

ECOLE INTERNATIONALE DE PSYCHANALYSE APPLIQUÉE DE MONTPELLIER

Alisa EL BEZE

L'EFFONDREMENT DE LA FONCTION SYMBOLIQUE DANS LA PSYCHOSE

Session : septembre 2023

Enseignantes didacticiennes :

Emmanuelle Schmit, psychanalyste

Delphine Tréville, psychanalyste

ECOLE INTERNATIONALE DE PSYCHANALYSE APPLIQUÉE DE MONTPELLIER

Alisa EL BEZE

L'EFFONDREMENT DE LA FONCTION SYMBOLIQUE DANS LA PSYCHOSE

Session : septembre 2023

Enseignantes didacticiennes :

Emmanuelle Schmit, psychanalyste

Delphine Tréville, psychanalyste

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude aux personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

J'adresse en particulier mes remerciements à Emmanuelle Schmit, psychanalyste didacticienne de l'Eipa, et à Delphine Tréville, directrice de L'Eipa, psychanalyste didacticienne, pour leur contribution par leur présence et leur enseignement, à l'élaboration de ce travail.

Je remercie également les collègues pour le riche partage, tout au long de la formation, de dialogues et d'expériences qui ont nourri ma pensée lors des travaux de groupe et de rencontres au sein de l'Eipa et en dehors.

Je remercie enfin mes proches, pour le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de ce travail.

Sommaire

Introduction	5
Partie I : Fonction symbolique et trauma	12
Chapitre 1 : Les processus économiques	12
Chapitre 2 : La signification du symptôme dans la névrose et dans la psychose	17
Partie II : Vie et destruction de la fonction symbolique : les cas cliniques	26
Chapitre 1 : La fonction symbolique dans un cas de névrose : le cas de madame L	26
Chapitre 2 : Effondrement de la fonction symbolique dans un cas de psychose : le cas du Président Schreber	34
Partie III : La fonction de contenance psychique	41
Chapitre 1 : La fonction maternelle	41
Chapitre 2 : L'enveloppe psychique et le moi-peau	45
Partie IV : Fonction symbolique et pratique psychanalytique.	55
Chapitre 1 : Réflexion sur le transfert	55
Chapitre 2 : Transitionnel et transformations	65
Conclusion	72
Table des matières	77
Bibliographie	78

Introduction

D'intenses souffrances naissent du fait de n'avoir pu s'approprier certaines expériences de son existence, de se sentir hanté par le passé et dans l'incapacité d'en faire le deuil. Les traces méconnaissables de ce passé non digéré sont l'objet de l'investigation psychanalytique, qui cherche à en comprendre l'origine et le sens latent.

La capacité de penser ses expériences, de se penser soi-même, de penser les autres et le monde se développe progressivement dans le psychisme. Elle est conceptualisée par Bion sous la forme de « l'appareil à penser les pensées », qui désigne la fonction psychique globale de représentation de soi, du monde et des relations entre soi et le monde. Elle est le résultat d'un travail psychique inconscient complexe, susceptible de connaître des blocages, des altérations ou des failles qui peuvent entraîner une désorganisation psychique et une perte de la réalité plus ou moins étendues.

Une certaine tendance contemporaine, sous couvert de scientificité et de rigueur, évacue avec force l'idée d'inconscient dans son approche de la souffrance psychique, qu'elle considère systématiquement comme un dysfonctionnement cérébral nécessitant un traitement médical ou une rééducation de type comportemental. Cette réduction mécaniste ignore les effets de la traversée d'expériences émotionnelles et affectives vécues dans la longue dépendance à l'autre qui caractérise l'être humain au début de son existence. En se fondant sur le constat des symptômes actuels, elle en fait une lecture immédiate, confondant les effets avec leur cause et considérant le corps comme une machine à réparer. Mais l'anesthésie de la douleur psychique au moyen de médicaments imite le processus biologique de court-circuit du cortex frontal se produisant après un choc traumatique: elle ne supprime pas cette douleur; elle permet de l'endormir afin d'y survivre, ce qui préserve la vie sans toutefois améliorer ou rétablir l'équilibre psychique. Le problème consiste dans le fait que la seule anesthésie de la douleur est présentée comme la solution à la souffrance psychique, réduisant finalement l'être humain au statut de

corps-machine sans pensée. La prise de médicaments anti-psychotiques et l'hospitalisation en psychiatrie sont encore aujourd'hui trop souvent proposés en réponse aux demandes de patients ou de leurs proches suite à une « crise de folie » ou à un épisode dépressif, phénomènes automatiquement considérés comme des atteintes organiques du cerveau. Or, toute personne se présentant pour cause de souffrance psychique n'est pas a priori « malade ». Un adolescent ou un adulte en souffrance, vivant une crise liée à une période de vie et à une histoire, peuvent très rapidement être diagnostiqués, mis sous traitement et devenir, une fois la crise passée, des malades « en rémission » susceptibles de reprendre leur traitement à chaque difficulté rencontrée dans leur existence. Ceci est le meilleur des cas, c'est-à-dire celui où la personne n'a pas finalement sombré, suite à une erreur d'appréciation, dans la dépendance aux médicaments, aux hospitalisations, à son entourage suite à une aggravation de son état.

Cet état de fait confirme les résultats de l'expérience faite par le psychologue américain David Rosenhan, publiée en 1973 dans la revue *Science*, dans un article intitulé « *On being sane in insane places* » (« Etre sain d'esprit dans des lieux fous »). Rosenhan envoie de faux patients se plaindre d'hallucinations auditives dans différents hôpitaux; tous ont été diagnostiqués psychotiques et admis à l'hôpital, dont certains ont eu du mal à sortir même après avoir dit qu'ils n'avaient plus aucun symptôme. Instruction leur avait été donnée en effet, de cesser de simuler après leur admission dans l'établissement. Cela n'a pas empêché le fait d'être considérés, lors de leur sortie, comme schizophrènes ou maniaco-dépressifs (bipolaires) « en rémission ». Rosenhan montre ainsi comment, en milieu hospitalier, l'étiquetage diagnostique déforme ce que disent les patients de sorte à rendre leur discours conforme à la théorie et au DSM, manuel diagnostique et statistique de référence utilisé par la psychiatrie.

Un lieu fou est donc un lieu de projection groupale, dans lequel les membres influents déplacent sur un individu tout ce qu'ils ont besoin de nier en eux : c'est un système qui se cimente grâce à la désignation d'un bouc émissaire, dans lequel le lien authentique à soi et à l'autre fait défaut. Ce dysfonctionnement, fréquent dans les institutions et dans les familles toxiques, produit le paradoxe suivant : certains véritables patients, les désignés « fous » dans l'expérience de Rosenhan, ont identifié les faux patients contrairement aux professionnels hospitaliers eux-mêmes. Il y a, dans cette situation, une raison du fou et une folie des personnes supposées saines qui met en lumière la nécessité d'accompagner familles et institutions en difficulté dont le membre « fou » est le symptôme d'un dysfonctionnement global. Cela permet également de comprendre comment la société

elle-même risque, quand elle réduit l'être humain à un corps vide de sens, de perdre sa vocation initiale pour devenir la famille toxique des personnes en souffrance psychique.

La psychanalyse s'intéresse au corps symbolique qui vit et parle à travers ses symptômes de ce qui l'empêche d'habiter le monde et d'être présent à soi en tant que sujet. La fonction symbolique est le travail accompli par l'appareil psychique depuis la naissance, d'inscription, de liaison et d'intégration des expériences sensorielles et émotionnelles nées dans le corps. Elle transforme le psychisme par des mises en forme successives, qui opèrent à chaque strate psychique et les articule entre elles. Ce processus commence dès le début de la vie sous sa forme primaire par une transformation des premières expériences polysensorielles en « traces mnésiques », correspondant à l'inscription de la sensation dans le psychisme que Freud appelle « matière première psychique ». Ces traces mnésiques sont à leur tour traduites en images sensorielles, « représentations de chose », comparables aux images d'un rêve qui n'a pas été raconté par le rêveur : des pensées sans sujet, pas encore intégrées par le moi.

Ce sont des pensées sans penseur que le thérapeute a pour fonction de penser, en quête des pensées qu'il communique au patient dans le cadre de la thérapie. La transformation et la liaison de la représentation de chose en « représentation de mot », correspond au récit du rêve fait par le rêveur, c'est-à-dire que le rêveur pense ses pensées en racontant son rêve à quelqu'un. Cette liaison des représentations coïncide avec la constitution des limites entre moi et non moi, avec la relation à soi et à l'autre, et avec la capacité à symboliser, c'est-à-dire le fait de comprendre que ce que l'on se représente à l'aide d'un symbole, ne se confond pas avec l'objet symbolisé.

La fonction symbolique aboutit finalement à la capacité de se représenter une situation, c'est à dire de donner un sens aux expériences et aux événements vécus, de comprendre le monde, d'établir des relations avec soi-même et avec les autres à travers la pensée et le langage. Elle peut être décrite comme une fonction « anti-traumatique » qui rétablit le sens et apaise la douleur.

Normalement, la fonction symbolique en tant que processus de transformation est à l'oeuvre tout au long de la vie, enrichie par les expériences successives, en particulier lors de crises qui correspondent aux grandes périodes de réaménagement et de maturation psychique comme le moment du sevrage, la crise oedipienne, la crise d'adolescence, ou les crises liées au passage d'un cycle de vie à un autre. Mais tout le monde n'a pas la même capacité à endurer la douleur psychique en mobilisant les défenses adaptées : cette capacité varie en fonction de l'âge, de la qualité de l'environnement, mais aussi de la

constitution de chacun et de son histoire singulière. Le bon déroulement de ce travail d'élaboration psychique qu'est la fonction symbolique ne va donc pas de soi. La psychose en est l'illustration la plus radicale : c'est l'état dans lequel se trouve un individu qui parle et agit en fonction d'une réalité que lui seul peut percevoir, comme s'il était prisonnier tantôt d'un rêve, tantôt d'un cauchemar sans en avoir conscience. L'exemple du rêve permet un début de compréhension du processus d'effondrement de la fonction symbolique lors d'une décompensation psychotique : les images, représentations de chose, et le récit du rêve, représentation de mot, se confondent en l'absence de tout espace transitionnel qui permette leur transformation. La personne régresse à un état non intégré se manifestant par des paroles et des comportements désorganisés et délirants, déconnectée de son lien à l'autre et de la réalité extérieure. Son entourage ne la reconnaît plus parce qu'elle semble avoir perdu son identité et ses liens affectifs avec les autres.

L'artiste peintre Garouste, qui se découvre tardivement, après la mort de son père, enfant de « salaud », raconte sa première crise psychotique dans son roman autobiographique *L'Intranquille, autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou*. Dans son histoire, c'est la perspective de sa paternité imminente qui déclenche la psychose à l'âge de 28 ans :

« C'était l'été (...) Elisabeth était enceinte. Un matin je me suis enfui (...) Je suis parti sans rien, j'ai fait du stop, donné mon alliance au conducteur et pris le train à Brive-la-Gaillarde. »

Lors de son voyage, à rebours d'un voyage initiatique, le sens vole en éclats : il tient des propos incohérents en pleine rue et dans le train, entre dans un hôtel dont il arrache tentures et rideaux, croise des enfants auxquels il distribue des billets de banque, casse le coin tabac d'un café avec un objet volé chez ses parents et se blesse les pieds avec du verre. Comme dépourvu d'intériorité, il s'exprime à travers des paroles incompréhensibles et des passages à l'acte. Avant cela, il a jeté sa carte d'identité par la fenêtre d'un taxi et alors que le chauffeur lui demande son nom, il répond : « Je m'appelle Zobie ». Prononcée dans un autre contexte, cette phrase serait passée inaperçue. Mais dans cette situation, Garouste n'a pas seulement décidé de changer de nom : il croit véritablement être quelqu'un d'autre. Il est Zobie qui s'est pris pour Garouste.

