

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 engagé 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 psychothérapeutique 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 récuse 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'angoisse 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.

