Posições*, UNICAMP, Campinas, v. 12, n° 2 à 3, p. 47-59, 2001.

LAJONQUIÈRE, L., « Sigmund Freud: para uma educação além da pedagogia », in: *Educação Temática Digital*, UNICAMP, v. 8, p. 1 à 19, 2006.

LANDMAN, P., *Le scandale du DSM5*, Paris : Max Milo, 2013.

LANE, C., *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris : Flammarion, 2009.

LE ROUX, M.-F., LE FEUNTEN, J., CASTEL, J., KERVEADOU, A.-M., TROMELIN, Y., « Le club, carrefour du collectif et de la singularité », in : DELION, P., *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Angers : Matrice Pi, 1994.

LEAL, E., in : TENÓRIO, F., *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro : Rio Ambiciosos, 2001.

LEBRUN, J.-P., « Ecriture comme symptôme », in : *Le corps et l'écriture*, Paris : l'Harmattan, 1999.

LECARPANTIER, M., « Ménage, espace, psychose ». Groupe de travail de l'association culturelle de La Clinique de La Borde.

LEDOUX, M., « Prendre soin dans le transfert », in : *Qu'est-ce que je fous là : Psychothérapie institutionnelle en résistance et dialogue avec la psychiatrie de qualité*, Kessel-Lo : Literarte, 2005.

LEFEVE, C., « La thérapeutique et le sujet dans L'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique de G. Canguilhem », in : LE BLANC, G., *Lectures de Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Paris, Fontenay/Saint-Cloud : ENS Éditions, 2000.

LEGER, J.-M., BOURRAT, M.-M., GAROUX, R., « De l'asile au secteur », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France : Masson, p. 93 à 99, 1977.

LETONDAL, J., *Le Coq. Héron*, n° 187, Toulouse : Érès, p. 67 à 79, 2006.

LEVI-STRAUSS, C., *Anthropologie structurale*, Paris : Plon, 1974.

LIART, M., « Les psychoses : Cliniques et structure », in : *Quarto*, n° 28 – 29, p. 81 à 91, octobre 1987.

MAESO, G., « Contingence », in : *Scilicet, L'ordre symbolique au XXI^e siècle : Il n'est plus ce qu'il était. Quelles conséquences pour la cure ?*, Paris : École de la Cause Freudienne, Collection rue Huysmans, p. 68 à p. 71, 2012.

MALEVAL, J.-C., *La forclusion du Nom-du-père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 2000.

MANALET, M.-R., « Naissance administrative du secteur en Psychiatrie », in : *Revue: Annales médico-psychologique*, 135, n° 2, juin-octobre, Consacrée à l'étude du secteur en France : Masson, p.77 à 80, 1977.

MARTINEZ, J., « Extra-hospitalier : perspectives », in : *Nervure : Journal de la psychiatrie*, Tome III, mai 1990, n° 4, p. 54 à 58, 1990.

MELLO FILHO, J., *Ser e o Viver: uma Visão da Obra de Winnicott*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MERLEAU-PONTY, M., *La structure du comportement*, Paris : PUF, 1953.

MERLEAU-PONTY, M., *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris : Guallimard, 2011.

MESQUITA, M. et BIDAUD, E., « Autisme : une rencontre avec un "visage brisé" », in : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 61, 2013, 395 à 399.

MIILLER, J.-A., « Notice de fil en aiguille », in : *Séminaire XXIII : Le Sinthome* (1975 – 1976), Paris : Seuil, 2005.