Du point de vue de l'observateur, la façon de dire devient étrange et inquiétante, déconnectée des codes de communication habituels à la manière d'une langue privée : le chauffeur de taxi, inquiet, réagit par le rejet en déposant son client avant d'avoir terminé sa course. Le nom que se donne Garouste évoque le terme d'argot issu de la langue arabe,

« zobi », utilisé pour désigner une émotion négative, un refus ou une impossibilité de donner ou d'obtenir quelque chose. A l'origine, ce mot signifie « le pénis ». « Zobi » est également proche, phonétiquement, du mot « zombie » qui signifie dans la culture vaudou un revenant contrôlé par un sorcier, ce qui évoque à la fois le retour de la pensée magique de l'enfance, celui du père mort, la possession, le retrait de la vie et de la capacité de penser. Parti sans rien, départi de son alliance et de son nom, c'est-à-dire coupé symboliquement de tout lien avec la société, avec sa famille et avec lui-même, Gérard Garouste, l'individu, disparaît. A sa place apparaît le tout-puissant, maître en son royaume, « Zobie ».

Ce passage à l'acte montre comment la psychose trouble, voire anéantit l'identité, la façon dont elle efface les limites entre soi, le monde et les autres. Zobie inclut les autres dans une réalité délirante interne, sorte de langue privée qui ne s'adresse pas à eux en tant qu'individus distincts. Le mouvement psychique va dans le sens inverse de celui de la vie et de la construction : au lieu du « *Wo es war, soll Ich werde* » de Freud signifiant que « Là où est le ça, le Moi doit advenir », le ça-Zobie est advenu là où était le Moi-Garouste. Tout le processus de pensée menant à la construction et à la prise en compte du principe de réalité s'est effondré, comme écrasé, remplacé par des mots et des actes qui ne renvoient plus à une pensée mais qui sont les choses et le monde eux-mêmes.

Si les symptômes de la décompensation psychotique peuvent être spectaculaires, quelle est la différence entre une personne psychotique et une personne névrosée traversant un état psychotique passager, ou une crise névrotique lors de laquelle elle a des comportements étranges et tient des propos ressemblant à des idées délirantes ?

Dans leur manifestation, les délires peuvent en effet se ressembler. Cependant, le névrosé se sent étranger à la réalité non parce qu'il l'a déniée et remplacée par sa propre réalité, mais parce qu'il ne veut rien en savoir, ou du moins il ne veut rien savoir de ce qui a provoqué sa fuite et son retrait d'une partie de la réalité. Ne rien vouloir savoir de quelque chose, c'est déjà reconnaître, même de façon inconsciente, que cette chose existe. Dans *Les deux principes de l'activité psychique*, Freud présente la différence entre la névrose et la psychose dont la source est le rapport à la réalité : c'est la perte par le moi d'un petit morceau de réalité dans le premier cas, sans déni de la réalité de l'événement, et un abandon total de la réalité fondé sur le déni de l'événement qui a provoqué le délire dans l'autre. Même si l'abandon total de la réalité peut être questionné dans la psychose, cette remarque permet de considérer les structures psychiques et les symptômes selon le type de rapport à la réalité, pour discerner la possibilité et les conditions éventuels d'accompagnement en thérapie pour la remobilisation du processus de symbolisation.

La compréhension du processus d'élaboration psychique que constitue la fonction symbolique est donc un moyen fondamental pour discerner les formes de la souffrance psychique, qui ne peuvent se réduire à un diagnostic correspondant à une liste de symptômes. Elle met en lumière, d'une part, la source inconsciente de la capacité de penser, condition de la présence à soi et à l'autre, et d'autre part tout ce qui peut entraver, voire anéantir les processus de pensée.

Une « structure » psychique est donc un outil issu d'une construction théorique, une modélisation qui a pour source l'expérience précoce, c'est-à-dire la façon dont une personne a traversé en tant que bébé l'expérience du besoin de protection, de sécurité, de dépendance envers quelqu'un qui assume la responsabilité de satisfaire ses besoins. Elle parle des souffrances occasionnées par la réminiscence liée à la mémoire inconsciente, ou la reviviscence en lien avec le non symbolisé, quand l'expérience du besoin et de sa satisfaction n'a pu être suffisamment métabolisée, ou pas métabolisée du tout par le psychisme. La psychose est la manifestation la plus radicale de l'échec de la fonction symbolique, de l'effondrement de l'intériorité révélant un « inconscient à ciel ouvert » où soi, l'autre, le temps et la mort n'existent pas comme dans les tous premiers temps de la vie psychique. Derrière cet effondrement, il y a une faille de la fonction symbolique qui renvoie aux conséquences de l'absence de réponse au besoin humain fondamental de dépendance.

Que nous apprend donc la psychose sur nous-mêmes, sur la souffrance psychique, ainsi que sur la théorie et la pratique de la psychanalyse ? Le but de ce travail ne consiste pas à décrire la psychose comme une entité psychopathologique isolée, mais à tirer les enseignements de ce que les mécanismes psychotiques nous apprennent sur le fonctionnement psychique et les besoins humains à travers la compréhension de la construction et de l'effondrement de la fonction symbolique. C'est la raison pour laquelle la réflexion procède par comparaison entre les cas où la fonction symbolique est suffisamment développée et ceux où elle est effondrée, ce qui permet de mettre en lumière le rôle de la fonction symbolique dans le psychisme.

La première partie montre, à partir de la conception économique de l'appareil psychique, les conséquences du trauma inévitable au début de la vie dans la construction de la fonction symbolique, ainsi que ses différents destins à travers les mécanismes névrotiques et les mécanismes psychotiques à l'origine des symptômes. Les processus de la fonction symbolique ainsi décrits sont illustrés en seconde partie par des cas cliniques dans lesquels la différence entre mise à distance et déni de la réalité, ainsi que le sens de la fonction symbolique et les conditions de sa destruction sont mis en évidence. Dans une

troisième partie sont abordées les causes de l'effondrement de la fonction symbolique à partir de l'explication du lien entre traumatisme précoce et défaillance de la fonction maternelle. Pour terminer, la quatrième partie montre les ressources et les enseignements que la compréhension de l'effondrement de la fonction symbolique dans la psychose apporte dans la façon d'aborder la pratique psychanalytique et comment elle contribue à en enrichir la portée.

I - Fonction symbolique et trauma

1 - Le processus économique

a - Pulsions et trauma

Nous avons défini la fonction symbolique comme un travail psychique inconscient de métabolisation, c'est-à-dire de digestion des expériences sensorielles et émotionnelles nées dans le corps. Ce processus aboutit normalement à la capacité de se représenter et de donner un sens à ce que l'on vit. Le concept d'appareil psychique modélise, dans la métapsychologie freudienne, les processus internes inconscients à partir des observations issues de la thérapie d'adultes, ce qui permet de comprendre les difficultés du travail psychique et d'accompagner les patients dans l'intégration des éléments non métabolisés. La fonction symbolique ne se réduit pas à la capacité de symboliser habituellement rattachée aux processus secondaires et au langage : elle traverse toute la vie psychique, depuis ses commencements. Les processus secondaires sont des transformations et des dépassements des processus primaires dans lesquels le trauma tient une place centrale, du fait de l'immaturation du psychisme au début de la vie.

Pour comprendre le travail d'élaboration psychique, le rappel des éléments de théorie fondamentaux est le point de départ indispensable : l'énergie pulsionnelle interne, la libido, circule dans l'appareil psychique et transforme les excitations dont l'origine est externe ou interne. La pulsion, qu'elle soit d'auto-conservation ou sexuelle, est la représentante psychique des besoins nés dans le corps. Elle exerce une poussée constante qui se traduit par un état de besoin, dont l'accroissement est lié à la sensation de déplaisir et dont le but est la satisfaction immédiate. La satisfaction de la pulsion est liée à la sensation de plaisir, la pulsion sexuelle s'étayant sur la pulsion d'auto-conservation. Le « sexuel » signifie qu'au delà de l'assouvissement du besoin vital, par exemple ingérer un aliment pour combler la faim, la décharge pulsionnelle produit une sensation de plaisir qui correspond chez le bébé par exemple à l'incorporation du sein maternel. Ce plaisir ne se confond pas avec le sens génital adulte du sexuel : partielles dans l'enfance, c'est-à-dire reliées à différentes zones érogènes au fil du développement psychique, les pulsions sexuelles s'unifient à partir de la période de la puberté pour prendre la forme de la sexualité génitale.

La particularité de la pulsion est qu'il n'est pas possible d'y échapper par une action de fuite, contrairement à ce qui se produit en cas de stimulus physiologique. Si un danger extérieur menace, il est possible de s'enfuir, à la différence de l'état de besoin provoqué par la poussée pulsionnelle à laquelle il est impossible d'échapper par la fuite motrice.

La pulsion exige l'atteinte de son but de satisfaction conformément au principe de plaisir. Bien qu'elle tende naturellement vers la satisfaction immédiate, un certain travail de maturation s'impose à l'appareil psychique à cause des contraintes venues du monde extérieur, conformément au principe de réalité qui permet de différer la décharge immédiate. L'augmentation et la réduction de la tension pulsionnelle ne peut donc être maîtrisée qu'à travers un fonctionnement psychique de type économique, consistant à ramener l'intensité des excitations par des voies qui peuvent être diverses à un niveau aussi bas et constant que possible selon le principe de constance. L'objet de la pulsion, c'est-à-dire ce à travers quoi la pulsion peut atteindre son but, peut aussi bien être le corps propre comme c'est le cas principalement de l'auto-érotisme au début de la vie, qu'un objet extérieur dont la nature devient très variable avec les années en raison de la fluidité du courant libidinal capable de se déplacer d'un objet à l'autre. La pulsion chargée de libido circule donc comme un courant à travers les instances psychiques que sont le ça, le moi et le surmoi.

Or, l'appareil psychique ne peut assimiler une quantité illimitée d'excitations en un court laps de temps : un excès d'excitations perturbe le fonctionnement énergétique de l'appareil psychique qui, débordé, ne peut liquider la tension pulsionnelle, ce qui entrave l'élaboration psychique. Cette situation de surcharge énergétique avec effraction du psychisme correspond à la définition du trauma.

La situation du nouveau-né dont le psychisme est immature, c'est-à-dire dont le moi n'est pas encore formé, permet de se représenter l'expérience traumatique. Le nourrisson a en effet, du fait de son immaturité, une vulnérabilité particulière aux excitations internes que sont ses pulsions éprouvées dans un état d'alerte, de tension intolérable et de détresse. La poussée pulsionnelle intense, massive et soudaine est intolérable : c'est une augmentation constante et rapide de la tension, insupportable pour un psychisme immature car elle excède ses capacités d'adaptation. N'ayant aucune notion du temps et de l'espace, submergé par les sensations de déplaisir issues de ses besoins corporels, comme la faim, la fatigue, la douleur, le besoin de chaleur, il est totalement dépendant et incapable d'apaiser ses tensions sans le secours de l'autre. Cela correspond à l'*hilflösigkeit*, état de détresse, d'impuissance et de privation, traduit en français par le mot

« effroi ». C'est une situation inattendue d'exposition dangereuse à la non satisfaction du besoin dans le dénuement et la solitude, en l'absence d'aide secourable.

