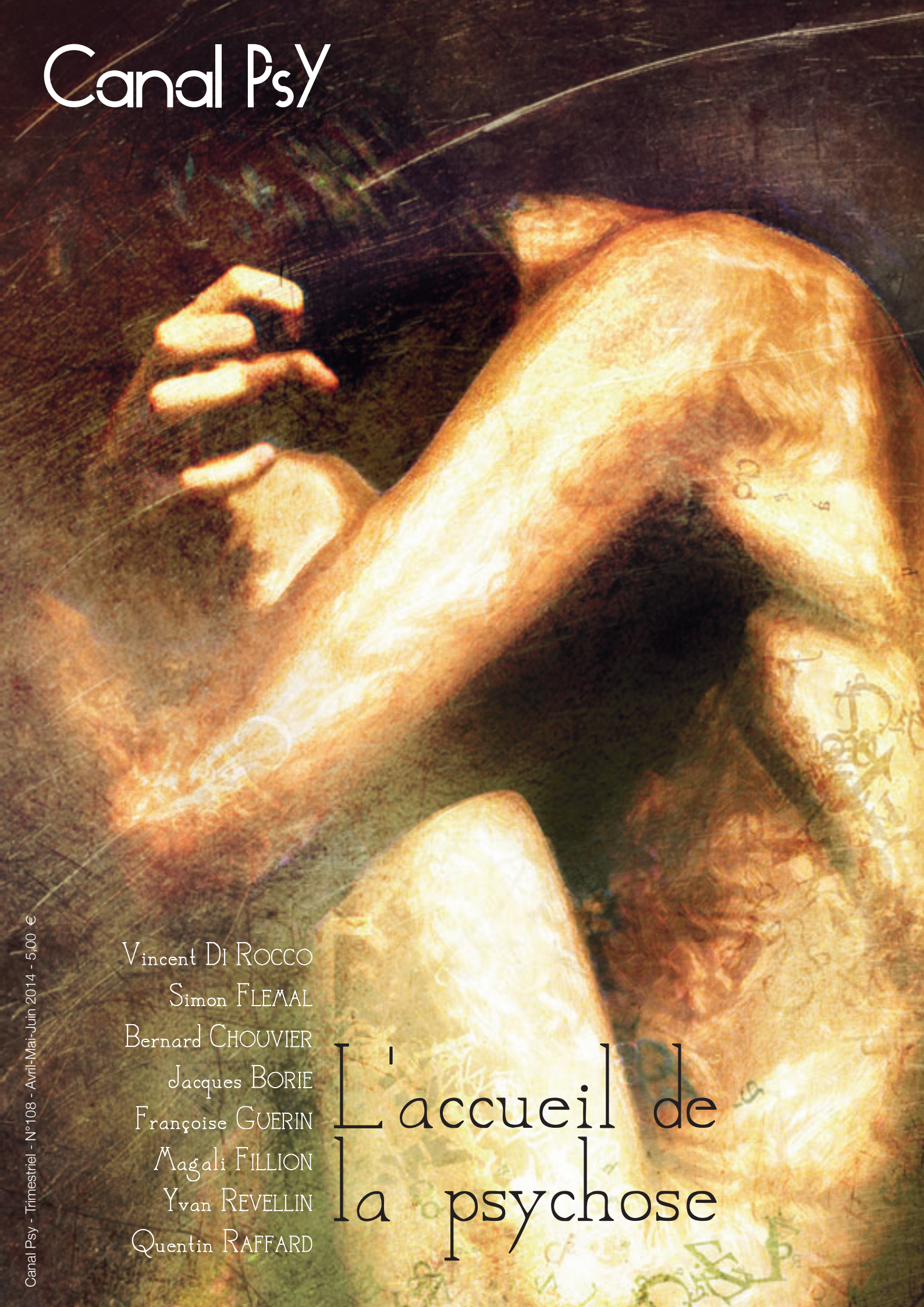




Canal PsY

Vincent DI ROCCO
Simon FLEMAL
Bernard CHOUVIER
Jacques BORIE
Françoise GUERIN
Magali FILLION
Yvan REVELLIN
Quentin RAFFARD

L'accueil de la psychose

Pratiques psychologiques, pratiques citoyennes Engagement, aliénation et lien social

Sous la direction de Georges GAILLARD, Jean-Marc TALPIN, Bruno CUVILLIER, Patricia MERCADER

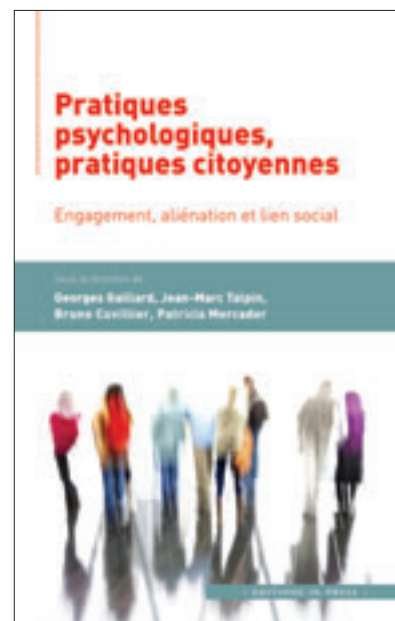
Les pratiques psychologiques sont des pratiques citoyennes et politiques. Ces pratiques s'inscrivent dans une société, répondent pour partie à une commande sociale, peuvent résister voire s'opposer à des mouvements dominants de la société, participent à la reconfiguration du « vivre ensemble ».

Cet ouvrage questionne ces dimensions des pratiques psychologiques : engagées et engageantes, impliquées et impliquantes. Place du politique dans l'élaboration du trauma, position clinique et pression sociale, pratiques psychologiques et travail de culture, la vie privée comme arène politique... sont quelques-uns des thèmes de ce livre.

Les auteurs, venus de la psychologie, de la psychanalyse, de la sociologie ou de la philosophie, explorent ensemble ces dimensions citoyennes et politiques. Un ouvrage novateur et un questionnement au cœur de l'actualité.

Les auteurs : Janine ALTOUNIAN, Albert CICCONE, Bruno CUVILLIER, Georges GAILLARD, Admardo GOMES JÚNIOR, Alain-Noël HENRI, Christian LAVAL, Dominique LHUILIER, Patricia MERCADER, Janine PUGET, Yves SCHWARTZ, Jean-Marc TALPIN.

Publié avec le concours de l'Institut de psychologie, Université Lumière Lyon 2
19 € TTC – France - www.inpress.fr



couP de cœur

La nébuleuse de l'insomnie

Antonio LOBO ANTUNES

En quatrième de couverture de « La nébuleuse de l'insomnie », la critique Filipa MELO cite Victor Hugo qui, à propos de la musique, écrivait « c'est du bruit qui pense ». Formule magnifique et parfaitement adéquate ici, en écho au « monde plein de bruit et de fureur raconté par un idiot » de SHAKESPEARE et repris par FAULKNER.

Au début, on ne comprend rien, ou si peu, ou l'on n'est sûr de rien. Que ce soit clair : cela durera tout le livre, on ne sera jamais sûr de rien. Et l'on se rappelle que LOBO ANTUNES, l'un des plus grands, voire le plus grand (pour ce que j'en connais) des écrivains portugais vivants, est aussi psychiatre. Il a été découvert avec « Le cul de Judas » et quelques autres ouvrages faisant vivre, plutôt que raconter, la guerre d'indépendance de l'Angola contre le Portugal.

« La nébuleuse de l'insomnie » n'est pas un livre reposant, c'est un livre exigeant du point de vue littéraire, du point de vue de la mobilisation psychique de son lecteur qu'il éprouve, c'est-à-dire qu'il met à l'épreuve de son monde. Il mobilise le psychisme, l'intelligence, la culture aussi : très vite les plus grands noms de la littérature contemporaine viennent : W. FAULKNER, je l'ai écrit, T. MORRISON, A. KRISTOPH, sans parler de très fines allusions à S. FREUD.

L'écriture est exigeante et éblouissante, le lecteur reste, comme l'on dit aujourd'hui, scotché, il ne sait quoi en penser, mais se dit que c'est immense, il ne sait quoi en penser, mais se dit qu'il est face à un texte hors du commun.

Résumé : folie de l'histoire, folie sociale du silence comme loi du refoulement et du déni, folie familiale, folie singulière... Mais alors, folie de qui ? De chaque un, de tous, chaque un à sa façon. Vie d'ombre, mort fantomatique, aucun dialogue. Hommes violents, dominants-dominés, femmes violées ou tout comme et vengées froides. Des paroles lancées, jamais de rencontre, chacun muré dans le silence, le sien comme celui de l'autre. Et des générations. Et des points de vue. Autant de réalités psychiques (si peu psychiques, si agies) qui s'ignorent, qui se heurtent, qui empiètent les unes sur les autres sans le savoir. Et un grand-père qui s'enrichit en créant un domaine agricole, un fils qui abdique d'avance face déjà au silence des générations qui précèdent, deux fils à ce fils, l'un écrit, l'un est fou (on dit alors « autiste ») tant il sait intuitivement et se tait, des femmes prises : à leurs parents, à la vie, au corps...

LOBO ANTUNES ne raconte pas : il charrie dans l'écriture un monde violent et fou, un monde de douleurs qui hurlent le plus souvent en silence. Il donne tout cela à lire, à vivre.

Bref : lisez, et vous m'en direz des nouvelles.

Jean-Marc TALPIN



Antonio LOBO ANTUNES (2008), La nébuleuse de l'insomnie, Paris, Christian Bourgois Éditeur (2012), 347 p., 20 euros

L'accueil de la psychose

Quelques quatorze ans après la révision du DSM IV, la cinquième édition du Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux vient de paraître. De nombreux périodiques de la presse française (Le monde, Sciences Humaines, Le nouvel observateur,...) se sont fait échos des polémiques qui agitent le biotope scientifique américain autour de cette nouvelle édition.

« Critères diagnostiques vagues susceptibles de provoquer des erreurs diagnostiques ou une surmédication », « troubles identifiés puis retirés sous la pression d'associations de patients », « études épidémiologiques d'une qualité moindre », la validité scientifique et la pertinence clinique du DSM 5 font l'objet de débats entre universitaires et professionnels de la santé mentale, ainsi que certains patients et leur famille qui voient dans cette classification, évacuant complètement l'étiologie des troubles psychiques, une objectivation abusive de la singularité et de l'expérience de vie de chacun.

Concernant les troubles psychotiques, David BLOOM du département de psychiatrie de l'université McGill au Québec notait en Novembre dernier quelques changements significatifs présents dans cette nouvelle version : « l'élimination des sous types de la schizophrénie (paranoïde, catatonique, désorganisé, indifférencié) ; la reconnaissance de l'approche dimensionnelle afin de saisir l'hétérogénéité des symptômes et leur gravité ; spécification des aspects longitudinaux ; reconnaissance de la catatonie à travers plusieurs catégories diagnostiques ; ainsi que la reconnaissance des troubles induits par la médication et d'autres effets indésirables ». Cependant les repères cliniques (*anchor points*) seraient beaucoup moins précis que celles des autres échelles connues ; par ailleurs l'évolution à long terme de la schizophrénie serait insuffisamment décrite et peu d'aides seraient proposées pour interpréter les données issues de la pratique afin d'enrichir les modalités méthodologiques et techniques de l'entretien clinique.

Ce trimestre, Canal Psy vous propose justement de vous intéresser aux cliniciens qui ont maille à débattre avec les souffrances psychotiques de sujets. Dans le cadre de leur pratique individuelle, groupale ou institutionnelle, la question de **l'accueil de la psychose** va se présenter au quotidien à ces praticiens, au cas par cas, au coup par coup, à l'occasion d'une rencontre avec la réalité de la souffrance psychique, réalité du corps et de ses vécus non-subjectivés, réalité du «trop» ou du «trop peu», sans les mots pour le contenir.

Les professionnels qui ont accepté de travailler au plus près de cette question du «soin» de la psychose ont en commun qu'ils considèrent comme déterminante la nature de la relation qui s'engage entre eux et leur patient, davantage qu'un catalogue descriptif des troubles et des difficultés auxquelles seraient statistiquement confrontés ces patients. Considérer par exemple que le délire n'aurait aucun sens et qu'il participe uniquement au tableau symptomatique du trouble psychotique repéré comme tel, contient le risque de produire une approche déficitaire de l'activité délirante.

Au contraire, Vincent DI ROCCO, Simon FLÉMAL, Bernard CHOUVIER, Jacques BORIE, Yvan REVELLIN, Magali FILLION, Quentin RAFFARD et l'équipe de la MAP, nous invitent à découvrir et échanger autour de pratiques et d'approches pluri-disciplinaires où le sujet aura une place centrale dans son processus de soin, où il pourra gagner en flexibilité de pensée dans l'interaction avec ses pairs, où il sera invité à penser sa propre organisation psychique, dans une mise en langage qui retissera les liens souffrant entre images et mots, entre éprouvés et contenants de pensée.

La rédaction les remercie pour ces témoignages exigeants, rigoureux, au plus proche de l'expérience de terrain et de ses dédales transférentiels, ainsi qu'à Françoise Guérin pour son travail *interview* et pour nous avoir aimablement autorisés à reproduire l'une de ses nouvelles en résonance intime avec notre thématique.

En vous souhaitant une bonne lecture...

Frédéric GUINARD
Rédacteur en chef.

édito

sommaire



L'accueil de la psychose

Accueillir la psychose : de la rencontre clinique au transfert. par Vincent Di Rocco.....	p.5
Fonctions du processus délirant : du traumatisme à la survivance de la symbolisation. par Simon FLÉMAL, Bernard CHOUVIER.....	p.9
Le psychotique et le psychanalyste. D'une pratique possible. Entretien avec Jacques BORIE par Françoise GUÉRIN.....	p.14
Photolangage©, clinique croisée sur la réflexivité. Processus psychotiques et lien réflexif. par Magali FILLION, Yvan REVELLIN.....	p.17
Une clinique du quotidien par Quentin RAFFARD.....	p.21
récit	
Garde-fous par Françoise GUÉRIN.....	p.25
à propos	
Portraits photographiques.....	p.26

illustrations

Aurian RIETHMULLER (aurian.rt@gmail.com).....	Couverture, pp. 10, 19 et 22
The British Library.....	p.5
Marc-Antoine BURIEZ.....	p.15
National Media Museum.....	p.27

abonnement

Je m'abonne pour 6 n° (1an ½) et bénéficie de l'offre de 1 n° gratuit du n°1 au n°88/89* ainsi qu'un marque-pages spécial 20 ans

Tarifs : ☐ normal 24,00 € ☐ réduit ** 18,00 €

Nom Prénom.....

Adresse

Code postal/Ville/Pays.....