- MILLER, J.-A., *Pièces détachées*, séminaire inédit, cours n°2 du 24 novembre 2004.
- MILLER, J.-A., *Pièces détachées*, séminaire inédit, cours n°7 du 19 janvier 2005.
- MILLER, J.-A., *Pièces détachées*, séminaire inédit, cours n°7 du 17 novembre 2004.
- MILLER, J.-A., « Le Séminaire de Barcelone sur *Die Wege der symptomtombildung* », in : *Le symptôme - charlatan*, textes réunis par la Fondation du Champ Freudien, Paris : Seuil, 1998.
- MILLER, J.-A., « Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo », in : *Opção Lacaniana*, n° 41, São Paulo : Edições Eólia, décembre 2000.
- MILLER, J.-A., « Produire le sujet ? », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 4, p. 32 à 35, mai 1983.
- MILLER, J.-A., *Pièces détachées*, séminaire inédit, cours n°3, du 01 décembre 2004.
- MILLOT, C., « Épiphanies », in : *Joyce avec Lacan*, Paris : Navarin, 1987.
- MILLOT, C., *Horsexe, essai sur le transsexualisme*, Paris : Point Hors Ligne.
- MINARD, M., « Histoire véritable », in : *Histoire et histoires en psychiatrie*, Toulouse : Érès, 1992.
- MOREL, G., *La loi de la mère : essai sur le sinthome sexuel*, Paris : Economica – Anthropos, 2008.
- MORNET, J., *Le corps et la psychose : L'objet invisible*, Nîmes : Champ Social Editions, 2006.
- OGILVIE, B. « Le stade du miroir », in : *Lacan, la formation du concept de sujet*, Paris : PUF, 1987.
- OURY, J. et FAUGERAS, P., *Préalables à toute clinique avec les psychoses*, Toulouse : Érès, 2013.
- OURY, J., *Création et schizophrénie*, Paris : Galillé, 1989.

OURY, J., DEPUSSÉ, M., *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, Paris : Calmann-Lévy, 2010.

OURY, J., *Le Collectif – Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes : Champ social éditions, 2005.

PANKOW, G., *L'homme et sa psychose* (1969), Paris : Champs essais, 1993.

PLATON, « Le Banquet », in : *Œuvres complètes*, tome 2, 2^{ème} partie, Paris : Les Belles lettres, 1992.

POMMIER, G., « La crise de la psychiatrie française et de la psychanalyse », in : *La clinique lacanienne*, v. 1, n° 7, p. 139-142, 2004.

POMMIER, G., *Qu'est-ce que le réel ?*, Érès, Toulouse, 2004.

POMMIER, G., « Que veut dire « être Lacanien » (à l'heure de la mondialisation) ? », in : *La clinique lacanienne*, v. 2, n° 14, p. 179-193, 2008.

PORGE E., *Jacques Lacan, un psychanalyste*, Toulouse : Érès, 2006.

PORGE, E., *Les noms du père chez Lacan*, Toulouse : Érès, 2013.

RACAMIER, P.-C., DIATKINE, R., LÉBOVICI, S., PAUMELLE, P., *La psychanalyse sans divan*, Paris : Payot, 1970.

ROUDINESCO, E., *Jacques Lacan : Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, Paris : Fayard, 1993.

ROUDINESCO, E., « Georges Canguilhem, de la Médecine à la Résistance : destin du concept de normalité », in : BING, F.; BRAUSNTEIN, J.-F. & ROUDINESCO, E., *Actualité de Georges Canguilhem : Le normal et le pathologique*, Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo, 1998.

ROUDINESCO, E., et PLON, M., *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris : Fayard, 1997.

ROUDINESCO, E., *L'analyse, l'archive*, Brest : Bibliothèque Nationale de France, 2001.

ROULOT, D., *Schizophrénie et langage*, Toulouse : Érès, 2004.

SAGNA, P., « Le corps, de la métaphore au nouage », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 44, p. 59 à 62, février 2000.

SARTRE, *Huis clos suivi de Les Mouches* (1947), Paris : Folio, 1974.

SCHREBER, D.-P. (1903), *Mémoires d'un névropathe*, Paris : Seuil, 1985.

SERGE, A., « Clinique du nœud borroméen », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 2, p. 59 à 70, février 1982.

SERGE, A., « Les usages du symptôme », in : *Quarto*, n° 37 / 38, Paris : Navarin, p. 68 à 73, 1989.

SKRIABINE, P., « Clinique de la suppléance », in : *Ornicar ?*, n° 44, Paris : Navarin, p. 65 à 77, 1988.

SOLER, C., *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse : Psychanalyse et Presses Universitaires du Mirail, 2012.

THIBIERGE, *Clinique de l'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2007.

THIBIERGE, S., *L'image et le double la fonction spéculaire en pathologie*, Toulouse : Érès, 1999.

TORRE, E. et AMARANTE, P., « Protagonismo e subjetividade : a construção coletiva no campo da saúde mental », in: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6, (1), 73 à 85, 2001.

TOSQUELLES, F., *De la personne au groupe : à propos des équipes de soins*, Toulouse : Érès, 2003.