En français, la racine latine du mot « effroi », *ex fridare*, suggère l'idée d'une sortie brutale de l'état de paix où se trouvait une personne avant de rencontrer le danger par surprise : dans le cas spécifique du nouveau-né, le familier est l'état de paix intra-utérine qu'il n'a pas conscience d'avoir quitté. En position psychique de passivité et d'impuissance devant le danger, il n'a pas encore développé de signal d'angoisse, c'est-à-dire de mécanisme de défense protecteur contre un excès d'excitation.

Sans protection, le psychisme subit une effraction de son intégrité qui provoque une déchirure de l'enveloppe psychique, définie comme le contenant qui délimite le dedans et le dehors, le moi et le non-moi. Freud la décrit comme une couche protectrice du psychisme appelée « pare-excitation », qui ne laisse normalement filtrer qu'une quantité d'excitation tolérable en vertu du principe de constance. Or, cette enveloppe est le contenant indispensable, à la fois constitutif et, ce qui sera étudié dans la troisième partie de ce travail, constituant de l'appareil psychique. Le problème est que le nourrisson n'a pas les moyens, à lui seul, de réparer la blessure.

L'aspect quantitatif de la pulsion, c'est-à-dire sa force, est à la fois une menace pour le moi et ce qui initie sa constitution. Le trauma lui-même contribue à la formation du moi à la condition qu'il soit intégré et surmonté; dans le cas contraire, il est susceptible de blesser le narcissisme, en fonction de sa plus ou moins bonne intégration.

Le trauma laisse en effet derrière lui la trace d'une énergie non déchargée, énergie libre incrustée dans le psychisme et susceptible de se réactiver ultérieurement, à l'occasion d'une nouvelle situation de danger. Comme une blessure qui se remet à saigner longtemps après un accident, le traumatisme psychique est une réactivation de cette blessure dont l'origine est la trace que le trauma initial, invisible à la différence d'une blessure physique, a inscrit dans le psychisme qui en a gardé la mémoire.

Cela signifie que même si les circonstances du trauma ont disparu, sa trace agit comme une énergie psychique non intégrée, non liée, susceptible d'affaiblir le psychisme à l'occasion d'une émotion trop forte, d'un événement, d'une accumulation d'événements ou d'émotions. Dans ce cas, ce qui rappelle le trauma déclenche un traumatisme, que le lien entre l'événement et le trauma paraisse anodin ou non d'un point de vue extérieur « objectif ». C'est la raison pour laquelle une douleur psychique n'est pas nécessairement relative à la gravité de l'événement extérieur qui a pu la susciter ou y contribuer.

Une expérience traumatique ne peut donc se définir a priori car elle est de l'ordre de la subjectivité : ce qui fait traumatisme dépend à la fois de la quantité d'énergie psychique

disponible qu'un sujet est capable de supporter de mobiliser, de sa constitution propre et de la manière spécifique dont il vit l'expérience, de l'état de son psychisme au moment où il la vit et de la qualité de son environnement.

b - Angoisse signal et représentation

Le trauma a lieu en l'absence de l'angoisse signal qui est une protection au service du moi, née de l'expérience surmontée de la perte et de l'insatisfaction. Ses premiers développements manifestes autour de six mois sont une étape fondamentale du processus de construction de la fonction symbolique qui a lieu au début de la vie. Cette étape correspond au moment où l'enfant passe de la satisfaction hallucinatoire et immédiate de son désir dans un état de fusion avec sa mère, alors qu'il n'y a pas encore de distinction entre moi et non moi, à la capacité de se représenter sa mère en son absence, qui se construit progressivement grâce à l'objet transitionnel au départ. Ainsi, en l'absence de sa mère, le bébé apprend à lier les excitations grâce à un « doudou », qui se situe entre intériorité et extériorité. Cet objet transitionnel est le support d'un début de représentation qui n'a pas encore atteint un stade d'abstraction comme le langage. Le principe de réalité et le sens de la réalité se construisent donc au fur et à mesure que le bébé acquiert la capacité de se percevoir comme séparé et distinct de sa mère. Dans ce contexte d'un développement normal du psychisme, la décharge de la pulsion a lieu en petites quantités contrairement à ce qui se produit en cas de trauma.

La représentation correspond alors à une présentation psychique de l'objet perdu, représentation, et l'absence de cette représentation dans la situation d'angoisse automatique est une douleur psychique intense.

Autrement dit, l'être humain souffre fondamentalement de ne pouvoir se re-présenter en l'absence de l'objet, ce que le jeu de mot « mal à dire » pour désigner la maladie met en lumière.

L'angoisse automatique, au contraire de l'angoisse signal, est une expérience sans moi et sans autre, négatif de la pensée en l'absence de décharge et de mise en sens.

Lors d'un débordement de l'appareil psychique ou trauma, le principe de constance, qui maintient la quantité d'énergie présente dans le psychisme à un niveau aussi constant que possible, n'est pas opérant et la dynamique de la libido est court-circuitée par la quantité excessive d'excitation qui ne peut être déchargée.

L'excès et la soudaineté des stimuli ne permet pas, sous l'effet de surprise, de mobiliser des défenses à l'aide d'un signal d'angoisse. L'état d'impréparation au danger d'une part

et l'intensité excessive de l'excitation de l'autre ont pour effet de blesser l'appareil psychique par effraction : ils ont généré la présence d'une certaine quantité d'énergie libre correspondant à l'absence de décharge de la pulsion du ça; l'effraction se traduit par une douleur psychique intense. L'énergie non déchargée reste présente dans l'appareil psychique sous la forme d'une certaine quantité d'affect non liée à une représentation, la capacité de liaison du moi étant entravée.

Une personne vivant un trauma est donc dans l'incapacité de répondre à l'afflux soudain d'excitations auxquelles elle ne peut donner un sens; la fuite, la paralysie ou le combat en sont les réactions typiques, issues de la pulsion d'auto-conservation.

La menace sur l'intégrité du psychisme correspond au fait de vivre quelque chose, un événement, sans le symboliser, c'est-à-dire sans l'éprouver pour soi, sans être capable de l'intégrer, de le comprendre et de le communiquer ou de le formuler à quelqu'un d'autre. Cela revient à une destruction du sentiment de soi. C'est vivre une « non expérience » au sens d'un vécu non investi et sans apprentissage possible, puisque « personne » ne l'éprouve.

Or, cette « non-expérience », sorte de « non sens », n'est pas l'absence d'expérience : elle se traduit par une douleur psychique intense, une menace vitale, c'est à dire une menace de mort psychique qui est la mort de la subjectivité. Elle laisse une empreinte paradoxale dans l'appareil psychique, comme une représentation de chose vide en attente d'être investie qui mobilise une grande quantité d'énergie psychique.

« Trauma » signifie, selon l'étymologie grecque, le « trou », ce qui est « percé » : le mot évoque à l'origine, dans le vocabulaire médical, une plaie organique ainsi que ses conséquences. D'un point de vue psychique, le trauma est cette plaie invisible qui « troue » la compréhension de soi par retrait de signification d'une partie de ce qui a été vécu sans avoir été éprouvé. Ce trou dans la représentation, cette discontinuité font basculer le sujet hors du temps : le présent n'est pas « présence à soi » mais il se confond avec le passé et l'avenir. La conscience s'en trouve rétrécie et la capacité de penser, la créativité également. Ici, le terme de « créativité » ne renvoie pas au fait de créer des oeuvres d'art, mais au dynamisme de la pulsion de vie dont l'effet est dans le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue, plutôt que de considérer la vie et le monde comme ce à quoi il faut s'adapter dans une « relation de complaisance » selon le mot de Winnicott. Dans la thérapie, cette relation de complaisance s'exprime parfois de façon radicale : madame L et monsieur R, dont les cas sont évoqués respectivement en deuxième et troisième partie, parlent d'un quotidien régulièrement ponctué de sensations de mort imminente, ou du sentiment que la vie se réduit à attendre la mort.

2 - La signification du symptôme dans la névrose et dans la psychose

a - Traumatisme, angoisse et mécanismes névrotiques

Que devient alors l'émotion ressentie et non vécue par un sujet? Nous avons vu que lors d'un trauma, une certaine quantité d'énergie libre, c'est-à-dire une quantité d'affect non liée à une représentation, reste coincée dans le psychisme comme un « corps étranger », car elle n'est pas liquidée. Dans la névrose, la blessure psychique est réactivée sous la forme du traumatisme quand une situation analogue - et non identique - à celle éprouvée lors du trauma se présente à nouveau : par exemple, une situation de perte d'objet comme une séparation ou un deuil. Une telle situation est alors identifiée comme un danger par le moi et le surmoi qui refoulent la pulsion sexuelle.

Cela peut se produire dans une situation familière, lors de laquelle on ne s'attend pas au surgissement d'une menace; les périodes de crise comme celle de la traversée de l'Oedipe, celle de l'adolescence, ou les périodes de transition de l'âge adulte qu'on appelle « cycles de vie » coïncident souvent avec la survenue du traumatisme en raison du fait qu'elles mobilisent beaucoup de libido pour procéder aux transformations psychiques nécessaires aux réaménagements internes. En ce cas, la moindre séparation de l'être aimé, ou le moindre désaccord par exemple sont chargés de l'affect d'origine traumatique qui s'est déplacé et provoquent des réactions émotionnelles démesurées.

Le refoulement peut alors être défini comme « une réaction à un traumatisme », ce que Freud formule dans *Au-delà du principe de plaisir*. Dans la conversion hystérique, le symptôme névrotique est le résidu et le « symbole commémoratif » d'expériences émotives appelées « traumatismes psychiques », auxquels la vie psychique reste fixée. Les symptômes actuels sont donc l'expression de résidus d'expériences émotionnelles passées non intégrées appelées « affects », excessivement intenses et devenues méconnaissables. Ce sont ces expériences qui font retour à travers les symptômes, qui sont les représentants des traces mnésiques qui ont été maintenues dans le psychisme depuis un trauma plus ancien. Incorporées à la vie psychique, ces traces sont susceptibles de se manifester dans une situation de danger, que le danger soit réel ou fantasmé.

Le symptôme a pour fonction de protéger le moi faible du danger en soulageant l'appareil psychique à travers un mécanisme de conversion dans le corps dans l'hystérie, à travers un objet extérieur investi par le moi dans l'hystérie d'angoisse ou phobie; dans la névrose obsessionnelle, c'est une idée ou un acte compulsifs qui soulagent la tension. Si le

symptôme est « symbole », c'est un symbole soumis à la contrainte de répétition sous la forme de la commémoration. Il renvoie aux traces mnésiques laissées par le trauma et à la façon dont le psychisme les a interprétées ou introjectées suite au traumatisme.

Ce n'est donc pas le souvenir du trauma lui-même qui produit le symptôme, mais ce que le psychisme en a fait dans une situation perçue comme analogue à la situation traumatique. Autrement dit, c'est la façon dont un sujet vit et ressent un événement, sa façon de l'intégrer en tant que fait psychique interne qui fait trauma : l'événement historique « objectif » n'est pas un traumatisme indépendamment du sujet qui le vit. Le travail d'élaboration vise donc à reconstruire la vérité historique d'un sujet singulier, que d'autres ont pu vivre différemment en fonction de leur propre histoire et de leur constitution. La démarche ne vise donc pas à la recherche de l'objectivité scientifique, mais à permettre à une personne de comprendre et de dire son histoire.