Téléphone / e-mail.....

chèque libellé à l'ordre de

l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon 2

Canal Psy - Institut de Psychologie - Université Lumière Lyon 2
5, avenue Pierre MENDÈS FRANCE - 69676 Bron Cedex

* hors numéros épuisés, à consulter sur :

psycho.univ-lyon2.fr/rubrique-81-Canal-Psy.html

** étudiants, chômeurs, RMI, RSA, minimum vieillesse, ...

sur présentation d'un justificatif



canal psy

Directeur de la publication : Jean-Luc MAYAUD

Président de l'Université,
Jean-Luc.Mayaud@univ-lyon2.fr

Directeur délégué : Georges GAILLARD

Georges.Gaillard@univ-lyon2.fr

Enseignant responsable : Jean-Marc TALPIN

Jean-Marc.Talpin@univ-lyon2.fr

Rédacteur en chef : Frédéric GUINARD

Frederik.Guinard@univ-lyon2.fr

Responsable d'édition et conception graphique

Marc-Antoine BURIEZ

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Service Abonnements

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Canal Psy

Département FSP - Institut de Psychologie
Université Lumière Lyon 2

5, av. Pierre MENDÈS FRANCE - 69676 Bron Cedex
Tél. 04 78 77 24 76 - <http://psycho.univ-lyon2.fr>

Journal publié par l'Institut de Psychologie,
Département FSP

Imprimé par l'imprimerie Saciprint à Meyzieu

Commission paritaire n° 1112 B 07996

ISSN 1253-9392

L'accueil de la psychose



Accueillir la psychose : de la rencontre clinique au transfert

Vincent Di Rocco

Les souffrances psychiques du registre psychotique véhiculent tout un cortège de troubles qui font voler en éclats la pensée, brouillent le sentiment d'identité, obscurcissent les différences entre monde interne et monde externe, soi et autrui, déconstruisent les affects dans des élans passionnels ou des abrasions radicales... Brèves ou durables, ces souffrances bouleversent le sujet au plus profond de lui-même, le rapport à soi et comme le rapport à autrui devient énigmatique.

Ces quelques traits, qui signent les problématiques psychotiques, ne peuvent que jeter le doute sur la capacité à établir une situation thérapeutique basée sur des mouvements transférentiels et contre-transférentiels. Établir une relation permettant des échanges intersubjectifs et leur reprise réflexive est un enjeu majeur et incertain qui mobilise les ressources psychiques du clinicien. La psychose se rencontre dans une situation relationnelle particulière où la nature de la relation elle-même interpelle. Ce n'est pas seulement l'énoncé des troubles et des difficultés qui interrogent, mais, bien souvent, c'est la façon d'énoncer qui engendre un sentiment de malaise, d'étrangeté, de désarroi. Le rapport au langage et à la perception est directement affecté troublant les codes communs d'échange. L'affect est soit absent, soit envahissant, les

pensées des deux interlocuteurs ne se font pas écho, les mots semblent prendre des sens différents, la distance relationnelle ne paraît plus établie, on se sent trop proche ou trop loin, rapidement confronté à une sensation de persécuter l'autre ou au contraire aux prises avec une profonde indifférence. L'angoisse est présente, diffuse ou massive, souvent vécue sans aucune distance subjective, sans jeu possible, le simple fait d'en parler semble la potentialiser.

Cette situation de rencontre est souvent vécue comme une attaque de la pensée par le clinicien, mais elle peut être aussi pensée comme liée à la mobilisation de registres psychiques particuliers dans la confrontation à la multiplicité des mouvements intrapsychiques provoquant des sentiments de fragmentation et d'insaisissabilité associés à des mouvements tourbillonnaires. La pensée est en quelque sorte « attaquée » par ce qu'elle ne comprend pas, par ce qu'elle n'arrive pas à se représenter. Ce sont ces mouvements qui bousculent le monde interne du thérapeute. Comme si le monde interne chaotique, synchrétique, de la psychose venait semer la désorganisation dans le monde interne du thérapeute, ou plutôt, venait solliciter des configurations archaïques, des registres synchrétiques chez le thérapeute.



... demander trop d'élaboration d'emblée prendrait la forme d'une violence ou d'un rejet d'un mode de fonctionnement indispensable à la survie psychique.

La mobilisation de ces registres psychiques archaïques, souvent vécus avec une certaine angoisse, correspond à des modalités d'organisation en lien avec des formes primaires de la symbolisation (ROUSSILLON R., 2001), ce qui est sans doute à l'origine de la « peur du fou » décrite par J. HOCHMANN (1981). C'est dans ces registres que se fait l'accueil d'une partie des productions psychiques du patient, demander trop d'élaboration d'emblée prendrait la forme d'une violence ou d'un rejet d'un mode de fonctionnement indispensable à la survie psychique. Une des premières conditions de l'écoute des états psychotiques est de pouvoir tolérer une relative déliaison interne, un certain degré de chaos, une sorte de « brouhaha » interne au sein duquel le représentatif et le sensoriel ne se distinguent pas clairement, où la représentation et l'affect ne semblent pas s'organiser de façon distincte, où le mot et la chose qu'il désigne restent dans un lien étroit produisant des chevauchements angoissants. L'appareil de langage semble investi comme un moyen d'action désubjectivant, plus que comme un support représentatif et introspectif. Paradoxalement, on peut penser qu'il représente alors l'échec du processus représentatif qui traverse les états psychotiques.



Paul FEDERN distingue un transfert positif d'un transfert négatif et recommandant de susciter et de travailler avec le premier.

Du fait de la complexité de cette situation relationnelle, le traitement psychanalytique des psychoses ne s'est dégagé que très progressivement dans l'histoire de la psychanalyse du fait des problèmes posés par la notion de transfert dans le processus thérapeutique dont il forme le principal ressort. La psychose est prise ainsi dans une nasse paradoxante ; pas de construction théorique opérante sans transfert, pas de transfert « psychotique » opérant sans construction théorique. D'où des cheminements très différents, selon le statut accordé au transfert dans les différents courants de pensée psychanalytiques.

Dans un premier temps, le transfert est pensé comme absent ou inutilisable. La volonté de S. FREUD, tout au long de son œuvre, de garder un même modèle d'intelligibilité pour les problématiques psychotiques et les problématiques névrotiques a laissé ouvertes les possibilités de théorisation et les perspectives de soin, malgré les doutes du fondateur de la psychanalyse à l'égard du traitement

psychanalytique des psychoses. Il faut pouvoir redonner une valeur de signe à l'expression de la pathologie, redonner une valeur humaine à la souffrance engendrée par la psychose, avant de pouvoir lui accorder un sens. Face au sentiment de coupure relationnelle rencontré avec les patients psychotiques, les premiers analystes ont développé une théorie du repli narcissique, d'une régression à un état relationnel infantile dit « anobjectal ». Les problématiques psychotiques sortent alors de la catégorie des « psychonévroses de défense » pour fonder la catégorie des « névroses narcissiques » opposées aux « névroses de transfert », marquant clairement ainsi l'exclusion des mouvements transférentiels dans les problématiques narcissiques liées à la psychose. Les premières théorisations des psychoses sous-tendent le développement du concept de narcissisme et soulignent l'importance des concepts « auto ». Pendant un temps, avec les travaux de K. ABRAHAM (1908), la psychose devient une maladie de l'auto-érotisme. C'est d'ailleurs en contractant le mot « auto-érotisme » en « autisme » que E. BLEULER (1911) nomme un des syndromes constitutifs de la schizophrénie. S. FREUD proposera la notion de « narcissisme » pour rendre compte de ce fonctionnement. La psychose est alors retour en arrière, retour à un état antérieur. Le mouvement est donc régrédient et perd son statut représentatif, le psychotique est happé par le temps de l'archaïque. Il faudra pouvoir penser le mouvement inverse, le retour de l'état antérieur, le retour « d'un fragment de vérité historique » selon les termes de S. FREUD (1937), pour lui donner sa valeur représentative et « transférentielle » (transfert dans l'actuel) à la « régression » psychotique. Ce qui se transfère alors n'est pas seulement l'expression d'une production de l'inconscient, c'est aussi la nature chaotique du lien à l'objet associée à des affects oscillants entre l'indifférence et la passion. Dans l'entourage de S. FREUD, P. FEDERN (1945) peut être considéré comme un pionnier du traitement psychanalytique des psychoses. Il propose le premier des aménagements du dispositif analytique en proscrivant l'usage du divan et de l'association libre. Il distingue un transfert positif d'un transfert négatif et recommandant de susciter et de travailler avec le premier.

Les psychanalystes anglo-saxons vont développer la notion de « psychose de transfert » à l'aide du concept d'identification projective défini par M. KLEIN à partir d'une pratique clinique auprès d'enfants. L'objet n'est plus exclu des problématiques psychotiques, au contraire, il est au cœur de ces problématiques entraînant un débat technique entre aménagement du cadre et statut de l'interprétation au sein de la Société Britannique de Psychanalyse dans les années 50. Le transfert étant porté par des mécanismes d'identification projective, H.A. ROSENFELD (1965) peut commencer à situer le registre du contre-transfert dans le traitement psychanalytique des psychoses. « Les analystes qui sont impatients de traiter des schizophrènes doivent se rappeler qu'ils seront confrontés à un grand nombre de difficultés qui apparaîtront d'abord insurmontables, mais qui donnent accès à une compréhension psychanalytique plus profonde. » Le transfert psychotique prend valeur d'épreuve psychique pour le thérapeute.

Avec la notion d'identification projective, l'idée d'une « psychose de transfert », c'est-à-dire un investissement de l'objet qui entraîne la confusion avec l'objet, il s'agit donc implicitement d'un transfert « fou ». Ce transfert est « traumatique » pour la psyché du thérapeute et nécessite une restauration par un groupe de pairs. Cette idée se trouve reprise avec la notion d'« Effort pour rendre l'autre fou » chez H. SEARLES (1965) permettant d'entrevoir la dynamique contre-transférentielle à l'œuvre. H. SEARLES met en évidence l'importance technique et théorique des réactions affectives du thérapeute. Pour lui, la psychothérapie des psychotiques est avant tout une mise à l'épreuve des défenses du thérapeute, de son intégrité personnelle. Il développe l'idée que le patient tente de rendre l'analyste fou. Cet « effort pour rendre l'autre fou » n'est pas une simple formule rendant compte de la difficulté du travail psychothérapique confronté aux processus psychiques qui animent les états psychotiques. Le thérapeute est sommé par son patient d'éprouver un état psychotique, d'être atteint dans son identité. Il a un rôle de miroir qui permet au patient de se réapproprier ce qui lui appartient en propre.



C'est l'acceptation d'une dépendance régressive par l'analyste qui permet au patient de réactualiser transférentiellement ses expériences précoces ayant eu un effet traumatique.

Bien qu'ayant des « théories de la psychose » différentes, échec de la dialectique entre Position schizo-paranoïde et Position dépressive pour l'un et communication traumatique précoce pour l'autre, H.A. ROSENFELD et H. SEARLES décrivent un premier mouvement transférentiel reposant sur une logique semblable, une préforme transférentielle d'allure paradoxale ; le thérapeute est investi à condition qu'il soit ignoré ou indifférencié. Nous retrouvons cette même dynamique décrite chez d'autres auteurs, comme chez J. BLEGER (1967) qui, à la même époque, décrit une modalité de relation archaïque qu'il qualifie de « synchrétique », un mode de relation par dépôt, par agglomérat, propice à la formation de noyaux agglutinés ouvrant un espace d'indécidabilité où il est impossible de définir ce qui appartient à l'un ou à l'autre. Quasiment tous les psychanalystes de cette époque travaillant en lien direct avec des patients souffrants de psychose avec la notion de transfert psychotique se retrouvent pour décrire un mouvement transférentiel vers un thérapeute qui ne serait pas reconnu dans un statut d'objet différencié et unifié.

Pour D.W. WINNICOTT (1947), les mouvements transférentiels dans les problématiques psychotiques demandent un préalable. C'est l'acceptation d'une dépendance régressive par l'analyste qui permet au patient de réactua-

liser transférentiellement ses expériences précoces ayant eu un effet traumatique. C'est ce qui différencie la psychanalyse, basée sur le transfert, d'une expérience corrective. L'état de dépendance vécu dans la situation analytique ne permet pas de réparer les carences du passé, mais il permet le déploiement d'éléments transférentiels inaccessibles sans cet état de dépendance. Cet état de dépendance met le patient en situation d'utiliser les failles de l'analyste pour revivre dans le transfert la haine éprouvée dans sa confrontation aux faillites de son environnement primaire. Cette prise en compte de l'affect de haine dans le transfert et le contre-transfert est essentielle pour souligner l'ambivalence éprouvée par l'analyste dans son travail avec les patients souffrant de psychose. Mais cette reconnaissance de la haine dans le contre-transfert n'a pas pour simple objectif de modérer son expression et d'éviter des contre-attitudes dommageables au processus thérapeutique. Cette capacité à éprouver et percevoir une certaine qualité d'affect, des affects intenses, dans une répétition transférentielle, permet l'accès aux vécus archaïques des patients. L'intensité des affects signe l'échec du travail de transformation qui aurait dû se développer dans la relation entre le nourrisson et son environnement. Cette dynamique sollicite chez le thérapeute une capacité à haïr sans détruire, capacité que D.W. WINNICOTT considère comme normale chez la mère. D.W. WINNICOTT est le premier à théoriser directement le contre-transfert vécu par l'analyste à partir de l'éprouvé de ses propres affects, apportant ainsi un maillon essentiel entre le transfert psychotique et son interprétation. Il étaye le travail interprétatif sur l'éprouvé contre-transférentiel composé d'affects massifs. Pour M. KLEIN la psychose est une potentialité inscrite dans les étapes précoces du développement de la psyché, alors que pour D.W. WINNICOTT la psychose repose sur un trouble du développement précoce mettant en cause l'adéquation des réponses de l'environnement aux besoins de l'enfant.

Avec les travaux de J. LACAN, le débat va se déplacer sur les conditions d'accès à un registre symbolique remettant en question la notion de transfert dans les psychoses ou du moins les conditions de son maniement. Il récusé la notion de « psychose de transfert » établie par les Anglo-saxons et il se montre sceptique et prudent sur le rôle thérapeutique du transfert hors du champ des névroses. Il souligne que le mouvement transférentiel peut précipiter le sujet dans une psychose déclarée. Pour J. LACAN (1955-1956), le transfert psychotique est une forme « d'érotomanie mortifiante », une sorte de conviction délirante d'être aimé par son analyste, très différente de l'amour de transfert du névrosé. Le transfert est compris comme directement articulé au processus délirant, ce qui exclut tout effet à son interprétation. Cette conception rend compte du vécu d'inaccessibilité éprouvé dans la rencontre avec un état psychotique, et du rapport particulier qu'il peut tisser avec le langage. La position lacanienne a elle aussi évolué vers l'accueil nécessaire d'une parole, d'une urgence subjective, d'une urgence à dire tout ce qui arrive d'insensé, d'irreprésentable.