TURNHEIM, M., « Interprétation analytique et interprétation délirante », in : *Revue de la Cause Freudienne*, n° 6, p. 8 à 12, juin 1984.

VANIER, A., « A propos de l'objet a », in : *Figures de la Psychanalyse*, n° 18, Toulouse : Érès, février, p. 39 à 48, 2009.

VANIER, A., « Le paradoxe de Winnicott », in : *Le Carnet Psy*, n° 151, Cazaubon, p. 39 à 42, mars 2011.

VANIER, A., « Psychanalyse et antipsychiatrie », in : *L'esprit du temps/ Topique*, n° 88, p. 79 à 85, 2004.

VANIER, A., *Lacan*, Paris : Les Belles Lettres, 1998.

WINNICOTT, D., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Science de l'homme Payot, 2012.

WINNICOTT, D., *Jeu et réalité* (1975), Paris : Gallimard, 1999.

WINNICOTT, D., *L'enfant, la psyché et le corps*, traduction Paris : Bibliothèque scientifique Payot, 2003.

WOLFSON, L., *Le Schizo et les langues*, Paris : Gallimard, 1970.

Bibliographie site d'internet :

DEMAZEUX , S. et SINGY , P., « La psychiatrie française dans le miroir du DSM », in : Journal Libération, apud., http://www.liberation.fr/societe/2013/05/27/la-psychiatrie-francaise-dans-le-miroir-du-dsm_906080, 27 mai 2013 à 19:06.

LACAN, J., « La formation du psychiatre et la psychanalyse», 10 novembre 1967, inédit, apud. : http://www.champlacanienfrance.net/IMG/pdf/Mensuel29_JMattei.pdf

LACAN, J., *R.S.I* (1974 – 1975), inédit, apud. <http://www.valas.fr/>.

LACAN, J., *Les non-dupes errent* (1973 – 1974), inédit, apud. <http://www.valas.fr/>.

LANDMAN, P. in : CABUT, S., « Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou ». in : Le Monde Science et Techno, apud., http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html, 13.05.2013 à 17h35

MARRET-MALEVAL, M., *Introduction à la lecture du Livre XXIII : Le Sinthome*, apud., <http://www.causefreudienne.net/uploads/document/55aeaa8262772e0d7f02b88668ab6bcf.pdf>

OURY, J., Le corps et la schizophrénie, Séminaire à la faculté Jussieu, 15 janvier 1976, *apud* : <http://www.revue-institutions.com/articles/Le%20corps%20et%20la%20psychose1.pdf>.

ROGER, G., « Sublimation, création et civilisation », in : Revue française de psychanalyse, vol. 69, P.U.F., 2005, p. 1575 à 1572, *apud.*, <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2005-5-page-1575.htm>

ROTELLI, F., *L'Institution en Invention*, *apud.* <http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/8%20InstInvention.pdf>

Site : <http://www.stop-dsm.org/index.php/en/>

RESUMÉ

La présente étude trouve son point de départ dans une question d'un patient paranoïaque sur la perception de l'image de son corps. À partir des théories psychanalytiques, nous soutenons que la constitution du corps et du psychisme sont liés. Ils se forment à partir de la « maîtrise » par le sujet de la question énigmatique de la béance de l'Autre, et la manière par laquelle il va parvenir à « tempérer » cette jouissance lors de son entrée dans le symbolique.

Les sujets psychotiques présentent une faille lors de cette « étape » constitutive. À travers différentes études de cas, nous remarquons comment cette *Verwerfung* ou forclusion de l'inscription de la métaphore paternelle peut être palliée par une création propre au sujet. Ceci nous amène à développer les concepts de sinthome de J. Lacan et de création de J. Oury. Pour inclure ces concepts théoriques dans un traitement, notre thèse soutient l'élaboration d'une clinique différentielle pour les psychoses et un traitement axé sur les principes de la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur.

Notre étude souligne aussi la singularité de la « logique » psychotique et veut la sortir d'un déficit ou d'un simple encadrement du sujet dans une « norme ». Nous mettons en évidence l'importance de l'écoute du sujet et de l'élaboration d'un traitement au cas par cas, essentiel à la prise en charge de la souffrance psychotique.

MOTS CLÉS : Corps, psychose, jouissance, suppléance, sinthome, création, psychothérapie institutionnelle, psychiatrie de secteur.