La liquidation du trauma consiste alors à réinstaurer l'équilibre psychique à travers la prise de conscience des fantasmes qu'il a nourris. Le symptôme névrotique n'est donc pas une production insensée du psychisme même s'il paraît tout à fait irrationnel. Il représente à la fois la non satisfaction de la pulsion et le succès du refoulement de la représentation. Il est une sorte de satisfaction dégradée de la pulsion, un compromis entre un désir inconscient et l'interdit ou la défense qui s'y oppose. La cause du symptôme est une blessure psychique, et le symptôme lui-même est un signal ou un indice qui symbolise un conflit psychique lié à l'histoire singulière d'un sujet qui n'a pas trouvé d'issue plus satisfaisante pour s'exprimer. Le symptôme n'est donc que l'indication du fait qu'un conflit cherche à être symbolisé.

Par conséquent, la réduction médicale du symptôme psychique à une lésion organique enferme le sujet dans la « maladie » et son diagnostic, c'est-à-dire dans son silence, par l'utilisation de protocoles et de médicaments standardisés en fonction d'une certaine conception de la « normalité » ou de la « santé » qui ne lui permet pas de se comprendre lui-même et d'accéder à son autonomie en fonction de ses propres besoins.

D'un point de vue psychanalytique, de la même façon qu'un bras cassé en limite l'usage et déséquilibre le corps à cause des compensations mises en oeuvre pour rétablir un équilibre postural, la blessure psychique limite les fonctions et les capacités du psychisme fixé au passé et négligeant le présent, comme hanté par sa propre émotion refoulée; elle déséquilibre l'organisation psychique et provoque la mise en oeuvre des mécanismes de compensation que sont les mécanismes de défense.

En tant que retour et substitut de la pulsion sexuelle déguisée, le symptôme permet une certaine décharge de la tension psychique en vertu du principe de plaisir. Il est donc une

tentative de lier et de symboliser. Le conflit psychique peut être symbolisé par des symptômes d'une très grande diversité, dont nous ne pouvons dresser a priori de liste exhaustive en les reliant à une « maladie », comme le fait la psychiatrie qui classe les « maladies mentales » à l'aide d'une liste de symptômes. L'expérience analytique montre que tout symptôme est susceptible de signaler un conflit dont le contenu est latent, inconnu, et singulier, issu de la façon particulière dont un inconscient a interprété ce qui lui est arrivé.

Le symptôme névrotique a donc un sens qui est interprétable avec le concours de la personne qui l'éprouve; il exprime également l'angoisse de castration à travers le retour depuis l'inconscient de la pulsion sexuelle déguisée, suite à son refoulement par le moi. Le refoulement renvoie en ce cas à un contenu psychique formé d'images qui ont pu se constituer en souvenir inconscient.

Le trauma infantile correspondant est celui de l'enfant oedipien arrivé au stade phallique, qui se trouve confronté au désir et au plaisir ardents qui le débordent, peuplent son imaginaire et alimentent sa culpabilité. Bien après la douloureuse séparation du sevrage, l'enfant a accédé progressivement, en passant par l'étape de l'objet transitionnel, à la symbolisation de l'absence de sa mère, dont le jeu de la bobine du petit-fils de Freud est le modèle. Mais il n'a pas renoncé pour autant au désir de fusion ni de contrôle vis-à-vis de sa mère avec laquelle il entretient une relation duelle dans laquelle l'autre n'a pas sa place. Certes, l'enfant a une relation avec le père, mais c'est une relation « deux par deux » : lui et son père à l'exclusion de la mère, lui et sa mère à l'exclusion du père. La période du complexe d'Oedipe est ce passage délicat d'un mode relationnel « à deux » à la triangulation, nouvelle étape de déssexualisation de la relation avec l'objet et de sa sublimation en tendresse, menant vers l'individuation et la découverte du monde, qui implique un nouveau renoncement et le dépassement de la peur de perdre l'objet.

Le fait ne pas rencontrer l'interdit et la menace de punition face à ses pulsions sexuelles est pour l'enfant une véritable catastrophe psychique, source de souffrances névrotiques ultérieures. L'angoisse de castration ne saurait cependant être un prétexte à la violence éducative: l'enfant a besoin d'entendre les mots venant de ses parents, qui bornent l'angoisse qu'il traverse. La sexualisation du parent par l'enfant, sans rapport avec la sexualité adulte, consiste pour lui à « jouer » à la sexualité sans savoir à quoi il joue, pris entre le désir et l'angoisse, jusqu'à ce qu'il renonce et refoule son désir de faire de son parent l'objet de sa pulsion sexuelle grâce au tiers séparateur. La complaisance de l'adulte face aux pulsions de l'enfant, ou le passage à l'acte sexuel entre un adulte et un enfant

sont pour l'enfant immature et impubère une grave effraction traumatique, dont les conséquences sont plus ou moins réversibles selon la qualité du narcissisme de l'enfant.

b - Trauma, angoisse et mécanismes psychotiques

Dans la psychose, il n'y a ni refoulement, ni, par conséquent, retour du refoulé sous une forme symbolique. Le trauma originaire n'a pas pu se constituer en souvenir inconscient. Il est resté dans le psychisme sous la forme d'impressions sensorielles non métabolisées, non liées par le moi, si bien que toute tension pulsionnelle trop intense constitue un danger considérable menaçant l'intégrité du moi et le sentiment d'exister. Autrement dit, face à une représentation intolérable liée à une réalité déplaisante, le psychisme régresse à un fonctionnement de type prégénital dans lequel il n'y a pas de différence entre réalité intérieure et réalité extérieure.

Les mécanismes de défense psychotiques utilisés peuvent être mis en relation avec une fixation libidinale due à l'excès de leur usage lors des étapes précoces du développement infantile. Ces mécanismes sont en effet typiques de la position psychique schizo-paranoïde et dépressive, ce qui donne aux perceptions psychotiques un caractère hallucinatoire c'est-à-dire délirant.

La position schizo-paranoïde du nourrisson est le fonctionnement psychique, avec clivage du moi et de l'objet, qui correspond au psychisme en formation sous l'effet de la frustration des besoins primaires dans les tous premiers mois de vie. L'angoisse de persécution typique de ce stade est liée à la perception de mauvais objets internes expulsés avec les mauvaises parties du moi. Normalement, l'adulte a dépassé, c'est-à-dire intégré cette position, même si elle peut exercer une plus ou moins forte influence dans des états non psychotiques, par exemple lors d'une dépression névrotique dans un moment de crise hystérique ou dans le cas d'un passage à l'acte chez l'état-limite.

L'état psychotique peut donc être décrit comme la reviviscence de la position schizo-paranoïde, ou la régression à cette position, sous l'effet d'un traumatisme lors duquel la fonction symbolique s'est effondrée. Cet effondrement signifie le retour d'un fonctionnement ancien qui n'a pas abouti ou n'a pas été dépassé en son temps, et se trouve réactualisé à l'endroit où il avait rencontré à la fois le plaisir et la difficulté de passer à un stade plus élaboré. La fonction symbolique, telle qu'elle s'est construite lors du passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive, et la reconnaissance de l'existence d'un objet total extérieur sont donc abolis. La nature de la psychose varie alors

en fonction du point de fixation orale plus ou moins précoce, le psychisme étant confronté dans tous les cas à la forme archaïque du deuil de la toute-puissance symbiotique.

Il n'y a donc plus, à proprement parler, d'images psychiques mais un retour à des figurations du plaisir et du déplaisir sous forme de phantasmes archaïques et destructeurs. La réalité extérieure est perçue de façon totalement déformée par la projection. Cela n'exclut pas l'effet effracteur des circonstances réelles extérieures dans l'histoire de la personne psychotique, comme les accidents, les catastrophes, la maltraitance qui se révèlent, dans leur répétition, comme des blessures de type transgénérationnel. Ces événements contribuent à entraver la fonction symbolique par leur étroite corrélation avec la défaillance dans la qualité de la relation d'objet.

La décompensation psychotique est par conséquent un vécu qui ne renvoie pas à une représentation constituée en souvenir, mais à une non-représentation catastrophique, une poignante angoisse d'anéantissement renvoyant au trauma brut : quelque chose aurait dû se produire qui ne s'est pas produit dans le psychisme. Le monde extérieur et le monde interne se confondent sous la forme d'un chaos, dans une atmosphère qui peut être comparée, lors de phases critiques, à celle d'une guerre avec des attaques et des destructions incessants en l'absence de secours. L'abri qui offre protection et consolation, le bon sein, bon objet interne, n'a pu se constituer solidement. L'absence de métabolisation du vécu archaïque rend les angoisses primaires de chute dans le vide, de morcellement et d'anéantissement présentes dans l'actuel, car ces expériences n'ont pas été métabolisées ni refoulées lors des premiers mois d'existence.

L'angoisse psychotique est en rapport direct avec la vie et la mort, « question de vie ou de mort », en lien avec le trauma de la naissance et les premiers temps de la vie, dont il ne reste que des traces chez l'individu névrosé. Le délire psychotique est une mise en acte des fantasmes relatés de façon métaphorique dans les histoires issues de l'imagination humaine : Otto Rank interprète par exemple les mythes et les contes relatant la naissance des héros comme l'expression d'une surcompensation pour reconquérir la mère, à l'aide de cuirasses diverses qui sont les prolongements de l'utérus maternel. Le délire psychotique « agit » cette surcompensation. Dans le mythe vu sous cet angle, le père est le rival qui soit veut empêcher la naissance, soit se l'approprier : c'est le cas par exemple de Zeus qui arrache Dionisos du ventre de sa mère pour le coudre dans sa cuisse. Cette histoire peut être interprétée à deux niveaux : soit en rapport avec le trauma de la naissance et les traumas précoces, soit en rapport avec le stade phallique et le complexe de castration, en fonction des mécanismes psychiques et du degré de maturation psychique que l'on cherche à décrire. Dans le contexte de la psychose, le déni

de la fonction paternelle et la fusion psychique avec la mère donne lieu au délire de toute-puissance. Les visions terrifiantes de fin du monde, d'attaque du diable, de monstres, d'animaux laissent alors place au délire mystique mêlé d'extase pour sauver l'humanité, aux convictions délirantes de devoir sauver ou conquérir le monde fort d'une grande richesse ou d'une filiation royale.

Si le névrosé a pu accéder à la symbolisation tout en gardant des traces de la colère inconsciente d'avoir été expulsé du paradis intra-utérin, puis de l'enveloppe psychique mère-enfant, l'état psychotique est l'état du psychisme qui, sous l'effet de la désintrinsication entre pulsion de vie et pulsion de mort, n'a pu métaboliser ces séparations. Ainsi, l'objet n'est pas simplement réprimé, il est aboli à l'intérieur par déni puis expulsé en dehors du psychisme tant son existence est intolérable. Cette expulsion hors psychisme est à la source d'une désincarnation du corps, qui n'est plus habité par le sujet. Dans l'appareil psychique, le principe de plaisir n'est plus opérant : la libido suit un processus d'involution brutale en se retirant du monde extérieur, monde des objets, pour être réinvestie dans le moi. Il y a donc rupture brutale de l'équilibre entre libido du moi et libido d'objet. Ce processus a réinstauré un état narcissique archaïque: le moi, trop fragile, a perdu la bataille contre les pulsions du ça. L'état psychotique est un effondrement de la fonction symbolique dans le sens de la destructivité, sous l'effet de la déliaison entre pulsion de mort et pulsion de vie.

Le moi n'a donc pas réagi par un mécanisme protecteur comme il le fait dans la névrose, où le symptôme protège le moi et traduit la primauté du principe de plaisir.