Ce rapide parcours sur les évolutions de la notion de transfert dans les problématiques psychotiques explore des lignes différentes dont une synthèse ferait perdre la richesse. Cependant, deux axes permettent de situer les modalités transférentielles mises en jeu dans les états psychotiques. Le transfert psychotique confronte, d'une part, à ce qu'il est possible d'appeler une mise en indécidabilité du statut subjectif de l'objet, que S. FREUD a théorisé comme une régression à un état narcissique primaire anobjectal, et, d'autre part, à un trouble du processus représentatif affectant directement l'appareil de langage et le statut des symboles. Le trouble, le désarroi, ressenti dans la relation psychothérapique par le clinicien rend compte des différents registres de cette indécidabilité. C'est ce mode de rapport à soi, ou plus précisément à son psychisme qui se transfère dans la relation thérapeutique ouverte par l'écoute clinique. Dans cette optique, le clinicien n'est plus confronté à un état ultime de la psyché, mais au fruit d'une dynamique psychique porteuse d'une histoire, il devient le « miroir de l'impensé de soi » selon la formule de R. ROUSSILLON.

Les états psychotiques sont donc perçus dans la pratique clinique à partir de l'empreinte qu'ils imposent : la désorganisation dans les attentes du clinicien associée à des éprouvés marqués par l'anxiété oscillant entre

le rejet et la haine. C'est en rencontrant ce qui est perçu comme une faille dans l'environnement réactivant les modalités de rencontre avec l'environnement primaire que se transfèrent les éprouvés non subjectivés. Une théorisation du transfert dans les problématiques psychotiques doit se doubler d'une compréhension du désarroi de la pensée du clinicien permettant son élaboration. La situation relationnelle ainsi établie reprend le modèle de SEARLES sur « l'effort pour rendre l'autre fou » tout en la nuancant, il n'y a pas d'adresse *a priori* dans le premier temps de cette dynamique, mais ce premier temps est la condition pour qu'une adresse prenne forme. Un des enjeux fondamentaux de cette situation relationnelle est d'établir une réflexivité permettant de se dégager de deux lignées interprétatives, la première renonçant à la notion de transfert dans les psychoses, la seconde attribuant au transfert psychotique l'ensemble des vécus du clinicien. C'est le rétablissement de cette fonction réflexive différenciant ce qui appartient au clinicien que ce qui appartient à son patient qui soutient le travail d'appropriation subjective.

Vincent Di Rocco
Maître de Conférences en psychologie
et en psychopathologie cliniques



Bibliographie

- ABRAHAM K. (1908), « Les différences psychosexuelles entre l'hystérie et la démence précoce », in Œuvres complètes, t.1, Paris, Payot, 1965.
- BLEGER J. (1967), Symbiose et ambiguïté, Paris, PUF, 1981.
- BLEULER E. (1911), Dementia praecox ou groupe des schizophrénies, Paris, EPEL GREC, 1992.
- FEDERN P. (1945), La psychanalyse des psychoses, Paris, PUF, 1979.
- FREUD S. (1937), « Construction en analyse », in Résultats, idées, problèmes, Paris, PUF, 1987, pp. 269-281.
- HOCHMANN J. (1981), « La peur du fou », Santé Mentale au Québec, Vol. VI, 1, pp.3-18.
- LACAN J. (1955-1956), Le séminaire, livre III, les psychoses, Paris, Seuil, 1981.
- ROSENBERG H.A. (1965), Les états psychotiques, Paris, PUF, 1976.
- ROUSSILLON R. (2001), Le plaisir et la répétition, Paris, Dunod.
- SEARLES H. (1965), L'effort pour rendre l'autre fou, Paris, Gallimard, 1977.
- WINNICOTT D.W. (1947), « La haine dans le contre transfert », in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D.W. (1971), « La crainte de l'effondrement », in Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1975, 11, pp. 35-44.



Fonctions du processus délirant : du traumatisme à la survivance de la symbolisation

Simon FLEMAL

Bernard CHOUVIER

Lorsque l'on évoque le délire psychotique, celui-ci est généralement associé dans le langage courant à l'apparition soudaine et désorganisée de pensées incongrues causée par un état de confusion mentale ou par une perturbation logique du raisonnement. En somme, il apparaît comme une manifestation pathologique dépourvue de sens qui s'écarte de la façon « normale » de percevoir le monde. La version la plus récente du « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* », ouvrage de référence de la classification nosographique en psychiatrie, s'inscrit dans cette perspective puisqu'il définit le délire comme une « croyance erronée » sur la réalité extérieure, basée sur une « distorsion ou exagération de la pensée déductive », qui est « soutenue avec conviction en dépit de preuves contraires évidentes à propos de sa véracité ».

Bien qu'il s'agisse de reconnaître que certains contenus délirants peuvent être en décalage avec le sens communément partagé par un ensemble d'individus, ce mode de définition du délire présente le risque de produire une approche exclusivement déficitaire de l'activité délirante. Cette dernière ne peut alors être perçue que comme le résultat d'une erreur, d'un déficit ou d'une défaillance de l'organisation mentale et affective. Ainsi, ne considérer les formations délirantes qu'à partir de leur désordre apparent tend à négliger l'importante complexité et l'incroyable richesse des processus psychiques qu'elles mobilisent. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de développer et de soutenir une conception du fonctionnement délirant non plus à partir des critères propres à l'observateur extérieur, mais spécifiquement à partir des qualités et des paramètres subjectifs du délire.

En nous inscrivant dans la perspective ouverte par FREUD (1937) du délire comme tentative de "solution psychique", nous avons développé un travail de recherche (FLEMAL, 2010 ; 2011 ; 2013) portant le sens métapsychologique de l'activité délirante. La notion de sens à laquelle nous nous référons ici est à entendre à partir de deux niveaux distincts du fonctionnement délirant, à savoir le sens non seulement que ce dernier véhicule, mais également qu'il produit. Cela revient à dire que nous nous sommes intéressés au délire à partir tant du contenu de significations dont il est porteur, bribes d'un passé impensable, que de la fonctionnalité psychique qu'il réalise à l'égard de ces fragments d'histoire impensés. Dans ce cas, le sens ne relève plus seulement de l'ordre de la signification, mais également de la fonction. Ces deux registres du sens que nous proposons d'appliquer aux formations délirantes nous semblent déjà transparaître dans l'œuvre

de FREUD lorsque ce dernier évoque le délire à partir du « morceau de vérité historique » qu'il recèle et de la « tentative d'explication » que, méthodiquement, il engage.

Ainsi, là où le délire pouvait être entendu comme le parangon d'une divagation ostentatoire de l'esprit, nous avons cherché à y reconnaître les indices d'un sens tant sémantique que fonctionnel. Dans cette alternative ouverte par la psychanalyse, le délire, moins de relever d'une causalité déficitaire, correspond à une manifestation possible d'une causalité psychique propre à la condition humaine. De cette manière, il s'agit, selon nous, de rétablir la qualité subjective du délire psychotique à partir du sens dont il se fait bâtisseur.

Avant de développer les différentes fonctions du délire mises en évidence à l'occasion de notre recherche, il nous faut tout d'abord envisager les enjeux des psychoses auxquels celui-ci se rapporte.

Potentialité psychotique et fonctions du délire

Dans la continuité des apports théoriques de S. FREUD, de nombreux auteurs psychanalytiques ont souligné le lien possible entre l'établissement d'une psychose et la survenue d'un traumatisme primaire ne pouvant être intégré au sein de la subjectivité. La dynamique des psychoses procéderait ainsi d'un événement catastrophique se produisant au cours des premières relations du sujet à son environnement. Cette expérience perturbatrice comme condition de la psychose a été conceptualisée sous différentes formulations au sein de la littérature psychanalytique. Ainsi, W. R. BION (1967) a parlé de « terreur sans nom », D. W. WINNICOTT (1974) d'« agonie primitive », R. ROUSSILLON (1999) de « terreur agonistique » et A. GREEN (2002) d'« angoisse impensable » pour désigner un éprouvé traumatique pouvant présider au développement d'une psychose. Comme le souligne R. ROUSSILLON (1999, 2001, 2007), ces différentes situations ont en commun de confronter le sujet à une impression de mort psychique « sans fin, sans issue et sans représentation » tout en lui faisant éprouver un sentiment de « solitude d'être radicale ».

En s'inspirant également des théorisations freudiennes, P. AULAGNIER (1975, 1979, 1984) a, quant à elle, proposé de concevoir les psychoses à partir d'un ensemble de variables psychiques susceptibles de présenter une certaine « potentialité psychotique ». Cette dernière dériverait ainsi d'une triple condition. La première se rapporte à la survenue massive et sidérante d'un éprouvé de déplaisir au sein de la relation primaire du sujet à son



environnement. Dans ce cas, le ressenti affectif, moins de comporter une valeur tonale et informative sur le vécu de l'enfant, tend à déborder l'organisation mentale et corporelle de ce dernier. La seconde condition concerne un discours qui, soit méconnaît la souffrance du jeune sujet, soit vient y apposer un énoncé a-sensé, rendant dès lors impossible toute forme d'appropriation de l'expérience sensori-affective.

Enfin, la troisième condition, directement issue de la précédente, correspond à la production d'un conflit désorganisateur entre, d'une part, les identifiés du sujet, c'est-à-dire l'ensemble de ses éprouvés et de ses sensations corporelles, et, d'autre part, les identifiants qu'il pos-

sède, à savoir le capital représentatif dont il dispose afin d'interpréter ces dernières. Autrement dit, en raison de la discordance entre ce que l'enfant éprouve de la relation à l'environnement et la traduction qui lui en est faite, se crée une contradiction inassumable entre les deux termes « identifiant-identifié » qui coordonnent sa position subjective. Précisons d'emblée que, selon P. AULAGNIER, ces trois conditions ne s'avèrent pas suffisantes à l'établissement d'une psychose, mais qu'elles comportent plutôt une potentialité psychotique qui pourra s'actualiser ou non en fonction des interactions ultérieures du sujet avec ses partenaires relationnels.

En nous inscrivant dans le sillage de ces différents auteurs, nous avons posé l'hypothèse du délire comme tentative extrême de solution psychique visant à pallier l'absence de toute subjectivation d'une expérience traumatique primaire. Afin de mettre en évidence les fonctions que soutiennent les constructions délirantes, nous avons élaboré une grille d'analyse qualitative permettant, pour chacun des cas cliniques que nous avons étudiés, de repérer certaines régularités processuelles dans le déroulement du délire. Ainsi, en nous basant sur des paramètres psychiques déterminés tels que le mode d'angoisse, les mécanismes de défense mobilisés, le rapport du sujet à son corps, au langage, à l'autre, etc., nous avons cherché à circonscrire des constantes au sein des processus psychiques activés par le délire. Le repérage de ces différentes tendances nous a permis de dégager trois principales fonctions du délire psychotique, tout en soulignant que ces constantes processuelles se conjuguent et se déclinent pour tout sujet en une construction à chaque fois singulière.

Ainsi, au regard de l'expérience agonistique et du débordement pulsionnel qu'il produit, nous suggérons que le délire psychotique préside à trois principales fonctions psychiques. La première, conceptualisée sous le terme de « fonction contenant », envisage le délire comme un espace psychique propre à contenir et à transformer de manière signifiante les fragments de l'impensé traumatique. En s'appuyant notamment sur la mise-en-forme sensorielle à laquelle procèdent les hallucinations (GIMENEZ, 2010), la fonction contenant du délire s'efforce ainsi de rassembler en une traduction interprétée les résidus mnésiques se rapportant à la part non-assimilée de l'histoire du sujet. De cette façon, la réalité insensée de la personne délirante bénéficie de ce que nous avons appelé un « déplacement sémantique ». Ce dernier consiste à transposer dans les dimensions du pensable l'éprouvé traumatique venant sans cesse hanter l'espace psychique et corporel du sujet psychotique.

Toutefois, en raison des propriétés formelles du travail délirant, à savoir une activité de pensée ne se déployant pas nécessairement sur un fond d'échange mutuel avec l'autre et ne s'organisant pas à partir d'une représentation de l'absence comme miroir interne de la psyché, la fonction contenant du délire tend à se révéler insuffisante pour traiter subjectivement le traumatisme primaire. Dans ce cas, nous suggérons que le délire peut déployer une opération psychique supplémentaire visant à prolonger l'action apaisante de sa fonction contenant et conteneur (KAËS, 1979). À défaut de pouvoir procéder à une transformation élaborative des éprouvés traumatiques, l'activité délirante peut ainsi évacuer sur un objet du monde extérieur la partie pléthorique d'excitation pulsionnelle n'ayant pu être suffisamment intégrée à l'espace contenant du délire. De cette manière, la personne délirante peut localiser au dehors d'elle les pulsions envahissantes qui l'encombrent tout en s'en protégeant par la mise en place d'une certaine maîtrise psychique.

De plus, cette seconde fonctionnalité du délire, que nous avons appelé « fonction localisante », permet de redéployer dans un nouveau contexte relationnel le vécu

impensable qu'a rencontré la personne psychotique au sein de la relation primaire à son environnement. Elle procède ainsi à un « déplacement topique » de l'expérience insensée du sujet, c'est-à-dire qu'elle tend à la transposer dans une réalité objectale s'avérant moins traumatique. De cette manière, le délire concourt non seulement à rendre pensable l'histoire du sujet psychotique, mais également à la rendre davantage vivable et supportable pour lui.

L'action conjuguée des fonctions contenant et localisante du délire soutient, selon nous, la survenue d'une troisième fonctionnalité délirante : la « fonction identifiante ». Étant donné que les éprouvés de la personne psychotique se voient progressivement remaniés au cours de son délire, il lui devient possible d'aménager la position traumatique à laquelle elle s'est sentie confrontée au cours de son passé relationnel. Dans ces circonstances, nous pensons que le sujet peut rendre compte de la réorganisation de son expérience à travers un identifiant auto-créé. Ce dernier, par la certitude inébranlable qu'il produit, vient alors suppléer aux énoncés manquants ou insensés concernant l'histoire du sujet et la question de ses origines. Ce faisant, le délire permet une certaine résolution identificatoire en ce qu'il produit un identifiant auto-engendré qui ne rentre plus en conflit avec les éprouvés affectifs du sujet.

L'analyse de nos données cliniques tend également à indiquer que ces trois fonctions de l'activité délirante ne se réalisent pas de façon aléatoire, mais qu'elles s'articulent selon une logique particulière. Il apparaît ainsi qu'à partir de sa triple opération le délire psychotique tend à se déployer en ce que nous avons appelé un « processus délirant ». Ce dernier correspond à l'articulation dynamique, complexe et singulière d'une ou de plusieurs fonctions du délire, à savoir les fonctions contenant, localisante et identifiante, par lesquelles le sujet psychotique tente d'aménager les conditions d'une existence pensable au sein d'une histoire impensée.

L'analyse d'une courte vignette clinique retraçant le parcours institutionnel de Nadia nous permettra de repérer les différentes fonctions possibles du processus délirant ainsi que la manière avec laquelle il tend à soutenir une certaine survivance de l'activité symbolisante face au retour d'éprouvés traumatiques. La question de l'accompagnement clinique de cette jeune dame sera également évoquée dans la perspective d'une certaine modulation des fonctions du délire.