Dans le fonctionnement psychotique, le caractère aberrant du symptôme est lié à la rupture avec la réalité. C'est un mécanisme de survie contre le morcellement complet, par un processus de clivage correspondant à une cassure du moi qui se coupe de lui-même dans la situation de danger. C'est un « pseudo refoulement », non à l'intérieur du psychisme inconscient mais vers l'extérieur, né d'une défense radicale du moi contre une représentation insupportable née à l'intérieur, clivée et projetée directement à l'extérieur. L'idée de projection directe à l'extérieur signifie qu'il n'y a, dans ce cas, aucune transitionnalité comme c'est le cas, par exemple, de l'objet d'addiction, qui est une sorte de fétichisation qui dénature l'objet transitionnel, figé et conservé dans un entre-deux. En ce cas, les mécanismes de clivage sont présents, comme dans les états-limites, mais ils correspondent à des mécanismes « dans le moi », correspondant à des îlots psychotiques, tandis que le clivage psychotique est clivage « du moi » qui perd le lien avec la réalité.

La projection est reliée au mécanisme normal de la première différenciation entre moi et non-moi, quand l'excitation provoquée par la frustration devient le « mauvais » projeté dans la mère. Alors que le névrosé peut reconnaître, même s'il résiste, ce qui se passe à l'intérieur de lui quand il projette, le psychotique ne voit que ce qui lui revient de l'extérieur et lui paraît totalement étranger à lui-même. Ainsi, la personne psychotique pense que ses souffrances viennent d'une agression extérieure qui le blesse.

Les délires d'empoisonnement en sont un exemple, ou ceux liés au thème de l'envahissement par des êtres animés ou inanimés, humains ou non humains.

Par exemple, dans son délire, la personne « sait » qu'on cherche à l'empoisonner avec ce qu'elle aime le plus boire, par exemple le café, chose inanimée vis-à-vis de laquelle elle entretient une relation ambivalente. Cette personne sait, grâce à des informations reçues à travers le poste de télévision qu'elle seule a entendues et qui lui étaient adressées, qu'il y a un endroit où le café n'est pas empoisonné. Par exemple, à la cafétéria du supermarché. Tout est fondé sur la conviction délirante, donc il est inutile de soutenir l'argument logique selon lequel il n'y a pas de raison pour que le café soit empoisonné, pas plus qu'il n'y en a pour que la cafétéria soit moins dangereuse qu'un troquet. Cela est différent d'une angoisse névrotique, dans laquelle une personne qui craint d'être empoisonnée peut reconnaître la projection de sa propre agressivité déplacée dans d'autres circonstances et sur un objet différent de celui du souvenir refoulé.

Le conflit psychique a donc provoqué dans la psychose un arrachement, une amputation par le moi d'une partie de lui-même à travers le rejet de la représentation et de l'affect. Dans la névrose, le moi conserve son intégrité en refoulant la représentation dans l'inconscient alors que dans la psychose, la représentation rejetée et le fragment de réalité qu'elle contient sont projetés hors du moi comme un lambeau de moi, qui devient une nouvelle réalité hallucinée quand il fait retour. Il y a une part du moi détachée de lui, et l'autre qui reste en partie en contact avec la réalité : le moi est clivé, autant que l'objet sur lequel a eu lieu la projection de la partie clivée. C'est donc le clivé et non le refoulé qui fait retour depuis l'extérieur, porteur de ce qui n'a pu être toléré ni reconnu à l'intérieur de soi. Ce retour, sous la forme de délires ou d'hallucinations, contient un fragment de réalité qui était contenu dans la représentation expulsée hors du moi. Autrement dit, le psychisme n'est pas contenu, il est comme un « inconscient à ciel ouvert », et la « réalité » incarne les représentations rejetées, elles-mêmes clivées en bon et mauvais.

Cela explique le comportement psychotique désorganisé dans les relations interpersonnelles : une seule et même personne, situation ou chose est tantôt aimée, tantôt haïe et considérée comme un danger de type persécutoire dont il faut se défendre.

Ainsi, le fait que l'objet soit tantôt saint tantôt démoniaque évite la venue à la conscience de l'hostilité envers cet objet, hostilité qui pourrait détruire l'autre, donc le moi.

Dans la confusion entre moi et objet, et en l'absence de contours psychiques délimités, il n'y a plus de différence entre moi et non-moi, entre émotion et action, ni de capacité à se représenter l'objet perdu. La relation à l'objet régresse donc, elle aussi, à un mode infantile oral sur le modèle de la succion du sein et de la relation primaire peau à peau. La perte de l'identité propre et l'extrême dépendance à l'autre liés à cette régression conduisent la personne en décompensation dans une sorte de no man's land, à mi-chemin entre qui elle était avant et qui elle pourrait devenir. C'est une situation qui se retrouve dans la partie psychotique de la personnalité des états-limites également, et qui apparaît fréquemment lors de la période de transition que constitue l'adolescence, lors de la remise en chantier de la problématique oedipienne.

L'angoisse n'est donc pas une angoisse de perte d'objet à proprement parler, car elle suppose un objet total et constitué, mais une angoisse d'anéantissement, comme la crainte de l'effondrement décrite par Winnicott, reliée aux angoisses disséquantées ou agonies primitives. La décompensation psychotique signifie en effet un échec du refoulement originaire du trauma, l'inconscient n'ayant pas conservé de traces mnésiques telles qu'elles sont, dans la névrose par exemple, manifestées sous la forme de « réminiscences ». L'angoisse psychotique est en rapport non avec une mémoire, mais avec des impressions sensorielles brutes, des « choses en soi » non transformées. C'est donc le trauma précoce dont la matière première psychique n'a pu être transformée, qui est la source de l'angoisse psychotique.

Le traumatisme réactualise des souffrances psychiques intolérables qui provoquent une défense empêchant toute possibilité de transformation des impressions sensorielles. Autrement dit, la psychose est une défense contre l'angoisse archaïque d'anéantissement, qui se situe à un niveau psychique plus primitif, donc plus lié à l'intégrité corporelle, que celui de l'angoisse de perte d'objet. Elle agit en quelque sorte comme une « défense de symboliser » ou défense de penser. Celle-ci ne se confond pas avec une difficulté à symboliser de type névrotique, qui repose sur une « défense de désirer » liée au complexe d'Oedipe et correspondant à une maturation psychique plus avancée.

Il y a donc, dans le symptôme psychotique, l'expression de l'immense détresse du danger de mort éprouvé par le nourrisson en proie à l'*hilflösigkeit* qui n'a pas été symbolisée, ainsi que le danger de symboliser ce qui est en train de se passer.

C'est une tentative pour vivre ou survivre, c'est-à-dire une tentative de guérison, même sans identité, à travers la restauration délirante de la réalité déniée qui évite la

désintégration totale du moi. C'est la raison pour laquelle le fait de nier la réalité que perçoit le psychotique, c'est-à-dire chercher à lui faire entendre raison, ne fait qu'augmenter son angoisse en entravant la tentative de son psychisme pour restaurer le lien perdu à l'objet, expulsé avec la partie clivée du moi.

Le psychotique n'est pas conscient d'avoir régressé à un état de dépendance infantile précoce. L'interdiction de penser ainsi que l'angoisse sont liées au conflit entre son intense besoin de dépendance, le sentiment de frustration de ne pouvoir le satisfaire immédiatement, et le refus vigoureux de la dépendance. La défense se traduit par un moi surpuissant, grandiose, meilleur que les autres, extrêmement sensible à ce qu'il vit comme des intrusions. Toute « relation » comporte pour le moi psychotique une menace d'intrusion et de perte d'identité, car il projette sur l'autre ses propres besoins oraux de dévoration; le mécanisme d'identification projective allège cette menace par une appropriation des qualités de l'autre.

II - Vie et destruction de la fonction symbolique : les cas cliniques

1 - La fonction symbolique dans un cas de névrose : le cas de madame L

a - La fuite de la réalité dans un cas d'hystérie de conversion

Le cas dont je présente ici quelques éléments est un exemple de perception déformée de la réalité, qui se distingue du délire psychotique par les processus symboliques en jeu. Il montre comment le fantasme névrotique, qui met la réalité à distance à travers sa fuite, résiste avec force au processus de symbolisation en thérapie. La découverte de l'hystérie de conversion par Freud, que l'on considérait alors comme pure « folie » nécessitant l'enfermement, reste d'actualité, comme toutes les souffrances névrotiques provoquées par le conflit inconscient entre désir et interdit. L'approche clinique psychanalytique demande le temps de l'écoute « avec la troisième oreille », et ne se fie pas à l'impression immédiate que donnent les symptômes.

Madame L a 60 ans; elle vit des états de panique quotidiens, provoqués par le regard des autres sur elle, qui l'empêchent de vivre normalement. Le visage caché sous une épaisse chevelure et de grandes lunettes, elle a un air d'enfant dans un corps de grande personne, dont les manières policées et la courtoisie exagérés donnent l'impression d'une conformité presque mécanique, masquant l'hostilité inconsciente qui ne tardera pas à se manifester. Lors des premières consultations, madame L s'arrête à plusieurs reprises au milieu d'une phrase, généralement à l'évocation d'un souvenir pénible. Sidérée, les yeux dans le vide et la bouche entrouverte, elle entre dans un état de détresse profonde; son corps se met à trembler et elle se balance d'avant en arrière. Alors que je constate à haute voix son état, elle finit par sortir de son silence et s'adresse à moi en larmes, d'une toute petite voix d'enfant et sur un ton de supplication, donnant l'impression d'être en grave danger. Elle me dit alors qu'elle ne veut pas mourir à plusieurs reprises, qu'elle a peur, et m'appelle au secours. Dans un état second hors de la réalité, madame L décrit une vision du monde et des autres effrayante, remplie d'yeux et de bouches persécuteurs qui la cernent de toutes parts, se moquent d'elle et la menacent. Elle décrit les autres comme elle se décrit elle-même, en être monstrueux : des yeux et des bouches sans corps clairement délimité, à l'image du tableau d'Edvard Munch, *Le Cri*, qu'elle me montre un jour sur son téléphone portable pour que je comprenne ce qu'elle ressent. Elle me dit

aussi vouloir arracher les yeux de sa mère morte qu'elle affirme confondre, l'espace de quelques minutes, avec mes yeux. Madame L décrit la terreur qu'elle éprouve quotidiennement, quand elle voit les yeux de sa mère et parfois aussi, ceux de son père tous deux décédés dans un regard. Elle parle d'un cri qui hurle à l'intérieur d'elle et qui ne sort pas de sa bouche. Elle accompagne sa description en mimant le hurlement, accompagné d'un geste des deux mains figurant un effondrement vers le sol, qu'elle appelle un « état de mort imminente ». Elle rapporte que dans ces moments, elle ne se sent plus exister, et ressent une peur effroyable de mourir. « Mourir » est, selon ses mots, un état dans lequel elle se sent paralysée, hors de sa vie et du temps, absente d'elle-même, ne sentant plus son corps, ne se reconnaissant plus elle-même. Elle traduit cette sensation de mort par l'image d'une vie passée dans un train fantôme.

Tout cela ressemble à un délire, à cause de la façon qu'a madame L de se sentir persécutée par le monde extérieur qui est la projection de son monde interne. Mais ce n'est pas un délire psychotique, car le discours m'est adressé, de façon poignante, exagérée et théâtrale; elle sait, sans vouloir le savoir, qu'elle confond ce qu'elle ressent avec la réalité : cette conscience apparaît dans sa façon de dire ce qu'elle vit, quand elle dit par exemple qu'elle a « confondu » mes yeux avec ceux de sa mère qu'elle fantasme d'arracher, ou quand elle utilise des métaphores et des comparaisons pour expliquer ses angoisses. D'autre part, la description de ce qu'elle ressent évoque clairement un état de dissociation traumatique, dans lequel elle se sent « planer » au-dessus de sa propre vie. Le fait d'avoir confondu mes yeux et ceux de sa mère est une façon de projeter son agressivité sur l'autre, aspect négatif dans le transfert qui laisse transparaître les pulsions érotiques et agressives, et donne une indication sur les conflits internes ainsi que sur ceux issus de la relation réelle ou fantasmée entretenue par Madame L avec les membres de sa famille depuis l'enfance. Au fil des séances, elle exprime qu'elle sait que ce qu'elle dit peut paraître fou, ou ridicule; elle a donc la conscience de ce qui n'est pas fou, c'est-à-dire une connexion avec la réalité, et l'usage fréquent du mécanisme d'annulation rétroactive montre la présence d'un surmoi particulièrement agressif dans la lutte entre désirs et interdits. Le « délire » névrotique est alors un fantasme que s'est construit le névrosé, qui peut être l'objet pour lui d'une élaboration comme pour le rêve. Le fantasme de madame L peut être compris comme la réalisation d'un désir et il est possible d'en dégager le contenu latent.

Le fantasme, notamment la situation de péril qui évoque le personnage en détresse des contes de fées aux prises avec des êtres malveillants qui ne la comprennent pas présente, pour madame L, de nombreux bénéfices secondaires, dont celui de se sentir exister en

étant l'objet à la fois passif et agressif de soins particuliers. Elle demande en effet, en fin de séance, si elle peut être sauvée, puis réclame la fois suivante deux séances de thérapie par jour, et trois séances par semaine. Ma proposition de commencer par deux rendez-vous par semaine, le rappel du cadre thérapeutique et son explication provoquent un repli suivi, au début de la séance suivante, d'une réaction de colère. Madame L me reproche de ne pas l'écouter, d'obéir mécaniquement à des règles apprises par coeur, et me demande comment je peux me prétendre thérapeute quand je suis incapable de la soutenir et de soulager sa détresse. Par ailleurs, elle se plaint des médecins ou professionnels du paramédical qu'elle rencontre, jugés incapables de la soulager et me défie, dans une tentative de prise de pouvoir, de réussir là où les autres ont échoué. L'intensité des manifestations de détresse de madame L et leur théâtralité lors des premières séances, dont certaines d'allure psychotique comme le balancement du corps, l'air hagard et les idées de persécution, est donc doublée du défi face à la loi du tiers représenté par le cadre, typique de l'angoisse de castration.

b - Fonction symbolique du complexe d'Oedipe

Les symptômes hystériques de madame L se sont déclenchés après le décès à environ cinquante ans de son jeune frère schizophrène, dont elle a organisé l'enterrement car les deux parents sont décédés. Elle éprouve, à la mort de son frère, des sentiments ambivalents d'amour et de colère, se sentant à la fois abandonnée par lui et coupable de n'avoir pu le « sauver ». Cela se traduit en une rumination du souvenir de l'enterrement, auquel elle assiste seule car les liens familiaux sont inexistantes. Traumatisée, elle évoque la cérémonie sommaire sous forme de perceptions sensorielles et dans un état de débordement émotionnel: elle parle du bruit du cercueil, du ciel et du trou noirs, de la peur de tomber dans le trou.

Madame L entretenait des relations particulières avec son frère. Elle avait divorcé quelques années avant son décès, après une vie conjugale de vingt ans, à cause de la décompensation psychotique de son ex-mari qui venait de perdre sa mère.

Madame L précise qu'elle n'a pas supporté la décompensation de son mari. Elle avait eu l'initiative du divorce, dans un mouvement inconscient de remplacement du mari désormais malade par le frère dont elle s'était toujours occupée et qui était lui-même psychotique. Ce divorce n'était toutefois pas une véritable séparation pour elle, puisqu'elle a entretenu et entretient toujours des relations régulières avec son ex mari chez qui elle avait pris l'habitude de recevoir son frère à qui elle a caché qu'elle était divorcée. Madame

L décrit sa relation avec son ex-mari comme une relation mêlée de tendresse et d'angoisse, qui consiste en partie à acquiescer avec empressement à ses demandes quand elle est chez lui. Elle n'a jamais reçu son ex-mari ou son frère chez elle, disant d'abord vouloir protéger son frère fragile, puis expliquant, finalement qu'elle refuse d'être « intrusée » dans son intimité, ce qui évoque un fantasme d'effraction.

Madame L reçoit donc régulièrement son frère comme un fils chez son ex-mari, reconstituant la famille idéale dans laquelle elle, qui n'a jamais eu d'enfant, tient le rôle de mère. Dans un fantasme de destruction de la mère et d'union puis de procréation avec le père, elle prend donc la place de la mère. Madame L décrit sa mère comme une femme indifférente à ses enfants, alcoolique et dépressive, passant son temps à ruminer sur le malheur de sa vie subie et reportant son agressivité sur elle. Elle garde le souvenir de sa mère lui signifiant, peu de temps avant son décès à l'âge de trente six ans, que c'est à elle qu'il reviendrait bientôt d'occuper sa place dans le foyer. Or, à cette période, madame L est adolescente et vit cette parole de sa mère comme la réalisation catastrophique de ce qui n'était que fantasmes incestueux : elle deviendra la femme de son père à la fois symboliquement, dans la réalité de l'inceste, et dans la réalité sociale car elle ne fera pas d'études, travaillera à l'usine, s'occupera de son frère et des tâches domestiques. Malgré tous ses efforts pour obéir aux injonctions maternelles, Madame L ne s'est jamais sentie à la hauteur des attentes de sa mère, sous la pression de son insatisfaction et de sa propre incapacité à combler les besoins maternels. Elle a développé un fort sentiment de culpabilité, issu d'un surmoi virulent dominé par un idéal en partie constitué par la honte et les auto-reproches liés au sentiment de n'avoir pas suffi à redonner à sa mère le goût de vivre et au fait de l'avoir haïe. Dans un sentiment de toute-puissance infantile, elle se reproche d'avoir causé sa mort. La mort de son frère est, en ce sens, une situation analogue psychiquement à celle de sa mère.

Nous pouvons supposer, à partir de la façon dont Mme L décrit cette relation particulière avec sa mère, la déception et la rancœur de la petite fille vis-à-vis de sa mère quand elle la découvre et se découvre elle-même châtrée, son sentiment de rivalité vis-à-vis de sa mère puis son désir d'obtenir le phallus, symbolisation du pénis, auprès de son père. Enfin, le fantasme d'obtenir un enfant du père est particulièrement visible dans la relation qu'elle entretient avec son frère qu'elle pleure en l'appelant « mon bébé », représentant du phallus convoité qu'elle pouvait à la fois aimer et dominer, car il était malade.

Or, Madame L décrit son père comme un homme alcoolique et incestueux avec ses deux enfants. Le passage à l'acte incestueux détruit le rôle organisateur du tiers séparateur et instaure un processus de soumission au pouvoir du père, que Ferenczi décrit comme une

soumission automatique à la volonté de l'agresseur et une obéissance aveugle consistant à deviner ses désirs. Cette soumission est décrite comme une emprise provoquant la perte de sa forme propre, « à la manière d'un sac de farine » écrit Ferenczi, pour exprimer la docilité et l'absence de résistance à la forme imposée à l'enfant par le parent suite à une « commotion psychique ». Madame L décrit combien elle se sentait différente des autres enfants, et interprète leurs moqueries comme le signe qu'elle n'a, depuis toujours, attiré que moqueries et agressions à son égard. Les mauvaises rencontres d'adultes abuseurs dans l'enfance sont interprétées de la même façon : il suffit qu'elle sorte pour rencontrer un adulte qui l'agresse ou l'humilie, même en présence de ses parents, ce qui confirme le propos de son père quand il affirme que le monde extérieur est dangereux et justifie à ses yeux sa phobie sociale. Elle se trouve ainsi enfermée dans l'imaginaire, hors de la réalité, prisonnière de son fantasme d'intrusion.

La culpabilité de Mme L se trouve donc doublée, du côté de la relation avec le père, par l'introjection de la culpabilité de l'agresseur et de la culpabilité de sa mère, complice autant que victime passive. Introjecter la culpabilité de l'agresseur permet de maintenir une illusion de sécurité en préservant les imagos parentaux, peu différenciés chez madame L. Cela a pour effet, par ailleurs, de la conduire à répéter des conduites d'agression qui provoquent le rejet. Chez madame L, l'agression prend notamment la forme de la névrose de compensation, à travers une revendication permanente de son droit à obtenir réparation pour sa souffrance. Elle estime la société responsable de ne rien avoir vu ni fait pour elle. Ainsi, elle poursuivra, durant la thérapie, un médecin dont elle estime qu'il n'a pas fait le nécessaire pour elle quand elle est tombée dans son cabinet. Elle tentera de lui soutirer directement une somme d'argent pour la dédommager, en échange de quoi elle ne préviendrait pas son assurance.

Madame L n'a donc pu s'identifier à sa mère en tant que femme, l'absence de tiers doublé de l'agression incestueuse ayant annulé la différence des sexes et des générations. La relation avec son père et sa mère est marquée par la confusion car ils n'ont pas eux-mêmes liquidé leur complexe d'Oedipe, ce qui rend le renoncement aux pulsions incestueuses et leur dépassement ainsi que l'investissement du monde extérieur difficiles.

Ainsi, la rencontre avec son ex-mari de structure psychotique lui donne une impression de familiarité. Quand je lui demande ce qui lui a plu chez lui, Madame L répond : « On se comprend, on est pareils ». Ce qui est perçu comme « pareil », au-delà d'une enfance difficile, peut correspondre à la facilité avec laquelle il a été possible pour elle de projeter

en l'autre ce dont elle avait besoin de se débarrasser dans une relation de type infantile, dans laquelle la sexualité était possible « avec de l'alcool ».

Nous comprenons, par conséquent, la relation ambivalente de Mme L avec son ex-mari : représentant symbolique du père, il porte les projections négatives qui permettent à Madame L de conserver sa tendresse envers le père idéalisé et envers le frère en formation réactionnelle de dévouement exagéré.

La mort du frère de Madame L déclenche chez elle une intense culpabilité issue, en partie, de son agressivité refoulée envers lui, mais aussi en raison de son incapacité à le « sauver ». En demandant au thérapeute s'il peut la sauver, elle projette sur lui son propre rôle incestueux de mère incapable.

L'attachement de madame L à ses objets incestueux se manifeste dans sa vie actuelle, dans sa relation avec les hommes : elle arrive un jour, bouleversée en séance après avoir croisé dans la rue le regard d'un homme. Des femmes l'accompagnaient et elle les avait entendues lui faire remarquer qu'il avait une « touche » avec elle. Après l'avoir observée, cet homme dit, d'une façon ironique et dédaigneuse, qu'il ne la trouvait pas désirable : « Vous avez vu comment elle est ? ». Ce n'est pas la moquerie des femmes qui a touché Mme L, mais le regard de l'homme, auquel elle attribue le pouvoir de la blesser.

La scène correspond à la triangulaire oedipienne : les femmes représentent la mère, l'homme le père et elle l'enfant en rivalité avec la mère, cherchant à être désirée par le père. Ne pas plaire au substitut du père qui la rejette lui est insupportable : le monde se remplit une fois de plus d'yeux moqueurs, inquisiteurs et effrayants qu'elle croise partout dans son quotidien.

La charge émotionnelle liée au fantasme donne à cet événement désagréable une tonalité de catastrophe : madame L, paralysée, se sent humiliée et ne réagit pas. Le traumatisme se renouvelle constamment au quotidien, sous différentes formes, à cause du pouvoir d'attraction du trauma refoulé et de la capacité de la libido à se déplacer d'un objet à un autre.