Nadia : des couleurs pour se sentir et se panser

Nadia est une jeune mère de 36 ans hospitalisée sous contrainte à la demande de la justice. Cette mesure de soins s'inscrit dans la répétition de passages à l'acte violents au cours desquels elle se scarifie profondément les bras et les jambes au point de mettre sa vie en péril. De ses passages à l'acte, Nadia ne peut rien en dire, si ce n'est qu'ils constituent l'unique solution qui s'impose à elle lorsqu'elle se sent débordée par l'angoisse. Même au sein de l'institution, elle recourt fréquemment aux scarifications qu'elle vient ensuite exposer au personnel infirmier

afin qu'on la soigne et qu'on la panse. Bien qu'elle puisse après-coup en mesurer la gravité, Nadia dit ne pas pouvoir arrêter la survenue de ces raptus destructeurs tant elle se voit soudainement submergée par l'angoisse.

Lors de nos discussions et de nos entretiens, Nadia s'interroge sur la survenue de ses angoisses qu'elle relie, dans l'après-coup, à certains épisodes de son histoire familiale. Ainsi, elle est la benjamine d'une fratrie de sept enfants issue d'une mère infirmière, aujourd'hui décédée, et d'un père opticien. Suite aux abus répétés de ce dernier, Nadia a été placée avec ses frères et ses sœurs en maison d'accueil dès l'âge de six ans. À plusieurs reprises, elle évoque les maltraitements de son père ainsi que la position de sa mère qui, tout en laissant faire son mari, venait ensuite soigner avec beaucoup d'attention les blessures qu'il lui avait infligées. L'évocation de ces souvenirs semble particulièrement angoissante et douloureuse pour elle au point qu'il s'agira, à l'occasion de nos rencontres, de ne pas trop convoquer le retour envahissant de ces expériences infantiles.

Nous remarquons avec l'équipe soignante que ce sentiment d'abus éprouvé par Nadia tend rapidement à se réactualiser dans certaines conditions relationnelles, au point que cette dernière finit par développer un discours empreint de méfiance et d'accusations hostiles à l'égard des autres. Que ce soit à l'occasion d'un regard échangé avec un homme dans la rue, d'un trajet en taxi où elle se retrouve seule avec le chauffeur ou d'une discussion avec un autre patient du service, Nadia se dit sans cesse victime d'attentions douteuses et de comportements visant à profiter de son corps. Ces agissements mauvais qu'elle perçoit chez les autres lui suscitent des cauchemars au sein desquels elle se voit en train d'être abusée par son père. Captive de son angoisse, la patiente s'entaille alors le bras et s'en va prévenir les infirmières afin qu'on la soigne et qu'on la rassure. Aussi, comme Nadia le repère elle-même : « Quand je me sens trop mal, je passe à l'acte. »

En s'éclairant de son discours, tout semble se passer comme si Nadia se trouvait confrontée à la réactivation d'éprouvés traumatiques qui, ne pouvant s'inscrire dans la trame d'une histoire subjective, venait compulsivement se renouveler de manière hallucinatoire dans le présent de son expérience. À défaut d'un domicile symbolique interne où elles pourraient se loger, ces sensations agonistiques se mettent à pulluler de manière diffuse et erratique dans le paysage relationnel de Nadia. Cette dernière tend dès lors à élaborer une interprétation délirante selon laquelle les personnes qu'elle rencontre ne cessent de vouloir abuser de son corps. Ainsi, là où les traces de l'expérience traumatique ne peuvent prendre forme au sein d'un travail de représentation partagé avec l'autre, le délire produit une mise en récit substitutive en matérialisant en l'autre les impressions d'abus éprouvés par la patiente. Cet essai de symbolisation et de localisation psychique soutenu par le délire signe une manière, propre à Nadia, de se protéger du retour hallucinatoire des éprouvés traumatiques n'ayant jamais pu se vivre ni se signifier au sein de la relation primaire avec son environnement. À défaut d'identifiants puisés dans la

relation à l'autre par lesquels elle pourrait se laisser aller à son expérience tout en la représentant, Nadia semble produire, au moyen du processus délirant, des énoncés palliatifs (« On veut me violer, on cherche à m'abuser ») permettant de donner une première explication à ce qui ne cesse de se répéter pour elle. De même, le fait que ce sentiment indicible d'abus soit localisé par le délire dans d'autres scènes relationnelles que celle de son environnement primaire pourrait être entendu comme un appel à ce qu'une autre issue tant affective que représentative puisse advenir au sein de son entourage.

Il s'agit toutefois de remarquer que, dans la situation de Nadia, les fonctions contenant et localisante du délire n'aboutissent pas à une stabilisation, ne fût-ce que temporaire, des perceptions hallucinées. Au contraire, face à la prégnance de l'angoisse traumatique, la tentative de traduction signifiante initiée par le délire semble systématiquement se dégrader en un mode d'expressivité plus primaire et plus radicale à travers le recours aux scarifications. Ces dernières constituent ainsi, au-delà du processus délirant, l'ultime forme de narration d'un passé innommable, qui, comme l'énonce R. ROUSSILLON (2007), épuise le corps en le faisant *support d'une impossible écriture*.

En nous repérant des limites du pouvoir auto-symbolisant du délire de Nadia, nous avons soutenu, au cours de l'accompagnement thérapeutique, une perspective de travail qui ne passait pas tant par le déploiement des fonctions du processus délirant que par une certaine modulation de celles-ci. Nous avons notamment accompagné la patiente dans l'activité de dessin et de représentation picturale progressivement mise en œuvre par elle au cours de son hospitalisation. Nadia a ainsi commencé à tracer des traits de couleurs rouges lorsqu'elle se sentait submergée par l'angoisse. Lors de nos rencontres, elle explique que ces dessins, relativement succincts dans un premier temps, lui permettent de ressentir certaines sensations corporelles tout en les inscrivant dans une activité de création qui ne met pas à mal son corps. La production de ces traits rouges semble, dans le cas de Nadia, associée à la réactivation de vécus traumatiques qui, comme le soutient A. BRUN (2007), trouvent dans la matière picturale l'occasion d'une mise en forme et d'une première figuration psychique. Le temps du dessin constitue également des moments d'échange lors desquels Nadia peut elle-même réaliser un travail de nomination de ses éprouvés et ainsi poser, en compagnie des intervenants qui l'entourent, des identifiants sur ce qu'elle vit et ressent avec l'autre. Progressivement, les traits rouges qu'elle trace se complexifient et donnent lieu à des représentations d'arc-en-ciel de plus en plus affinées par lesquelles elle dit pouvoir mettre en couleur ses « idées noires ». Nous remarquons que le déploiement de ce travail pictural coïncide avec une importante réduction du nombre de passages à l'acte et une certaine dilution des idées délirantes d'abus qu'elle continue toutefois à ressentir lors de certaines occasions. Bien que les sensations hallucinées et les sentiments de persécution réapparaissent ponctuellement, Nadia continue de composer ses dessins d'arcs-en-ciel qui constituent autant de supports à une présence plus apaisée avec l'autre.

Le délire, objet à et pour symboliser ?

Comme la situation de Nadia nous l'enseigne, le délire témoigne d'un effort de l'activité psychique à poursuivre, au-delà de la tempête, son travail de représentation et d'appropriation subjective de l'expérience vécue. Toutefois, la portée de cette symbolisation rémanente reste inféodée aux conditions traumatiques dans laquelle elle s'inscrit. Ainsi, le délire est à la fois l'indice d'une vitalité représentative qui survit et en même temps le signe d'un processus d'élaboration qui, souvent, peine à aboutir à une historisation des éprouvés subjectifs. Dans ce contexte de relative indétermination des effets du délire sur le devenir symbolique de l'histoire du sujet, il nous semble qu'aucune réponse thérapeutique préprogrammée à l'avance ne saurait convenir dans l'accompagnement des personnes délirantes. Comme le résume J.-C. MALEVAL (2011, p.234) : « Nulle réponse systématique ne saurait [...] convenir en présence d'un sujet qui présente une psychose avérée. [...] La qualité de la relation médecin-malade constitue un très bon prédicateur de la réponse thérapeutique. Cette qualité ne saurait être obtenue en usant de réponse stéréotypée aux demandes du patient. Elle nécessite tout au contraire une écoute attentive prête à accueillir la singularité de chaque situation. »

Il nous semble qu'au sein de cette clinique du cas par cas, un vecteur du travail auprès de sujets délirants pourrait consister en la mise au point de modes de transformation représentative par lesquels les éprouvés du sujet sont susceptibles de perdre leur forme et leur caractère traumatiques. Des modalités de symbolisation diverses et variées, soutenues, voire élaborées par le sujet lui-même,

nous paraîtraient à cet égard des indications cliniques à privilégier. Dans cette perspective, le délire ne serait pas un obstacle à la représentation, mais constituerait à la fois un objet psychique à symboliser et une occasion particulière pour restaurer le processus de symbolisation dans sa dimension d'échange et d'accordage réciproques. Moins d'être antinomique à toute forme de mise en histoire, le processus délirant pourrait ainsi être le support d'une relance de l'activité de pensée lorsqu'il s'insère dans un mouvement de partage et de transitionnalisation progressive des éprouvés traumatiques avec le clinicien. La construction et l'ajustement d'une « relation homosexuelle primaire en double » (ROUSSILLON, 2002) au sein de laquelle pourrait se produire, s'échoïser et se réfléchir les sensations perturbatrices qui tenaillent le sujet nous sembleraient être une condition à approfondir afin de préciser les logiques de ce travail de subjectivation du délire.

Simon FLÉMAL

Psychologue clinicien à l'Hôpital d'Accueil Spécialisé
de la Clinique Fond'Roy à Bruxelles,
docteur en psychopathologie et psychologie clinique
et chargé d'enseignement à l'Université Lumière-Lyon 2
ainsi qu'à l'Université Libre de Bruxelles.

Bernard CHOUVIER

Psychologue clinicien, Professeur émérite de
psychologie clinique à l'Université Lumière Lyon 2.

Bibliographie

- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). (2003). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Français. Paris : Elsevier Masson.
- AULAGNIER, P. (1975). La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. Paris : PUF, 2005.
- AULAGNIER, P. (1979). Les destins du plaisir – aliénation, amour, passion. Paris : PUF, 1984.
- AULAGNIER, P. (1984). L'apprenti-historien et le maître-sorcier – du discours identifiant au discours délirant. Paris : PUF, 2004.
- BION, W.R. (1967). Réflexion faite. Paris : PUF, 1983.
- BRUN, A. (2007). Médiations thérapeutiques et psychose infantile. Paris : Dunod.
- FLÉMAL, S. (2013). Quelle définition du délire dans la psychose ? Pour une approche fonctionnelle du processus délirant. Annales Médico-Psychologiques, 171 : 595-602.
- FLÉMAL, S. (2011). D'une étude métapsychologie de la fonction délirante dans les processus psychiques de la schizophrénie. Thèse de doctorat sous la direction de B. Chouvier et A. Lefèbvre. Université Lumière Lyon II, Université Libre de Bruxelles.
- FLÉMAL, S., CHOUVIER, B., LEFÈBVRE A. (2010). La fonction cicatrisante du délire dans la schizophrénie. Évolution psychiatrique, 75 : 395-407.
- FREUD, S. (1937). Constructions dans l'analyse. In : Résultats, Idées, Problèmes II. Paris : PUF, 1987, pp. 269-281.
- GIMENEZ, G. (2010). Halluciner, percevoir l'impensé. Approche psychanalytique de l'hallucination psychotique. Bruxelles : De Boeck.
- GREEN, A. (2002). La pensée clinique. Paris : Odile Jacob.
- KAËS, R. (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle. In : D. ANZIEU, J. BLEGER, J. GUILLAUMIN, et al., Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, pp. 1-81.
- MALEVAL, J.-C. (2011) Logique du délire. Nouvelle édition revue et augmentée. Rennes : PUR.
- ROUSSILLON, R. (1999). Agonie, clivage et symbolisation. Paris : PUF.
- ROUSSILLON, R. (2001). Le plaisir et la répétition, théorie du processus analytique. Paris : Dunod.
- ROUSSILLON, R. (2002). Le lien, l'attachement et le sexuel. Adolescence, 40 : 241-252
- ROUSSILLON, R. (2007). Postface : les situations extrêmes et leur devenir. In : A.E. Aubert, R. Scelles (Eds.), Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes. Paris : Éres, pp. 215-226.
- WINNICOTT, D. W. (1974). La crainte de l'effondrement. In : La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris : Gallimard, 2000, pp. 205-216.

Le psychotique et le psychanalyste

D'une pratique possible

Entretien avec Jacques BORIE par Françoise GUÉRIN

Françoise GUÉRIN : Jacques BORIE, merci de me recevoir pour évoquer ensemble votre ouvrage « *Le psychotique et le psychanalyste* », paru en 2012 aux Éditions Michèle. Tout d'abord, c'est un livre très clinique. Vous livrez une galerie de portraits qui sont autant d'hommages au labeur incessant auxquels doivent se livrer les sujets psychotiques confrontés au trop de réel de la langue. Les cas sont saisissants, mais, comme vous le précisez, chaque élément ne vaut que pour un sujet. Est-ce à dire que vous proposez une clinique du *un par un* ?

Jacques BORIE : Bien sûr, on propose une clinique du *un par un*, d'abord parce que la clinique, c'est l'intérêt pour le singulier. La particularité d'un sujet est plus pertinente que le concept sous lequel on peut le ranger. Par exemple, le cas SCHREBER est plus enseignant que le concept de paranoïa. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas des leçons qu'on peut extraire de chaque cas, qui peuvent valoir pour d'autres. Toute la question de la singularité est qu'elle a, quand même, une dimension transmissible, c'est ce que j'ai essayé de faire dans ce livre : m'en tenir au cas par cas pour ce qui est de la galerie de portraits que vous évoquez, tout en essayant d'extraire quelques enseignements qui peuvent valoir pour d'autres. Voilà l'esprit de la chose.

FG : On a beaucoup dit, et c'est ce qu'on enseigne encore souvent, que la psychanalyse ne conviendrait pas aux sujets psychotiques en raison, notamment, des difficultés pour investir l'autre du transfert. FREUD avait déjà cette position-là, lors de ses premiers travaux. Or cela ne semble pas si simple que ça.

JB : Oui, on peut tout à fait répondre à ça. FREUD a inventé la psychanalyse non pas avec les psychotiques, mais avec les hystériques. Et, donc, la logique qu'il dégage de l'inconscient ne peut pas être pertinente pour les psychotiques. Non pas que ceux-ci n'aient pas d'inconscient, bien évidemment – dès lors qu'on parle, on a un inconscient –, mais ils n'ont pas le même rapport à l'inconscient. Justement, c'est ce que Jacques LACAN a dégagé : c'est que le mécanisme du *refoulement* n'opère pas pour le psychotique. Ce qui opère, c'est un mécanisme déjà repérable chez FREUD qui est la *forclusion* et qui ne rend pas accessible le matériel inconscient sous la modalité du retour du refoulé. Donc l'opération analytique ne peut pas être de la même nature qu'avec les névrosés. Cependant, FREUD n'a jamais objecté à ce qu'il y ait une pratique analytique avec les psychotiques, même si, lui, n'en avait pas le goût.

C'est pourquoi, dès le début, certains de ses élèves comme JUNG, BLEULER, ABRAHAM et d'autres se sont penchés sur les psychotiques avec des fortunes diverses, mais FREUD ne les a jamais dissuadés. C'est là-dessus que LACAN a apporté l'essentiel puisque son point de départ, ce n'est pas la névrose, mais la rencontre avec les psychotiques. Ce point de vue est essentiel à saisir : ce n'est pas une opposition, c'est une différence de point de départ qui rend possible, pour LACAN, l'abord de la psychose par la psychanalyse. Et, deuxièmement, l'argument essentiel, c'est la pratique elle-même. À savoir qu'aujourd'hui, de nombreux psychotiques s'adressent au psychanalyste, c'est ce dont j'ai voulu témoigner dans mon livre. Je ne suis pas le seul dans ce cas, c'est un phénomène de grande échelle. Donc, on peut simplement répondre par la pratique et l'expérience montre que oui, il y a une rencontre possible entre le discours analytique et le sujet psychotique.

FG : Est-ce que vous pourriez nous en dire un peu plus sur cette pratique et sur la manière dont elle s'oriente. À propos du sujet psychotique en analyse, vous écrivez : « [...] *moins lui importe de vérifier un savoir dans l'inconscient (ce qu'on voit plutôt chez le névrosé) que de cerner quelque chose du réel de la langue elle-même.* »

JB : En effet, on n'opère pas à partir d'une supposition de savoir dans l'inconscient, je vous ai expliqué pourquoi ce n'est pas accessible pour le sujet, mais à propos d'un embarras avec le réel lui-même, de la jouissance, qu'elle soit dans la langue ou dans le corps. Il y a un *trop*. Alors que le névrosé se plaint plutôt d'un manque (il n'y arrive pas, il rate toujours, etc.), le psychotique se présente plutôt du côté d'un *trop*. Trop de jouissance dans le corps, trop de langue qui le commande et qui l'envahit, et c'est donc ce *trop* qu'il s'agit de traiter par le discours lui-même, par la parole pour autant qu'elle introduit, en effet, une négation de ce *trop*.

Pour Florence, c'est sa mère qui s'insinue dans sa vie, jusqu'à ressentir parfois qu'elle commande ses pensées. Elle décrit sa manière de faire, la qualifie de pernicieuse, et regrette de ne pouvoir trouver la réplique au moment nécessaire. À la séance suivante, elle arrive réjouie : « J'ai trouvé un nom pour qualifier l'attitude de ma mère à mon égard : elle est mère-nicieuse ! ».

De cette invention langagière qui nous fit bien rire, elle se sert désormais comme d'un appui pour se sentir moins envahie.

BORIE J., *Le psychotique et le psychanalyste*, Éditions Michèle, Paris, 2012, p.27

C'est donc une première orientation : traiter le réel qui se présente toujours en excès pour y introduire un *moins* qui est la possibilité, pour le sujet, d'habiter le langage d'une façon *moins* envahissante, *moins* persécutante. C'est le premier point de notre orientation. Ensuite, ça ne suffit pas, bien sûr. Le deuxième point, c'est de trouver la particularité, pour chaque sujet, dans sa façon de traiter l'excès de jouissance : la manière dont il peut construire une solution particulière, par un objet, par un signifiant, par une nomination, par la construction délirante, par d'autres choses encore, car on n'a pas d'*a priori* sur le mode de solution qui va lui permettre de trouver un symptôme qui fasse, pour lui, tenir l'ensemble de ce qui est éparé et qui permette un minimum, voire plus, de lien social.

Madame F. est souvent aux prises avec la difficulté de faire tenir son corps. Le lien entre les différentes parties de son corps et l'image que lui renvoie le miroir ne lui paraît pas évident, ce qui lui procure un sentiment d'étrangeté incompatible avec une expérience d'unité. Aussi, depuis sa plus tendre enfance a-t-elle recours à la pratique du dessin pour lui permettre d'appréhender et ressentir l'unité du corps propre : « Dès que j'ai su tenir un crayon, j'ai fait des dessins d'anatomie. » Cela consistait à reproduire minutieusement chaque partie du corps, une à une, avant de les archiver dans des cahiers. À défaut de l'image du corps, l'idée était de créer un lien entre les morceaux pour obtenir une unité : elle utilisait donc un système de renvoi par des chiffres. Cette activité graphique lui assure une certaine continuité pour traiter le problème du lien entre l'image et le mot, c'est-à-dire entre l'imaginaire et le symbolique. Ce lien n'ayant pour Madame F. rien de naturel, elle doit sans cesse l'inventer. « Depuis l'enfance, je sais qu'il y a quelque chose qui ne tient pas. Je dois toujours coudre, ravauder, rapiécer. L'analyse, ça sert à faire pareil, mais à deux, c'est mieux, c'est moins fatigant. »

BORIE J., *Le psychotique et le psychanalyste*, Éditions Michèle, Paris, 2012, p.23.



Voilà, en quelque sorte, les deux dimensions de l'expérience avec les psychotiques : introduire une négativité qu'apporte le langage lui-même, et trouver, à partir des inventions du sujet et pas nos idées à nous, la modalité selon laquelle sa solution sera compatible avec l'*ordre du monde*, comme le disait un patient que je cite dans mon livre. Voilà, à peu près, l'orientation à grands traits qu'il me semble que la plupart des cas que j'expose vérifie.

FG : Cependant, c'est quand même un peu paradoxal de penser traiter, pour un sujet, son rapport compliqué à la langue, précisément par la langue...

JB : Bien entendu, c'est le paradoxe même de l'être humain qui n'a pas d'autre habitat que le langage. C'est ce que LACAN développe particulièrement, il parle de la prison de la langue. Contrairement à l'animal qui s'affranchit de cette prison et qui vit sa jouissance directement, l'être humain ne peut qu'en passer par là. Il est fils du langage, c'est à la fois sa limite, sa persécution même parfois, puisque la langue lui revient comme un commandement pur, mais il n'y a pas d'autre solution. Il s'agit de supposer, donc, qu'à l'intérieur même de la langue qui est une prison, qui est un mur, comme le dit LACAN, il y a de multiples possibilités de savoir-faire avec, et c'est là-dessus que nous travaillons. Il y a, en effet, une langue comme habitat, c'est pour ça que LACAN distingue le sujet névrosé qui habite le langage du sujet psychotique qui est habité par lui, comme par un parasite.

Monsieur R. a l'impression fort désagréable que des sons circulent dans son cerveau de façon erratique, sans qu'il puisse les contrôler, ni attribuer aucun sens à ces manifestations parasitaires. Cela se condense particulièrement dans le son « ou ». Au cours du travail analytique, lui revient un souvenir d'enfance qu'il situe comme étant son souvenir le plus ancien. A l'époque, lorsqu'il avait peur, c'est ce son qui envahissait sa tête, et il ne pouvait s'en détacher. Plus tard, à l'occasion de crises d'angoisse, ce même son lui revenait, associé à une pensée : est-ce le « ou » du cri du loup, ou le « ou » du « ou bien », l'« ou » du choix ? Insoluble question qui le paralysait.

Du fait qu'elles permettent un déploiement de la langue, les séances produisent une certaine atténuation de ce phénomène parasitaire ; la masse sonore se décompacte, ouvrant à la circulation de diverses nuances de sens. Pris dans la conversation, le son perd un peu de son poids de réel.

BORIE J., *Le psychotique et le psychanalyste*, Éditions Michèle, Paris, 2012, p.25

Ce qu'on peut dire, c'est que c'est, au fond, la normalité. Le langage parasite la vie. Et il s'agit de faire avec cette contrainte pour trouver, au contraire, une dimension d'habitat, ce qui suppose que le sujet ne vive pas son rapport au langage de façon passive, mais de façon active. C'est, en quelque sorte, cette inversion que permet le travail analytique puisqu'en donnant la parole au sujet, on le rend, en quelque sorte, responsable de son langage au lieu d'en être l'objet. C'est ce que LACAN appelle le « rebrous-

sement ». Il nous indique comment opérer dans la langue en redonnant la place du sujet, c'est-à-dire de celui qui a un rapport constructif, actif avec la langue et qui n'est pas dans la position d'être passivé, victime du commandement de l'autre, des injonctions, de la persécution. Vous comprenez le problème, ça implique d'avoir une idée du langage comme bien autre chose qu'un simple instrument de communication. C'est parfois par quoi le sujet jouit, est joui, et donc il faut s'arranger avec ça pour trouver des modalités compatibles avec la vie et le lien social. C'est aussi ça, l'invention à faire dans le travail analytique.

FG : C'est vraiment un travail d'une très grande précision que vous livrez dans ce livre. Justement, à propos de ce rapport à la langue et de ce pas à pas, dans un passage, vous parlez de compagnonnage avec le sujet psychotique. Or, dans ce domaine, ce n'est pas tout à fait d'actualité, le compagnonnage...

JB : Ben non. Nous sommes du côté du sujet. On dirait même, faisons un pas de plus, pour nous, le sujet psychotique est notre maître. Ce n'est pas nous, le maître. C'est ce qu'on voit aussi dans les présentations de malades : c'est lui qui nous enseigne. On n'a aucune idée de ce que le sujet vit, on ne peut pas s'identifier. C'est à lui de nous le dire et à nous, simplement, de demander des explications. Nous partons du point de vue que nous ne comprenons pas, mais que nous allons apprendre. C'est parce que nous avons, avec le sujet psychotique, un style de conversation, lui demandant de nous expliquer ce qui lui arrive toujours plus précisément. Et, en même temps, de traduire sa langue la plus intime qui est, peut-être, la plus délirante, de la traduire pour l'autre. Donc, déjà, d'en faire un usage pas uniquement autistique. C'est aussi ça, le pari de la conversation, mais le point de départ, en effet, ce n'est pas d'être du côté du maître, de celui qui dit au sujet comment faire - s'il y a quelque chose qui persécute les psychotiques, c'est bien ça - mais, au contraire, être celui qui va apprendre, avec le sujet, sa propre langue, sa propre manière de faire avec les autres et avec son corps, et qui, évidemment, va aussi chercher avec lui des solutions aux impasses de ses problèmes puisque, bien entendu, le sujet, s'il nous parle, c'est qu'il est embarrassé par quelque chose. Et qu'il s'agit de voir avec lui de quoi est fait cet embarras et quelles sont les modalités possibles d'un arrangement nouveau à trouver.

« On voit dont là un paradoxe typique de la psychanalyse : le sujet psychotique est affecté d'une maladie de la langue et c'est par l'usage de la langue qu'il veut alléger sa souffrance. »
Jacques BORIE - Le psychotique et le psychanalyste

FG : Parmi les lecteurs de Canal Psy, nombreux sont ceux qui ont déjà une pratique clinique et qui étudient la psychologie à partir d'une première expérience d'éducateur, d'infirmier, d'enseignant, de travailleur social etc. Leur pratique est souvent institutionnelle. Pourtant, il me semble que votre travail les concerne aussi...

JB : J'ai développé, dans ce livre, le point de vue de la pratique analytique la plus classique : un psychanalyste reçoit, à son cabinet, des patients psychotiques. Mais la question de l'analyse ne se résume pas à ça. C'est pour ça que j'explique aussi, dans mon livre, que l'on peut rencontrer les patients psychotiques dans d'autres contextes, le contexte institutionnel, et qu'on n'oppose nullement l'un à l'autre, ça, c'est très important à saisir. Donc, on peut rencontrer les psychotiques à l'hôpital et dans les institutions, car il est bien clair que, pour certains, le discours commun ne les fait pas tenir et que la suppléance de l'institution est très utile. On peut les rencontrer aussi dans d'autres lieux tels que le CPCT (Centre psychanalytique de consultations et de traitement) et les présentations de malade. On n'oppose nullement l'analyse et les autres pratiques, institutionnelles en particulier, qui ont toute leur pertinence, à condition qu'elles veuillent bien s'éclairer par les éléments de la structure du sujet tels que nous les avons grâce à FREUD et LACAN. Et c'est aussi pour ça que je témoigne de ma fonction institutionnelle en tant que responsable d'une institution de psychotiques et d'autistes parmi les plus gravement atteints et je n'oppose nullement cette pratique à celle du psychanalyste. Elles sont tout à fait en lien, il faut plusieurs discours pour faire tenir certains sujets extrêmement perturbés comme ceux-là.

FG : Merci pour toutes ces précisions et pour cet ouvrage qui m'éclaire beaucoup, personnellement, dans mon travail clinique. Pour terminer, et avant de renvoyer les lecteurs à votre livre, j'aimerais que vous nous donniez une ou deux pistes de lecture. Vous avez évoqué *Le Président Schreber* de S. FREUD et on pourrait rajouter le commentaire qu'en a fait LACAN, essentiellement dans le troisième séminaire de son enseignement intitulé « *Les psychoses* ». D'autres suggestions ?

JB : On peut se référer à la large bibliographie qui se trouve dans le livre. A titre d'exemple, on peut lire la thèse de psychiatrie de LACAN : « *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* » ainsi que son texte princeps qui figure dans les « *Écrits* » : « *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose* ». Et bien d'autres choses...

Propos recueillis par Françoise GUÉRIN,
psychologue clinicienne.

Jacques BORIE est psychanalyste,
membre de l'École de la Cause Freudienne,
et psychologue formé à l'Université Lyon 2.

Photolangage©, clinique croisée sur la réflexivité

Processus psychotiques et lien réflexif.

Magali FILLION, Yvan REVELLIN

La méthode Photolangage© est bien connue des psychologues qui l'utilisent dans beaucoup d'institutions soignantes. Elle s'appuie sur un dispositif précis qui utilise la photographie comme objet de médiation¹.

Nous pratiquons cette méthode dans un Institut Médico Educatif afin de traiter des adolescents déficients intellectuels avec ou sans troubles associés. Nous avons choisi de croiser *via* la méthode Photolangage© le regard cognitif et psychanalytique afin de soigner le double processus cognitif et psychoaffectif contenu dans la symbolisation et fortement affecté chez le public que nous rencontrons à l'IME. Les objectifs que nous nous étions fixés étaient de travailler sur l'échange d'imaginaires et de représentations d'une part, et de toucher d'autre part les affects associés aux images sensorielles véhiculées par le travail du groupe en appui sur la méthode.

Nous avons pu observer une amélioration significative des processus de liaison par la pensée en appui sur la parole individuelle et groupale et la pensée en image.

Cette recherche répond au double désir de témoigner de la validité de la méthode avec un public psychotique, et des processus de réflexivité qui s'opèrent dans le groupe.

À noter que la méthode n'est pas un prêt à utiliser. Elle nécessite une bonne connaissance clinique et psychopathologique d'une part et de l'animation des groupes thérapeutiques de l'autre. Sans cela l'accord² des thérapeutes ne pourrait exister.