Les yeux qui l'obsèdent sont également ceux qui lui rappellent la perversion de son père lui expliquant « entre quatre yeux », en la tenant fermement par les deux bras, qu'elle ne peut avoir confiance en personne. Madame L se plaint justement de souffrir d'insomnies causées par ses douleurs au bras entre autres.

Les yeux mi-clos, elle évoque également la peur de se retrouver dans le noir, la peur du mauvais temps et de l'orage, celle de se retrouver semi-aveugle et de ne plus percevoir qu'un filet de lumière, ce qu'elle relie aux punitions et abus subis dans l'enfance. Cette atmosphère se retrouve dans sa façon de décrire l'enterrement de son frère qui a ravivé le

souvenir des terreurs de l'enfance. La pulsion scopique, le voyeurisme et l'exhibitionnisme sont perceptibles dans l'évocation des souvenirs. Elle évoque en particulier une punition qui consistait à l'enfermer dans un cellier sombre d'où elle guettait la lumière qui filtrait à travers une serrure. Mme L se souvient aussi d'avoir guetté, la nuit, le rai de lumière sous la porte de sa chambre dont les variations indiquaient que quelqu'un était derrière la porte. La dimension de perversion sexuelle est présente, dans le transfert du rôle tenu par les organes génitaux aux yeux, source à la fois de honte et de dégoût. Dans l'actuel, c'est la honte de voir et d'être vue, le dégoût face au regard des hommes interprété comme libidineux. La sensibilité de madame L au moindre rayon de lumière qui entre dans le cabinet est en relation avec cette érotisation des yeux.

Madame L se plaint aussi particulièrement du regard des enfants sur elle, de la moquerie qu'elle y perçoit, et elle envie ce qu'elle voit de leurs relations avec leurs parents, trace de sa jalousie envers son frère. Elle associe en effet sur le souvenir de scènes lors desquelles, à table, elle échange des regards avec son frère, pensant que, comme elle, il se demande qui va « passer à la casserole » ce soir-là. Avec difficulté et une intense culpabilité, peu de temps avant l'anniversaire de la mort de son frère, Madame L avoue, en larmes, que lors des repas elle baissait les yeux pour ne pas croiser le regard de son père afin que ce dernier frappe son frère, qui était alors, selon elle, maltraité à sa place. Elle évoque les cris de son frère qu'elle ne veut pas entendre. La scène fantasmée à trois entre la fille, le père et le frère, scène dont la mère est exclue, aboutit dans l'inconscient de Mme L à l'idée qu'elle est la préférée du père par rapport à son frère-rival; qu'elle pourrait bien elle aussi, en un fantasme masochiste, être battue par le père.

Le corps de madame L parle de son histoire, de ce qu'elle n'a pas digéré, de ce qu'elle ne veut ni voir ni entendre, de sa difficulté à entrer en relation authentique avec elle-même et avec les autres. L'érotisation intense des yeux et de la bouche, qu'elle dit vouloir nettoyer avec du sable aussi bien ce qui y pénètre que ce qui en sort, parle également du premier objet d'amour exclusif, objet des pulsions sexuelles infantiles, dont elle ne parvient pas à faire le deuil, et de son refus du tiers séparateur. Elle associe sa peur du regard des autres aux yeux vides de sa mère, qu'elle décrit comme un « mur » qui ne l'entend pas et ne la voit pas. Dans l'Oedipe de madame L, le sentiment de toute-puissance dans l'amour fusionnel envers la mère est intimement relié à la quête du phallus paternel. Le fantasme d'énucléation résonne avec la scène du mythe dans lequel Oedipe se crève les yeux; probablement est-il, aussi, le signe de sa tentative pour se séparer de sa « mère-mur » qui n'a su ni la regarder, ni lui parler. La nuit, le déplaisir se répète pour Madame L qui dort avec une veilleuse et souffre d'insomnies. Elle a peur de se retrouver dans le noir, dans la

solitude et l'obscurité qui l'étreignent et la renvoient à son angoisse d'enfant en l'absence de sa mère. Les images de noirceur, de peur de tomber dans le trou noir, de ciel sombre qu'elle évoque au sujet de l'enterrement de son frère s'y rapportent. Madame L n'a pas connu les contes qui bercent au coucher, et s'étonne des vertus de ma voix qui, dit-elle, calme ses peurs. Cela rappelle cette histoire rapportée par Freud :

« Un enfant, anxieux de se trouver dans l'obscurité, s'adresse à sa tante qui se trouve dans la pièce voisine. « Tante, parle-moi; j'ai peur. - A quoi cela te servirait-il, puisque tu ne me vois pas ? A quoi l'enfant répond : « Il fait plus clair lorsque quelqu'un parle. »

Les résistances de madame L ont progressivement cédé grâce au maintien du cadre dans sa fonction à la fois sécurisante et limitante. Madame L me raconte un jour un rêve, dans lequel un être bienveillant lui redonne son souffle, par la bouche, pendant qu'elle dort. Ce rêve dans le rêve symbolise l'introjection d'un nouvel espace psychique et d'un lien qui coïncide avec la disparition très progressive de ses symptômes, ainsi qu'avec la prise de conscience de son attachement à ses objets incestueux.

A partir de ce moment, madame M a commencé, petit à petit, à symboliser, et à recouvrir la part de réalité qu'elle avait mise à distance à travers son fantasme. Le sentiment de libération qu'elle ressentait par moments a suscité un désir, de nature sublimatoire, de partager son expérience. Ce désir relevait probablement, en partie, d'une fine observation des livres présents dans le cabinet de thérapie; dans un premier temps, elle me suggéra d'accomplir pour elle la tâche d'« écrire un livre sur sa vie », qui permette aux personnes qui ont vécu la même chose qu'elle de se sentir « normales », et qui donne aux futurs thérapeutes l'occasion de s'entraîner. Je lui suggérai alors de continuer le travail qu'elle avait commencé pour écrire un jour elle-même ce livre. Madame L n'a pas commencé à écrire, mais elle a continué à élaborer et commencé à parler de ses désirs authentiques.

2 - Effondrement de la fonction symbolique dans un cas de psychose : le Président Schreber

A la différence du mouvement sublimatoire de madame L, les écrits du Président de la Cour d'Appel de Saxe Schreber et ceux du peintre Garouste cherchent à communiquer le non sens à l'oeuvre dans l'expérience de la psychose. La fonction de ces écrits est de maintenir une relative stabilité psychique et semble éviter la décompensation. D'une certaine manière, à défaut de reconnaissance du « nom du père », Schreber et Garouste se font un nom eux-mêmes.

Le Président Schreber est le troisième d'une fratrie de cinq enfants; son frère aîné, psychotique, s'est suicidé à l'âge de trente huit ans et sa soeur cadette a souffert de « maladie mentale » toute sa vie. Son père est un médecin de réputation mondiale, qui a écrit des livres ayant pour thème la médecine et l'éducation. Freud analyse le cas du Président Schreber à partir des *Mémoires d'un névropathe*, dont certains éléments compromettants sur la famille n'ont pas été publiés par l'éditeur. Certains ont supposé un abus sexuel commis par le père. La mère de Schreber ne tient pas par ailleurs beaucoup de place dans le récit de Schreber : est-ce parce qu'elle était absente, ou au contraire extrêmement présente, voire toute-puissante dans sa vie, en l'absence de son mari occupé à ses inventions et publications ?

a - L'effondrement de la fonction du complexe oedipien

Quand il écrit, Schreber souffre encore de résidus paranoïdes qui se traduisent par le fantasme d'être transformé en femme. De temps en temps, à l'abri des regards, il « joue » à se parer en femme, en mettant rubans, colliers et bijoux devant un miroir, mais il a conscience du fait que les gens qui l'entourent sont de véritables personnes et écrit qu'il doit se comporter publiquement « comme tout homme raisonnable a coutume de le faire en fréquentant ses semblables ». C'est peut-être là, dans ce processus d'écriture, que se manifeste en partie ce que Bion appelle la partie non psychotique de la personnalité psychotique, l'écriture étant ici une re-présentation de l'expérience et une tentative pour la symboliser.

C'est donc Schreber lui-même qui identifie la pensée intolérable qui inaugure sa psychose paranoïaque à l'âge de cinquante et un ans, dont les symptômes principaux sont un délire de persécution et des hallucinations. C'est un désir inacceptable qui lui vient à l'esprit juste avant de prendre ses fonctions à la cour d'appel de Saxe dont il a été

nommé Président en 1893, alors qu'il est séparé de sa femme partie en voyage sur les conseils du Professeur Flechsig. Schreber voue une grande reconnaissance à ce médecin psychiatre qui, huit ans auparavant, l'avait soigné lors d'une hospitalisation pour ce qu'il avait diagnostiqué, à l'époque, comme une dépression liée à une crise d'hypocondrie. Ce transfert sur son médecin, qui déplace la relation à son père médecin lui aussi sur un nouvel objet, tient un rôle déterminant. Schreber n'a en effet pas d'enfant avec sa femme qui s'absente; dans son délire, il deviendra une femme fécondée par Dieu et donnera vie à une nouvelle race d'hommes. D'autre part, les sentiments pour Flechsig sont ambivalents, car Schreber comprend que sa femme, déçue par ce mariage sans enfants, a développé des sentiments amoureux pour le médecin dont un portrait trône depuis des années sur son bureau. Flechsig est donc un véritable substitut du père qui a été, lui, capable d'engendrer, aimé et haï à la fois, tandis que l'épouse de Schreber devient le substitut de la mère. Flechsig prendra alors la place, dans le fantasme, de l'ennemi persécuteur, rôle qui sera ensuite déplacé sur Dieu, ce qui donne au délire sa coloration mystique et rédemptrice dans un second temps.

Tandis que l'identification impossible à son père brillant et sévère durant son enfance le perturbe car il s'apprête à prendre de grosses responsabilités professionnelles, et alors qu'il se retrouve « tout seul » dans une situation de séparation et d'éloignement de sa femme, la représentation inacceptable se présente sous la forme d'un fantasme homosexuel, un matin au lever :

« C'était l'idée que, tout de même, ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement »

Le fantasme porte sur la position passive de la femme châtrée, lié au fantasme originaire de la scène primitive, à l'origine de l'idée de soumission homosexuelle passive au père ou à son substitut. Cette soumission est ressentie comme une persécution et une humiliation dans la représentation intolérable de la transformation de Schreber en femme. Le moi de Schreber, au lieu de refouler la représentation intolérable en rapport avec les désirs incestueux oedipiens, clive et expulse à l'extérieur ce qu'il vit comme un complot ayant pour but de l'abuser sexuellement et de le tuer. Il ne peut reconnaître cette représentation comme sienne :

« Je ne peux écarter la possibilité que quelque influence extérieure ait joué pour m'imposer cette représentation »; « Ainsi s'ourdit un complot contre moi (...) de me livrer à

un être humain de telle sorte que mon âme lui soit abandonnée, cependant que mon corps (...) changé en corps de femme, soit alors livré à cet être humain en vue d'abus sexuels et soit ensuite laissé en plan, c'est-à-dire, sans aucun doute, abandonné à la putréfaction. »

L'être humain persécuteur est Flechsig, et son complice n'est autre que Dieu lui-même. Le fantasme d'abus sexuel et de putréfaction évoquent le meurtre psychique réel ou fantasmé qui conduit au retour à l'inorganique. Contrairement au sentiment de « mort imminente » de madame L, ce n'est pas une métaphore car la mort est mentionnée dans le contexte du délire comme ce qui est « sans aucun doute », c'est-à-dire comme la certitude absolue que cela arrivera si Schreber n'accepte pas l'union avec Dieu en tant que vraie femme.