Lecture cognitive

Un regard sur les processus cognitifs nous interroge sur les mécanismes sous-jacents permettant de passer de l'image à la pensée, individuelle et groupale dans l'espace thérapeutique particulier du groupe Photolangage©.

1 VACHERET Cl. et al., Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques, Paris, Dunod, 2002.

2 Nous parlons d'accord pour définir la manière dont les thérapeutes portent le groupe, interagissent, s'accordent sur le choix des photos,... C'est avant tout un concept qui renvoie à un processus interne d'alliance.

La consigne de ce groupe, celle de choisir une photo pour répondre à une question, fait d'abord appel à des capacités d'encodage, base de toute activité cognitive. Le choix d'une image nécessite de repérer des indices perceptifs visuels objectifs, mais aussi d'effectuer des opérations mentales pour organiser ces indices et les interpréter afin d'évaluer leur pertinence par rapport à la question posée.

Si certains des jeunes du groupe ont accès à ces processus mentaux complexes, pour d'autres cette activité est difficile et le choix se fait de façon pulsionnelle, impulsive, davantage liée aux affects (sur un mode « j'aime/j'aime pas », peu secondarisé).

Par exemple, Laurent³ : « *si je percute pas tout de suite, c'est pas la peine. J'ai regardé globalement, peut-être trop rapidement, mais j'ai rien trouvé* ».

Encoder c'est passer d'une image à une représentation mentale qui peut persister en l'absence de l'objet. Mémoriser, c'est garder la trace, mais aussi organiser des systèmes de repères et de correspondances.⁴

Décrire une photo et la mettre en lien avec un thème ou une question nécessite d'élaborer un contexte autour de ce qui est représenté. D'imaginer un avant et un après l'instant T de la photographie. Il convient de prendre de la distance pour l'inscrire dans une temporalité, des liens de cause à effet, un scénario : pourquoi cette situation est-elle ainsi ? Que s'est-il passé avant ? Que va-t-il se passer après ? Cela nécessite de projeter des relations entre les objets (personnes, situations...). Il faut également prendre en compte l'implicite généré par la situation, ce que beaucoup ont du mal à faire du fait de leur déficience. Quels sont les liens qu'on ne voit pas ? Ce qu'on ne voit pas existe-t-il ? (question de la permanence de l'objet). Se détacher du perceptif n'est pas un processus aisé.

Pour Robert, l'évocation de l'objet absent est impossible, malgré nos sollicitations, notre étayage de la pensée. Il ne peut imaginer ce qui ne figure pas sur la photo, qu'il décrit (presque à chaque séance) par l'objet lui-même : « *ben c'est une photo quoi !* ».

3 Cf. vignette clinique en fin d'article.

4 DOUET, B., Evaluer et comprendre les troubles de la pensée chez l'enfant, Paris, Dunod, 2003.

Lors de la phase de présentation des photos, chacun doit passer de la représentation de choses à la représentation en mots. Une fois les représentations mentales élaborées, il faut les exprimer et les faire partager au groupe. Le langage, symbolisation de la pensée, s'en fait alors le reflet : les discours dans le groupe sont souvent confus, car les liens de causalité qui sous-tendent l'activité intellectuelle sont compliqués pour ces jeunes déficients. La difficulté de mise en lien chez les patients psychotiques peuvent en outre amener à une pensée discontinue, qui semble parfois faire sens pour le groupe, mais sur laquelle il nous est parfois difficile, à nous thérapeutes de rebondir tant les liens nous semblent étranges, voire sidérants. BION parle d'« attaque de liens »⁵ comme d'un mécanisme de défense consistant à traiter les éléments de la pensée indépendamment les uns des autres. Les défenses psychotiques contre les angoisses peuvent également passer par une pensée rigide dans un but de maîtrise de l'environnement.

Pour parvenir à secondariser cette pensée dysharmonique, attaquée, pauvre ou collée à l'image, nous misons sur le conflit socio-cognitif généré par le fonctionnement groupal.

Nos séances de Photolangage® se prêtent tout à fait à des mouvements de comparaison des pensées de chacun. Elles permettent de se confronter à des pensées divergentes (on ne voit pas les mêmes choses sur les photos, on ne les interprète pas de la même façon...) ce qui est souvent repris par les membres du groupe. Le conflit cognitif, c'est-à-dire la contradiction de ses représentations, est ainsi généré par l'interaction sociale.

Le groupe à médiation Photolangage® permet peu à peu de voir le fonctionnement des autres et de s'appuyer dessus pour gagner en flexibilité mentale, apprendre à changer de point de vue. En appui sur la pensée groupale et ses interactions, chacun parvient peu à peu à se décentrer, dans le cadre sécurisant de l'espace thérapeutique où toutes les pensées peuvent être accueillies.

Nous espérons ainsi mettre en travail les contenants de pensée. Selon GIBELLO⁶, ces derniers sont des processus dynamiques ou des structures psychiques qui donnent sens aux contenus et établissent entre eux des liens associatifs. En se développant, les contenants de pensée permettent de remettre en forme les contenus, de leur donner une nouvelle signification (modifier ou élaborer des représentations nouvelles, établir des corrélations entre elles...).

D'après BION, en nourrissant ainsi les contenants de pensée cognitifs, en portant les liens que ces jeunes ne peuvent ou ne savent pas faire, nous *thérapeutes* mettons à leur disposition le système contenant de notre propre appareil à penser. Avec le postulat qu'en s'étayant sur un appareil psychique plus construit, les « pensées décontenancées » de ces jeunes pourront évoluer, progresser, se construire de façon propre.

Nous observons ainsi un triple système de réflexivité : celui qui émerge du conflit du socio-cognitif, celui impulsé par la pensée groupale, et celui provenant de l'appareil psychique des animateurs.

Regard psychanalytique

Le soin groupal traite le lien entre l'individu et le groupe. Les individus qui constituent notre groupe sont pris dans des processus psychotiques⁷. Nous constatons une première ligne directrice chez chaque sujet qui serait la difficulté d'affirmer son identité autrement que par l'agir et l'excitation motrice. La seconde ligne est la difficulté, voire la résistance vitale où le déficit à investir son histoire individuelle et émotionnelle pour nourrir le groupe. Des modalités de défense et de lien en clivage, déni et projection se développent. Enfin nous constatons une troisième ligne de force qui est la prégnance des angoisses archaïques. Ces trois lignes maintiennent une pensée primaire dans laquelle l'indifférenciation fond/forme est très prégnante. Les sujets ont recours au perceptif sensoriel pour témoigner des vécus et idées qui ne peuvent s'exprimer en mots. Le groupe permet de donner sens, de retenir et transformer ces vécus en formes plus secondarisées de la pensée.

Le groupe est toujours plus que la somme de ses participants. La pensée groupale est complexe à déchiffrer, à entendre, à animer et supporter, surtout lorsqu'elle utilise les processus psychotiques comme moyen de défense. Le groupe peut avoir une fonction positive de miroir, mais peut tout autant refléter des choses insupportables. Le groupe a toujours émergé du chaos, c'est du moins un constat que nous faisons dans l'animation. Le vecteur de lien est sous-tendu par le désir de se soigner à plusieurs, ce qui n'est pas énoncé d'emblée comme tel par les sujets psychotiques qui, malgré un protocole d'entrée dans le groupe précis, donnent peu d'indices de ce désir. Au contraire ! Ils témoignent de fortes résistances à en être, à chercher à plusieurs, à se confronter au regard de l'autre, à la pensée de l'autre. Le sujet psychotique explicite peu ce qu'il vient chercher là, il serait là pour être là sans subjectivation de son désir à investir un groupe, sans projet. Le projet de médiation par la photo est une possibilité pour relancer ce désir.

Le soin par la méthode Photolangage® permet de s'appuyer sur la perception visuelle groupale pour trouver/créer⁸ des objets sécurisants pour le groupe. En d'autres termes, le groupe propose une solution d'expression de sa personnalité par l'investissement du projet du groupe. Là, la méthode, pragmatique, offre une solution qui module les investissements. La pensée en image vient rencontrer, au fur et à mesure de l'intériorisation de la méthode, la pensée en idée. Les images intimes vont permettre l'expression et le partage des affects que le corps et la pulsion protégeaient dans et par des chemins répétitifs. L'affect accroché à l'image sensorielle se détache de la photo et de son choix tout d'abord, puis de sa présentation au groupe, pour investir la pensée du groupe. La question de la trace est ici fondamentale. Les thérapeutes dans l'analyse intertransférentielle qu'ils en feront et leurs écrits témoigneront de cette histoire affective du groupe. Mais il est à noter que fréquemment elle sera rappelée ; d'abord la trace des consignes et de leur impact psychique sur le groupe, puis une fois intériorisées la trace des thèmes,

5 BION W.R., *Attaque contre les liens*, 1982.

6 GIBELLO, B. *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris, Païdos, Le Centurion, 1984.

7 Selon P. DELION.

8 Selon R. ROUSSILLON.



la trace des attitudes et réactions de chaque sujet dans le groupe et de leurs idées. Cette image polysensorielle, polymorphique et polysémantique viendra complexifier le rapport que le sujet entretient avec ces propres objets, voire les faire naître. La photo tout comme le groupe sont des médiateurs, dans le sens où ils permettent au sujet de trouver des modes de partage et de diffusion des affects archaïques non symbolisés ou en quête de symbolisation. S'installe alors un plaisir à penser en appui sur des processus primaires moins envahissants. Le processus réflexif impulsé par le travail thérapeutique médiatise l'accès à l'ambivalence. Nous pourrions énoncer ce processus sous la forme d'une triple interrogation : qu'est-ce qu'il y a derrière la photo pour soi, pour l'autre et pour le groupe ? Ce triple statut de l'objet est paradigmatique d'une position narcissique fondamentale dans laquelle le sujet suture son rapport à soi, à l'autre et aux groupes qui le constituent. La relance de la visite de ces trois espaces topiques est une solution thérapeutique impulsée par la réflexivité contenue dans la méthode et soutenue par les thérapeutes et le groupe ; car le groupe petit à petit va venir penser cette topique et la mettre en mouvement. L'ambiance du groupe, c'est-à-dire à la fois l'état mental du groupe et ses actions deviennent moins rudes, moins abruptes. La pensée secondaire se laisse petit à petit apprivoiser.

Vignette clinique

Nous souhaitons à présent éclairer ces considérations théoriques au regard de la clinique. Nous rapportons une séance d'un groupe de six adolescents dans un IME pour déficient intellectuel : Abdel, Vincent, Valentin, Laurent, Robert et Bouba. Cette séance est la seconde du groupe. Elle traite de la question : « s'entraider, qu'est-ce que cela représente pour vous ? Dites-le avec une photo ». Cette question a émergé au cours de la séance précédente qui initiait le travail groupal de l'année et dont le thème était « être en groupe ».

Bouba est absent. La thématique de « S'entraider » ne motive pas vraiment le groupe qui traîne des pieds pour choisir ses photos. Laurent n'en choisit pas.

Abdel commence, comme à son habitude, à parler de sa photo avec toutes les précautions d'usages afin de ne pas froisser les autres membres du groupe qui ne semblent guère disposés à parler. Pour lui l'entraide est synonyme de sauvetage, « *s'entraider c'est sauver des vies* ». Le groupe associe immédiatement sur la guerre, la violence, la dictature. Le groupe est alors comme une troupe au combat que nous aurions à accompagner et qui convoque un effet de sidération partagé par les animateurs. Nous luttons pour rester présent, nous combattons pour garder présents en nous les représentations socialisées de l'entraide. Une inquiétude de guerre mondiale est verbalisée, ainsi que son angoisse de mort et son insécurité.

Vincent en appui sur sa photo rebondit sur le film Impact qu'il a vu le week-end précédent le groupe. Il nous raconte cette histoire effrayante de l'impact de la lune avec la terre, de la fin du monde et de l'entraide entre les peuples qui survivent. Vincent est happé par ce scénario, il est collé à l'image, à la trace mortifère que le film a laissée en lui. Le groupe stoppe ses associations maniaques sur la mort. Manifestations que nous aurons du mal à contenir en nous.

Valentin poursuit avec une photo qui lui fait penser aux braquages des banques. L'idée de la transgression, de la vengeance et de la tuerie vient occuper toute la scène du groupe. Cette violence collective imaginée vient à se retourner contre les riches, contre la société, les impôts, la police... elle est comme une revanche des pauvres contre les riches, du groupe pauvre contre le groupe riche que nous avons imaginé en pensant à la question « s'entraider qu'est-ce que cela représente pour vous ? ». Le groupe est difficile à canaliser, les adolescents ne s'écoutent pas dans une escalade du fait violent spectaculaire. Une quasi-éloge de la marginalité et de la transgression, de la destruction, du meurtre est énoncée par le groupe. Elle rencontre nos résistances qui manifestent surprises et oppositions. Magali évoque alors des émotions positives (amour, joie, lien...) qui assouplissent un peu la pensée du groupe.

Yvan présente sa photo. Il associe sur l'humanité des « sans domicile fixe », sur le désir d'aider l'autre, les associations de lutte contre l'exclusion comme Emmaüs, la Croix Rouge, Valentin associe sur un projet d'entraide qu'il a mené avec son éducatrice. Les échanges deviennent plus posés et réalistes. Le groupe écoute la pluralité des investissements de ses membres en suivant le fil de cette lutte contre l'exclusion. Mais Laurent revient sur la crainte de tout perdre. Le groupe s'en empare et réattaque : les patrons, les salaires, les riches, les footballeurs. C'est reparti ! Le groupe redevient cette troupe cette fois-ci de syndicalistes en lutte contre l'injustice, Vincent amenant la figure du SDF unijambiste, Valentin se cachant régulièrement les bras dans son t-shirt.

Magali poursuit avec sa photo. Elle évoque l'entraide dans le travail, en médecine, notamment dans la chirurgie. Vincent est très touché par cette photo et manifeste son dégoût. Le groupe associe sur le travail en commun. Valentin parle de ses stages du fait de travailler à plusieurs, ce qui fait écho à Laurent qui associe sur l'entraide dans les déménagements. Valentin parle d'un film où a lieu un accident, la personne a le nez cassé et on lui enlève un rein, mais elle survit. Dans un autre film, Laurent évoque l'amputation d'une jambe.

Robert présente ensuite sa photo. Il colle à la réalité perceptive de l'image qui représente un jardin. Il décrit les objets qui se trouvent sur la photo avec lenteur et timidité. Le groupe l'étaye tout en ne se sachant pas trop quoi penser, des rires et des moqueries sont tout de même perceptibles, mais le vide de la présence de Robert affecte beaucoup les autres adolescents. Valentin prend la photo et poursuit la description. Vincent s'exclame « *c'est comme ça la cité !* ».

Laurent avoue ne pas avoir choisi de photo en mimant en tenir une : « *c'est la photo invisible ! rien ne m'a parlé... ça n'a pas percuté !* ».

Conclusion

Le processus psychotique est un frein à la pensée secondaire, et se caractérise par une pensée désorganisée, décontentanée. Nous avons tenté dans cet article de montrer comment la méthode Photolangage© peut opérer des transformations dans ce fonctionnement.

Nous nous appuyons pour cela sur trois dimensions réflexives :

- La méthode d'abord permet de faire émerger les perceptions et affects associés et leur donner sens par des représentations partagées dans un espace contenant, sécurisant ;

- Le groupe ensuite, tant grâce au conflit socio-cognitif, que par sa fonction miroir peut transformer les processus psychotiques envahissants.

- Enfin, l'attention conjointe des thérapeutes à ce qui se joue dans le groupe à tous les niveaux et dans l'après-coup est essentielle pour étayer le processus thérapeutique.

Magali FILLION, Psychologue cognitive
Yvan REVELLIN, Psychologue clinicien

Une clinique du quotidien

Quentin RAFFARD

En 1968, à Villeurbanne, l'association Santé Mentale et Communautés (SMC) a été créée pour promouvoir une psychiatrie communautaire. Il s'agissait d'une conception du soin psychique désaliénante visant à maintenir la personne qui souffre de troubles psychiques dans son milieu de vie habituel en proposant des alternatives à l'hospitalisation et des lieux de soins dans la cité. La folie isole et le corps social rejette sa propre folie la traitant comme un corps étranger. La folie fusionne et confond, dans des grands tous, le soin et la vie.

À l'époque, pas d'autres possibilités que le soin à l'hôpital psychiatrique, qui dans ses enclos, se transformait petit à petit en lieu de vie protégé, mais asilaire pour les patients psychotiques. Une exposition, il y a quelques années, à la ferme du Vinatier sur l'histoire de cet hôpital en lien avec l'évolution de la psychiatrie en France, mettait en perspective l'architecture même du lieu lors de sa conception comme proposition : une ligne droite, la porte d'entrée, la chapelle et le cimetière...

Des dispositifs pensés pour accueillir la psychose

Après l'instauration d'une consultation «hors les murs», en 1979 puis en 1984, deux Communautés Thérapeutiques furent créées à Villeurbanne, les Maisons de *La Baisse* et du *Cerisier* : petits lieux de vie où cohabitent sept résidents acceptant ce projet de soin visant à favoriser leur autonomie psychique et matérielle. Les résidents habitent une maison qui fonctionne dans une collaboration, une co-construction, une co-réalisation entre résidents et soignants.

Ensuite, la création en 1983 de la MAP (Maison d'Accueil Psychothérapique) a répondu au besoin d'un lieu psychothérapeutique proposant un lieu accueillant et contenant, à durée limitée dans un moment de forte crise psychique. Nous allons dans cet article, nous pencher plus particulièrement sur ce dispositif de soin singulier.

Plus récemment, s'est ouvert le Foyer d'accueil *Le Florian*, qui, depuis 1995 accueille des personnes sortant de longues hospitalisations, et propose un hébergement encadré dans le quotidien d'une façon lacunaire par une équipe éducative et en lien avec une équipe de soignants.

Le séjour a pour objectif une progressive réinsertion sociale respectant le degré d'autonomie de chaque résident.

Enfin, les derniers-nés sont l'Hospitalisation à Domicile (HAD) en 2011, et le SAMSAH Paul Balvet en 2013, structure du médico-social, qui accompagne les adultes dans leur vie quotidienne et leur projet de vie sociale et professionnelle.

Une maison pour accueillir la crise

La Maison d'Accueil Psychothérapique est un lieu de soins qui accueille sept adultes traversant une période de crise pour des séjours de deux mois. À l'origine, la MAP a été pensée pour des patients psychotiques et comme toutes les structures de SMC, organisée autour d'un certain nombre d'*idées-forces*. Ses idées sont toujours organisatrices du soin et s'avèrent opérantes malgré la modification de l'expression de la souffrance et l'ouverture de la maison à des pathologies narcissiques. Nous précisons dans ce texte quelques-unes de ces idées comme la mise en sens d'une vie quotidienne partagée et le travail de groupe dans un cadre lacunaire soutenu par un travail de tiercéisation.

Une vie quotidienne partagée

L'originalité de la MAP tient au fait que les soignants partagent la vie quotidienne des patients. Une équipe de deux psychologues et deux infirmières, que l'on appelle *les permanents* ainsi que trois stagiaires psychologues en fin de formation assurent une présence en continu du lundi matin au samedi midi. La fonction des soignants est de *vivre avec*, ce qui implique un partage de la réalité quotidienne. Ils décident des repas avec le groupe des résidents, sortent avec eux faire les courses, cuisinent les repas pris en commun. Il arrive aux soignants de boire un thé l'après-midi, de regarder la télé, de faire tourner une lessive, de jouer à un jeu de société avec les résidents. Chaque nuit, un de ces soignants dort dans la maison, ce qui garantit la continuité et rassure puisqu'il peut être réveillé si besoin.



Non seulement les permanents partagent cette vie quotidienne avec eux, mais ils en deviennent les thérapeutes. Telle a été conçue cette maison, comme un espace de psychothérapie institutionnelle *via* la pathologie de la vie quotidienne ; nous concevons alors notre semaine comme une séance de psychothérapie où les thérapeutes se relaient pour accueillir ce que les patients nous disent et nous montrent dans cet espace qui leur est proposé comme une aire de jeu psychodramatique. C'est un peu comme si nous leur disions : venez et nous allons jouer pour de vrai à vivre dans cette maison. Il est rare pour un patient d'avoir son thérapeute à sa table, faire la vaisselle avec lui, lui dire bonne nuit et le retrouver le matin décoiffé au petit déjeuner.

Gilbert demande aux soignants s'ils mangent pour de vrai quand ils sont avec le groupe, il les voit manger, mais il pense qu'ils se remettent à table avec leurs enfants une fois rentrés chez eux...

À la désorganisation psychotique, l'organisation de la maison invite les patients à penser leur propre organisation. La psychose est considérée ici comme une pathologie de l'habitat, de s'habiter, d'habiter avec les autres. Nous proposons un espace structuré comme une maison. Donc un espace organisé avec un sens ; une partie pour les espaces privés, les chambres et des parties communes ; une partie pour la nuit et une partie pour le jour.

Souvent sous l'effet de la souffrance, les résidents arrivent dans des rythmes inversés, dormant peu, isolés, les yeux remplis d'images virtuelles, mangeant mal et à n'importe quel moment. Le premier objectif sera de pouvoir s'accorder au rythme de la maison où les seules exigences sont la participation à la préparation et la prise des repas. Le résident aura à s'adapter au rythme de la maison, et non au rythme des soignants.

Une réalité parlante

Notre terrain de rencontre avec le patient est celui de la *réalité*, et nous savons comment les patients que nous accueillons sont intrinsèquement en conflit avec cette notion du fait de leur pathologie. La douleur de la crise l'emporte sur tout, plus rien n'est important, le souci de la réalité psychique et matérielle est expulsé par le retrait des investissements vers le moi pour sa survie.

Nos transactions avec le résident se déploient aussi sous ce primat du principe de réalité, on paye tous nos repas et si personne ne va aux courses, nous ne mangeons pas. Nous n'avons pas à désigner le patient qui doit aller aux courses, mais notre rôle de soignant est de questionner comment cette fonction importante à notre équilibre est autant désinvestie par le groupe.

Géraldine arrive toujours en retard, elle n'arrive pas à quitter sa mère qu'elle a besoin de voir les après-midi, elle ne comprend pas pourquoi c'est plus important d'être à cette réunion, l'infirmière lui dit que nous choisissons à sa place le menu alors qu'elle a payé ses repas.

Ce terrain de réalité joue un rôle important, il permet souvent à des patients, à leur famille et à leurs soignants qui nous les confient, d'évaluer leurs aptitudes à l'autonomie. Est-ce que je peux me trouver un appartement seul pour faire mes études ? Un travail ? Dois-je plutôt construire un projet dans un foyer éducatif, une communauté thérapeutique, une demande de reconnaissance de handicap ? Le séjour est donc une proposition de confrontation par la réalité, un travail permanent de *remailage avec celle-ci*. La réalité va être parlée, commentée, reprise à haute voix. Le soin va être la boîte de résonance de ce que vit le patient. Comme si nous offrions par la parole, un miroir, une langue aux actes du réel. L'enjeu va donc être de rendre la réalité parlante, symbolisable.

Jean est un jeune homme de 21 ans qui arrive à la MAP avec plein de projets en tête, un travail, un permis, un logement et tout cela en deux mois. Malgré, nos doutes et ceux de son équipe soignante, la MAP lui est proposée pour qu'il puisse se confronter à ses projets. Au bout, d'un mois, Jean participe très peu à la vie de la maison et de la cuisine. Ses sorties et les séparations du week-end sont très douloureuses et les vieilles habitudes de consommation de cannabis ont repris le pas sur la réalité. Nous interrompons le séjour le temps de réfléchir au sens de ce dernier. Jean sera finalement de nouveau hospitalisé et un projet de foyer intra hospitalier sera discuté avec son équipe.

Dedans/dehors, conscient/inconscient, c'est en permanence que ce travail autour de la *double limite* est favorisé par les interventions des soignants. Ils sont là où quelque chose se manifeste dans la banalité de la vie quotidienne, autour de cette réalité partagée, pour pointer, pour arrêter une séquence et dire *tiens c'est intéressant ce qui se passe*, ou alors, *comment ça se fait, quel sens ça a*, mais aussi parler avec les résidents de ce qu'ils nous font éprouver par leurs dires et leurs actes.

Nous sommes là pour donner de l'importance, de l'épaisseur et de la *consistance* à ces zones de frontière, prémices et garants de la différenciation. Cette question est au cœur de ce qui est mis au travail lors des entretiens thérapeutiques hebdomadaires. Chaque résident devient patient pendant une heure par semaine, quand un thérapeute extérieur vient le rencontrer dans la maison pour des entretiens, en présence d'un stagiaire.

Je frappe à la porte de la chambre de Chloé, « entrez » me dit-elle, je refuse et lui demande de venir m'ouvrir. C'est à elle de maîtriser cette frontière qui est la porte de sa chambre, elle ne voit pas pourquoi je lui demande ça, je lui rappelle que c'est sa chambre, elle s'étonne, chez elle, depuis toujours, l'armoire des vêtements de ses parents se trouve dans sa chambre...

Un groupe qui rencontre un autre groupe

À la MAP, on peut dire que c'est un groupe de soignants qui rencontre un groupe de résidents. Notre enjeu est donc d'être là pour le groupe, un pas dedans, un pas dehors. Nous partageons le bain groupal de la MAP tout en essayant de trouver une distance *suffisamment bonne*. Il ne s'agit pas d'écouter que les individualités, séparées, autonomes et subjectivées ; nous allons aussi nous intéresser au groupe et aux liens que les résidents ont les uns avec les autres.

Notre écoute ne va pas se porter exclusivement sur la représentation d'objet, mais également sur le lien ou l'absence de liens aux autres, et avec nous. Dans ce travail, nous serons très fortement confrontés à ce que Bernard PENOT qualifie de *transfert subjectal*. C'est à dire, « l'analyse de ce qui se transfère d'un patient sur une équipe de soin grâce à l'activation de leur "groupalité" psychique et à l'analyse de leur inter transfert ».

Nous allons essayer d'écouter le patient là où il en est, à partir de la place qu'il occupera au sein du groupe et de ses liens aux autres. Ce qui nous intéressera, c'est le lien et la qualité du lien. Le transfert se manifestera dans un premier temps sur le cadre réel (la maison, le groupe, les repas) et petit à petit, évoluera vers un transfert sur le processus. Le patient va pouvoir investir le trajet effectué pendant ce parcours de soins et l'inscrire dans une temporalité. Avec ce travail d'auto-évaluation, le séjour MAP prendra valeur d'expérience vécue, de trace.

Luc s'aperçoit depuis le départ d'Hervé qu'il est devenu le doyen de la maison. Lui plutôt discret et réservé se met à cuisiner et s'assoit en bout de table. Il régent presque l'ordre de la maison. Il se plaint lors d'une réunion du mercredi que personne ne fait la vaisselle des tasses du soir. Le groupe lui fait remarquer qu'il est en meilleure forme depuis qu'il est devenu « le doyen ». Repris, lors d'un entretien familial, Luc parlera longtemps de sa place dans la famille dans l'ombre de sa sœur et de son désir de partir de la maison pour plus d'autonomie.

Le transfert sur le cadre est souvent massif : une maison de rêve, une maison totalitaire qui surveille et punit ou un peu des deux, « *la maison de loft story* » comme dit Léa. Le transfert sur le processus va avoir des effets sur les affects entre aller-retour d'investissement objectaux et de replis dépressifs. Ce travail va être soutenu par la sollicitude et l'étayage apportés par le groupe des patients.

Un cadre lacunaire favorisant l'individuation

La maison n'offre pas tout, son cadre est volontairement lacunaire. Il n'y a pas de groupes à médiation, pas de sorties organisées, ni de présence éducative et sociale. Les résidents sont sujets de leurs soins et de leurs occupations. La séparation est marquée par le roulement de l'équipe soignante, par la fermeture des week-ends, par les aller-retour entre chez eux et la MAP.

Ainsi, les patients vivent et revivent avec nous leurs difficultés de séparation et partagent leurs douleurs existentielles. La MAP, par l'ambiguïté de son cadre, *maison qui soigne/lieu de soin qui fonctionne comme une maison*, son illusion de maison *trouvéé/créé* par le résident, par l'indifférenciation relative du travail exercé par les membres de l'équipe, va favoriser le transfert sur le cadre, le transfert sur la maison. Cela veut dire que les patients vont se mettre à être et à faire comme chez eux, comme à la maison.

Notre avantage est que nous ne sommes pas dans la même proximité affective que leurs proches et la nature de notre travail sera de constater, synthétiser et analyser ce qui se passe entre eux et nous pour comprendre ce qui met le patient en tension, ce qui le met en crise, ce qui, dans ses stratégies relationnelles, le désadapte au réel.

C'est par ce travail que le résident peut s'approprier la crise à sa juste dimension, c'est-à-dire comme le travail inhérent et nécessaire au changement et à la maturation psychique. Ce travail est d'autant plus opérant qu'il laisse aussi de la place au *vide*, espace d'émergence des possibles où le résident peut expérimenter sans attaque son positionnement en sujet. Le travail d'individuation va pouvoir ainsi se travailler petit à petit dans le bain relationnel de la MAP. Le patient va ainsi avancer au rythme du séjour, au rythme des séparations et des expériences groupales dans une réappropriation de son histoire personnelle.

Lors d'un entretien bilan je m'étonne auprès de Sarah de sa façon d'être avec le reste du groupe, elle me dit qu'elle ne voit pas pourquoi c'est à elle de s'adapter au groupe et pas l'inverse, je l'invite à réfléchir, car le sujet me paraît intéressant, au bilan suivant elle dira combien son agressivité est façonnée par celle de son père, et déprimée, fera le constat qu'aucun homme n'est resté avec elle plus de quelques semaines, qu'elle perd toutes ses amies...

Enfin, de plus en plus, pour favoriser le travail de séparation et d'individuation, nous sommes amenés à rencontrer les familles. Cet accompagnement va d'une seule rencontre jusqu'au démarrage d'un authentique travail de thérapie familiale pour certaines d'entre elles.

Les tiers au dedans

Tout ce travail ne pourrait pas se faire sans l'autre partie de l'équipe qui rencontre le patient en dehors de la vie quotidienne dans des cadres précis que nous avons volontairement réservés pour la fin du texte. Il s'agit d'abord du psychologue, qui anime la réunion des résidents du mercredi, qui est le maître de stage des trois stagiaires, qui passe dans la journée pour échanger avec le soignant présent et qui participe à notre réunion clinique hebdomadaire. De par sa distance, il joue un rôle de tiers et nous aide à nous distancier, à analyser notre contre-transfert quand nous sommes aux prises avec la puissance des défenses psychotiques. C'est lui aussi qui porte le plus souvent la réflexion vers la psychothérapie institutionnelle. Cette dimension est travaillée lors de nos réunions cliniques où tout ce

qui a été vécu par les soignants de façon parcellaire, tout notre matériau trop riche parfois, trop pauvre à d'autres moments et qui parfois inclut les rêves des soignants pendant leur nuit à la MAP, dans son assemblage vient nous éclairer sur ce qui peut être à l'œuvre dans cette vie commune entre résidents et soignants à certains moments.

Puis, il y a le médecin psychiatre de la MAP. Il effectue ce qu'on appelle des entretiens bilans tous les dix jours avec un soignant. Lors de ces entretiens, nous faisons le bilan du séjour avec le résident et nous ouvrons vers des axes du travail respectant le projet des soins. C'est aussi lors des entretiens bilans que s'effectue le travail de la *restitution*, c'est-à-dire de ce qui a pu se travailler en équipe à propos du résident en termes compréhensibles par lui. C'est le *médecin de la maison*, il ne prescrit pas de médicaments, il rappelle ainsi que *nous ne sommes pas les soignants de la personne, mais les soignants de sa crise* pendant deux mois. Malgré sa présence *la maison n'est pas considérée comme médicalisée* n'ayant comme axe principal que le soin psychothérapeutique. Il est garant du fait que le jeu psychothérapique puisse se déployer dans la maison en toute sécurité et dans le souci de préserver les capacités et les défenses du résident.

Enfin, les thérapeutes extérieurs qui viennent dans la maison effectuer des entretiens psychothérapiques avec les patients. Leur présence signifie que les soignants acceptent de confier le résident à un autre soignant plus à distance, qu'ils acceptent de ne pas être tout et vouloir tout savoir des résidents qui ont ainsi un espace plus confidentiel. Ils nous aident à échapper à la toute-puissance soignante et à nous positionner comme soignants du groupe des résidents dans le quotidien régulant les mouvements de séductions narcissiques.

Arthur, grand passionné de world of warcraft, est arrivé à la MAP comme s'il sortait d'une caverne où il était resté plusieurs années. Le teint livide et amaigri en début de séjour, il est ressorti deux mois après avec quelques kilos du plus disant à son médecin quelques semaines après sa sortie « à la MAP, on mange, on dort et ça soigne ».

Dans notre travail clinique avec la psychose nous proposons un temps et un lieu pour la crise, un temps et un lieu d'humanité partagé. La créativité des soignants, l'engagement militant sont là pour « survivre », pour « réanimer » pour « jouer » avec une clinique réputée difficile pour des patients confrontés à ce que Pierre FEDIDA décrit comme « *le sentiment douloureux de perte de leurs humanités* ». Pour mieux comprendre cette clinique du quotidien, nous vous invitons à visiter ces lieux qui les accueillent, ici pour la MAP, la Velotte à Besançon, Soteria à Bern, les communautés thérapeutiques de Villeurbanne, du Québec et d'ailleurs.

Texte écrit en collaboration avec l'équipe de la MAP
Quentin RAFFARD, psychologue clinicien

Garde-fous

Françoise GUERIN

On a refermé sur toi la lourde porte et tiré les verrous. La clé dérape dans ma main moite. Déjà, tu as quitté le lit où nous avons eu tant de peine à te recoucher et tu viens frapper de tout ton désespoir contre le panneau. Tes cris ne trouvent pas de mots. Tu appuies ton visage contre le hublot de verre blindé et nous supplies du regard. Tu ne sais plus qui nous sommes, tu ne sais plus qui tu es, ni ce que tu veux, ni même ce que tu fais là, dans ce pyjama bleu ciel trop grand pour toi. Tu te noies dans un enfer sans parole et tu hurles ta détresse, sanglots inachevés qu'étouffent les coups portés par tes poings meurtris.

— Recouchez-vous, Monsieur Caubert ! On va revenir vous voir. Essayez de dormir un peu...

Ma voix n'a plus de timbre. Ça me fait vraiment bizarre de t'appeler Monsieur. La sueur coule sur ton visage de gosse, une méchante sueur froide. Tu me fixes un instant de tes prunelles agrandies par l'effroi puis tu lâches prise, brutalement, et j'entends ton corps qui glisse lentement le long de la porte. Les sédatifs commencent à faire effet. Tu vas somnoler là, en tas, au pied de cette porte, dans un enchevêtrement de tout ton être.

— Putain, ce qu'il est mal ! soupire Sylvain en s'adossant au mur.

Il avale sa salive, péniblement.

— Allez, ça ne sert à rien de rester là.

Il l'a dit autant pour lui que pour moi. Nos regards s'épargnent. Nous sortons à reculons et je verrouille la porte du sas, celle qui te protège des visites inopinées et des coups d'œil curieux dans le hublot. Sylvain porte le petit plateau en inox, avec les compresses et la boîte à aiguilles usagées. D'un pas lourd, nous regagnons la salle de soins. Comme souvent, dans ces cas-là, j'ai l'impression d'avoir vieilli prématurément.

Ils sont là : on les avait presque oubliés, nos trois collègues venus prêter main forte. Il y a deux infirmiers et un aide-soignant martiniquais, un type immense qui se baisse pour passer les portes. Ils n'ont pas osé s'asseoir en nous attendant et errent, désœuvrés, dans cette salle de soins qui n'est pas la leur. L'un d'eux a trouvé une revue professionnelle qu'il lit distraitement, le deuxième

semble passionné par les notes de service sur le panneau d'affichage et le troisième est planté devant la fenêtre. Je sors la fiche d'intervention pour qu'ils puissent la signer et s'en aller. Je ressens comme une urgence à les voir partir, à présent, et à me retrouver seule avec Sylvain, mais il se crée des liens particuliers quand on affronte la folie au corps à corps. Ils ont du mal à nous quitter. Sylvain le comprend, qui leur propose un café. Ils refusent d'un signe de tête.

— Il faut que j'y aille, s'excuse le plus âgé, j'ai laissé ma collègue seule en service et c'était un peu agité.

Mais il ne bouge pas. Impassible, Sylvain pose la cafetière sur la table, à côté d'une pile de verres en pyrex.

— Un petit, alors ! dit l'aide-soignant en tirant une chaise.

Et il s'en sert un grand, rempli jusqu'à la garde, qu'il sucre abondamment.

— Il a quel âge ? demande-t-il d'un ton anodin en cassant un sucre entre ses mains de géant.

— Dix-sept ans.

Le deuxième bout de sucre lui échappe et termine sa course dans le café.

— Putain ! Dix-sept ans...

Je ne sais qui a parlé car nous l'avons tous pensé si fort...

— Putain... répète le plus âgé en s'asseyant à son tour.

Sylvain fixe la cafetière, la bouche pincée. Dans les têtes de chacun circulent des mômes de dix-sept ans, des frères, des fils, des cousins, des voisins. Des dizaines de mômes fantasques et libres qui se préparent à sortir en boîte, fanfaronnent devant les filles, espèrent et pleurent et...

— Il devait passer le bac bientôt, précise Sylvain.

— Putain...

À croire qu'il n'existe plus que ce mot pour dire la détresse qui nous broie. Le débriefing a commencé, n'est-ce pas ce qu'il convient de faire lorsque des hommes sont confrontés à des situations de violence extrême ? Mais qui se soucie du débriefing des soignants en psychiatrie ? Putain de maladie, putain de schizophrénie, putain de délire, putain de mort !

Nous restons silencieux durant quelques instants puis les collègues prennent congé.

— Rappelez-vous si vous avez besoin ! Avec l'injection, il devrait être plus calme mais on ne sait jamais...

— Merci.

Ils referment derrière eux la porte du service et la clé grince dans la serrure. Nous sommes enfermés avec toi et avec vingt-cinq autres patients de seize à soixante ans pour partager, durant quelques heures encore, la même galère. À cela près que nous marchons à vos côtés sans emprunter les mêmes chemins.

Incapable de se poser, Sylvain rince les verres, trie des papiers, range un peu autour de lui, avec cette agitation maniaque qui le saisit lorsque c'est trop dur. Je me glisse à l'office pour faire réchauffer le repas du soir. Économies par ci, restriction de personnel par là... et vive la polyvalence infirmière ! C'est pratique, ce petit personnel pas cher... On peut tout lui demander. La palette de ses talents est infinie, des entretiens thérapeutiques aux ateliers médiatisés en passant par la distribution des traitements, le travail administratif, les surveillances somatiques et le service des repas. En période de congés scolaires, il aura aussi la gentillesse de faire tourner le lave-vaisselle et d'assurer l'intérim de l'assistante sociale qui n'est pas remplacée. Avec amabilité, si possible, le sourire accueillant et la blouse impeccable.

D'un geste rageur, je dépose la dernière barquette de gratin dans le four et tourne le bouton. Un patient passe la tête dans l'entrebâillement de la porte.

— Madame Berthier, je ne me sens pas bien. Vous n'avez pas une clope ?

— Je viens, Monsieur Tarib, j'arrive tout de suite.

Il est angoissé. Ça tombe bien, moi aussi, j'ai besoin d'en griller une. Malgré nos efforts pour les tenir à l'écart, les patients ont suivi, de loin, la montée de la crise. Certains, comme Monsieur Tarib, sont déjà passés par là. Ils ont atteint les limites de la raison, marché en funambules sur les rives du Styx, franchit les portes de la folie. Tout à l'heure, lorsque les voix surnoises qui parlent dans ta tête t'ont commandé de le faire, tu t'es jeté à la gorge de Sylvain, dans un mélange terrifiant de fureur et d'angoisse. Sylvain ne t'en veut même pas. Il sait que, lorsque tu te soignes correctement, tu es un chic type qui n'aspire qu'à vivre en paix. Monsieur Tarib et les autres le savent également. Ils se sont tenus prudemment à l'écart mais cette altercation les a remués jusqu'au fond de l'âme. Pour eux, nous sommes, nous devons être inébranlables et tenir jusqu'au bout les limites qui vont les protéger d'eux-mêmes. La profession d'infirmier psychiatrique a évolué, mais, pour certains, nous restons à jamais les garde-fous.

Je referme la porte de l'office. Monsieur Tarib m'attend, son briquet à la main.

— Allons-y.

Je le précède jusqu'au petit jardin et nous nous asseyons sur l'unique banc. Le soir est doux. Je lui offre la cigarette tant attendue. Il ne me remercie pas, il fait mieux que ça.

— Vous êtes triste, me dit-il, doucement.

Je le regarde, saisie, et là, tout explose. Mes peurs, mes colères, la violence de la maladie et celle d'une société qui nous confie les plus fragiles d'entre les siens sans nous donner les moyens de les soigner. J'ai envie de hurler que ce n'est plus possible, que ce monde marche à l'envers à vouloir rendre rentable ce qui ne le sera jamais. Pourquoi faudrait-il que la santé soit rentable ? Est-ce que la schizophrénie est rentable ? Est-ce qu'un tremblement de terre est rentable ? Est-ce que la mort est rentable ? Fermetures de lits, fusions de services, toujours moins d'infirmiers, de médecins. Trois mois d'attente pour une consultation de pédopsychiatrie... De quels ventres sont-ils nés, ces gens qui ignorent toute logique qui n'est pas comptable ? Pourquoi les laissons-nous choisir à notre place ? Pourquoi leur confions-nous nos destins ?

Monsieur Tarib me regarde pleurer sans un mot. Du bout de son pied, il dessine des cercles sur le sol terreux de la cour. Il n'a pas allumé sa cigarette qui tremble entre ses doigts jaunies.

— Quand j'étais petit, dit-il à voix basse, je croyais que c'étaient les faibles qui pleuraient.

Il se lève, glisse la cigarette et le briquet dans sa poche et fait quelques pas pour rentrer.

— Je me trompais, ajoute-t-il sur le pas de la porte.

Je ne réponds pas. L'odeur des acacias en fleurs me soulève le cœur.

Les patients se pressent autour des tables. Il est dix-neuf heures. Le potage fume dans les assiettes. Dans la salle à manger, c'est la paix précaire qui succède aux crises. Chacun est un peu plus silencieux, se fait discret ou songeur. Sylvain a retrouvé son sourire et distribue les corbeilles de pain. Il me fait un petit signe. Avant de le rejoindre, je vais jeter un coup d'œil par le hublot de la chambre d'isolement. Entre ces quatre murs qui ont contenu tant d'impensables détresses, la solitude a produit son effet apaisant. Tu t'es recouché, enroulé dans les draps hospitaliers. Tes cheveux en bataille tranchent sur le jaune de la taie et le sommeil te rend tes dix-sept ans.

Tout à l'heure, j'appellerai ta mère. J'entends déjà sa voix qui s'effiloche. Je ne lui dirai que quelques mots, pour t'épargner, pour l'épargner, puis j'essayerai de la rassurer. Elle ne me croira pas, elle pleurera. Comme chaque fois, elle me suppliera de te guérir et je ne pourrai que lui mentir.

Françoise GUÉRIN

Nouvelle extraite du recueil

"Un dimanche au bord de l'autre"

© Atelier du Gué, 2009

Reproduite avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Portraits photographiques de patients de Surrey County asile (1855)

En mai 1856, Dr Hugh Welch DIAMOND, un médecin de l'asile du comté de Surrey et Secrétaire de la société photographique de Londres, a présenté son travail « Sur l'Application de la photographie à la physionomie et les phénomènes mentaux de la folie ».

Dans cette communication qu'il propose à la société dont il est membre, DIAMOND déclare que la photographie est inestimable dans le traitement de la maladie mentale. Il propose que l'étude des visages des patients permettrait aux médecins d'identifier et de diagnostiquer les maladies mentales.

A l'époque, ces théories trouvaient leur origine dans la pseudo-science de la physionomie, pour laquelle le visage était considéré comme le miroir de l'âme. Pour DIAMOND, les visages des patients représentaient des « typologies » de maladie mentale comme la mélancolie et la paranoïa délirante, par exemples.



«... le photographe surprend en un instant le nuage permanent, ou la tempête de passage ou le soleil de l'âme et permet ainsi le métaphysicien de témoigner et de tracer le visible et l'invisible dans une branche importante de ses recherches dans la philosophie de l'esprit humain...»

Dr. H. W. DIAMOND, le Journal photographique, juillet 1856.

en kiosque