Le délire est ici la tentative de guérison à travers l'effort pour donner un sens à l'expérience de l'effondrement de la temporalité et du lien, c'est-à-dire à l'effondrement de l'espace interne de représentation qui permet normalement l'élaboration du conflit entre instances à l'intérieur du moi. Le désir est confondu avec l'action et les pulsions du ça sont en rapport direct avec la réalité : Schreber ne peut plus se représenter son désir. Apparaît alors le contenu du délire, en rapport avec la différence des sexes : Dieu est le persécuteur principal, complice de Flechsig; il devient aussi le sauveur qui pousse Schreber à se transformer en femme. Le passage du fantasme d'être une femme sous forme de rêverie entre veille et sommeil, au délire d'être véritablement transformé en femme signifie que le psychisme ne peut tolérer la bisexualité. Un être sans pénis est proprement impensable, c'est-à-dire sans représentation : depuis la psychose de l'adulte, on peut comprendre la théorie infantile du sexe universel. Le délire indique donc l'incapacité à inscrire la castration dans le psychisme et le rejet intégral du féminin, qui aboutit au masochisme féminin de Schreber.

Le schéma oedipien est donc remplacé par une nouvelle réalité délirante, dans laquelle Dieu est la transfiguration du père, et où la femme de Dieu, Schreber lui-même, représente l'absolu féminin par son alliance au tout-puissant c'est-à-dire, en réalité, l'absence de féminin. Or la condition pour incarner cet absolu féminin est le retournement des organes génitaux de Schreber, c'est-à-dire sa castration qui, dans son délire, permettra de sauver le monde. L'émasculatation n'est plus considérée par lui comme une humiliation, mais comme « une solution du conflit », solution rédemptrice qui fait en effet taire les voix surmoïques archaïques qui se moquent de lui :

« Et ça prétend avoir été président de tribunal, et ça se laisse f... », « N'avez-vous pas honte devant madame votre épouse ? »

Le fantasme de Schreber est alors la certitude et l'attente de cette issue salvatrice. La solution psychotique est, dans le cas Schreber, la transformation réelle en femme, sorte de passage à l'acte à l'intérieur du délire sous la forme de la construction très élaborée d'une vision du monde dont il est le centre. Le délire est très investi et construit dans la paranoïa en raison de la fixation à l'érotisme anal, à la différence de la décompensation psychotique de Garouste qui n'est pas accompagnée d'une cosmogonie à la Schreber, même si le désaveu du féminin est présent chez les deux hommes qui ne peuvent prendre leur place d'homme adulte et de père dans leur couple.

Chez Garouste, la décompensation se traduit par une fuite physique, sorte d'épopée héroïque sans but apparent et des propos décousus, dans lesquels se reconnaît à la fois le désir du retour à la fusion avec le corps maternel du héros invincible et le thème du père tout-puissant, par exemple dans cet épisode qui a lieu dans un train :

« Je me suis assis en face d'une religieuse, j'ai posé mes yeux sur elle, j'ai vu sur ses lèvres qu'elle priait, alors je me suis levé et je lui ai dit : Vous voyez, mon Dieu est plus fort que le vôtre ! »

Le sens de la prière comme acte de foi et adresse à ce qui dépasse celui qui prie, est pris pour une faiblesse, d'autant plus que c'est une femme qui prie. Rien ne dépasse Garouste, uni au Dieu véritable, le « plus fort » : il n'a aucun besoin d'adresse à l'autre car il fusionne avec la force divine.

Dans l'état de décompensation psychotique, « poser ses yeux » sur quelqu'un prend un sens littéral : Garouste est regard tout-puissant, et projette en l'autre l'impuissance honnie et le rejet. Ses sens sont en éveil, particulièrement la vue : à travers le sentiment tout-puissant d'embrasser à lui seul le monde, il voit et sent tout : les traces de cette oralité cannibalique sous forme de pulsion scopique apparaissent dans sa peinture. Dans son tableau monumental de deux mètres sur trois figurant la sainte Thérèse d'Avila, il montre une religieuse à travers un cadrage rapproché qui rappelle l'état de confusion psychotique entre le mot et la chose dans l'expression : « j'ai posé mes yeux sur elle ». Et en effet, le spectateur pose littéralement ses yeux sur le tableau, jusqu'à ressentir l'impression de vacillement que donne la religieuse; le crucifix, autour duquel on croit percevoir des serpents, l'état extatique de la sainte, la pose et le drapé des vêtements mettent en scène

la passivité féminine. Dans une autre toile datant de 1982 intitulée *La chambre rouge*, c'est un homme nu et musclé qui est cette fois-ci en position passive, se prélassant dans une pose languissante sur un divan, tandis qu'une femme debout, figure phallique, lui tourne le dos. Dans ces tableaux, la bisexualité psychique de l'artiste s'exprime de façon symbolique à travers la peinture.

b - Identification narcissique et identification projective

Schreber devient donc, dans son délire, le centre du monde, ce qui correspond à un mode d'identification narcissique, situé dans le développement psychosexuel entre l'auto-érotisme et le narcissisme, et à une régression au stade oral de dévoration et de destruction. Le paranoïaque ne s'est donc pas totalement libéré du stade du narcissisme auquel il est resté fixé : la pulsion sexuelle, d'une intensité excessive, a conduit à la nécessaire déception face aux relations fortement sexualisées et a réagi par le désinvestissement des objets extérieurs, processus où le moi s'est pris lui-même comme objet d'amour.

Contre la représentation que « ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement », c'est-à-dire contre la pensée « moi, Schreber, je m'imagine comme une femme dominée par le docteur Flechsig, excellent médecin comme mon père », le psychisme se défend par le mécanisme de projection. Par projection, renversement de la pulsion en son contraire et introjection : « Je l'aime, lui » devient : « Je ne l'aime pas, je le hais »; l'explication en est : « Je le hais parce qu'il me persécute ». Mais le mécanisme de projection est utilisé aussi bien dans un fonctionnement normal que pathologique et névrotique en particulier, comme c'est le cas chez madame L. Il n'explique pas comment « ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors », c'est-à-dire comment le déni d'une perception interne d'affection ou d'amour pour l'autre, déformée en persécution, en préjudice ou en surestimation de soi finit par faire retour depuis l'extérieur dans une confusion entre soi et l'autre. Le moi s'identifie alors aux parties projetées, ce qui est à la source des angoisses de persécution et des angoisses d'anéantissement.

Pour comprendre cela, il faut tenir compte de la particularité du mode d'identification narcissique typique de l'état psychotique: il correspond au mécanisme d'identification projective, qui permet d'articuler auto-érotisme et narcissisme. Ce mécanisme est en rapport avec l'extrême souffrance occasionnée par l'impossibilité d'élaborer la position dépressive, c'est-à-dire l'incapacité de faire le deuil de la toute-puissance typique de la

position schizo-paranoïde, où le renoncement à l'objet partiel et la gestion de l'ambivalence équivalent à la perte catastrophique de soi.

Or l'élaboration de la position dépressive est au coeur de la fonction symbolique dans le sens où elle est la première prise de conscience d'un moi séparé de ce qui est non-moi, donc la première condition d'une relation véritable avec l'autre. Comme Dolto l'a formulé, c'est une « castration symboligène » qui a lieu au moment du sevrage puis du contrôle des sphincters, le « symboligène » signifiant la préfiguration de la castration symbolique qui a lieu lors de la traversée du complexe d'Oedipe.

Schreber est donc retranché au centre de son monde, aux prises avec la « castration symboligène », fixé à la position archaïque de la relation avec des objets partiels. L'utilisation massive des mécanismes de clivage et d'identification projective est sa défense contre la désintégration ultime.

Voici comment cela se traduit dans le délire : Schreber est persécuté par Dieu car il menace son intégrité divine. Dieu, qui est constitué de nerfs appelés « rayons », crée les hommes en détachant quelques uns de ses rayons de sa réserve infinie, puis il se retire du monde des hommes, se contentant de reconstituer sa réserve de nerfs en récupérant ceux des hommes qui meurent. Or, Schreber trouble l'ordre divin car ses nerfs sont dans un état d'excitation tel qu'ils attirent avec une force extraordinaire les nerfs divins, menaçant Dieu de désintégration. Ainsi Dieu, par l'intermédiaire de l'entourage de Schreber et plus particulièrement à travers le docteur Flechsig, complotte contre lui, visant la destruction de son intégrité physique et psychique en cherchant à entrer dans sa tête pour récupérer ses nerfs par tous les moyens possibles. Comme le docteur Flechsig opère sur lui des raccordements nerveux, il parle à Schreber directement dans sa tête et pratique sur lui un véritable « meurtre d'âme » à travers des insultes et des menaces de fin de monde incessants. Et comme les nerfs de Dieu sont aussi constitués des âmes des défunts, Schreber les perçoit sous la forme de petit hommes dont il entend les discours dans une cacophonie insupportable. Il subit de leur part la torture consistant à enserrer son crâne dans un étau qui se referme à l'aide d'une manivelle. Ce dernier élément peut être en rapport avec un morceau de réalité, en rapport avec le père qui aurait fait tester ses machines destinées au redressement du corps et de l'âme à son fils enfant; ou alors, ces machines ont produit une forte impression sur l'enfant, qui a pu en faire l'objet de fantasmes.

Bien qu'il survive à toutes ces tortures, Schreber accepte de devenir la femme de Dieu pour le bien de l'humanité. C'est le docteur Flechsig, en position sadique, qui sera l'agent de sa transformation en femme par émasculatation; le projet est d'abord envisagé par

Schreber comme un abus sexuel et une humiliation, puis, petit à petit, il se transforme en une sacralisation visant à l'apparition d'une nouvelle race d'hommes, née de l'esprit de Schreber.

Ainsi, le fait de se sentir persécuté et rejeté et de projeter sur son entourage cette persécution et ce rejet a pour fonction, ou bénéfice secondaire, de permettre à Schreber de rester aveugle à son besoin de dépendance, ainsi qu'à ses sentiments de frustration et de colère.

La question se pose maintenant de savoir quelle est la source de l'effondrement de la fonction symbolique, ce qui revient à se demander quelle est l'origine de l'incapacité d'élaborer la position dépressive dans la psychose.

III - La fonction de contenance psychique

1 - La fonction maternelle

a - La fonction alpha du moi auxiliaire

La différence entre la signification des symptômes dans la névrose et la psychose conduit donc à tenter de comprendre l'origine d'une structure psychique et ce qui y provoque l'effondrement de la fonction symbolique. Quels sont les liens, dans la psychose, entre le trauma précoce et le clivage du moi ?

L'état de dépendance infantile au début de la vie psychique est tel qu'il y a nécessité d'être accompagné dans le commencement du processus de maturation par un psychisme qui pense lui-même ses propres expériences. Cela signifie que le contenant de la pensée, « appareil à penser les pensées », est le résultat d'une introjection par l'enfant de ses propres contenus transformés par sa mère. C'est un genre d'apprentissage qui a lieu grâce à la fonction maternelle qui tient un rôle de moi auxiliaire, quand le moi du bébé n'est pas en mesure de supporter par ses propres moyens l'intensité de la poussée pulsionnelle interne.

La relation entre la mère et son bébé est le paradigme de cette fonction maternelle. Le bébé a en effet le besoin vital qu'un autre que lui se préoccupe de penser - en pensant - sa faim, sa fatigue, ses douleurs corporelles. Ce n'est qu'à cette condition qu'il peut, par la suite, penser lui-même, c'est-à-dire à transformer progressivement ses perceptions sensorielles en contenus psychiques de plus en plus élaborés. Au départ, c'est la mère qui, par sa « capacité de rêverie », faite d'empathie, de compréhension et de patience, tient lieu d'appareil à penser les pensées pour son bébé. Appelée fonction alpha par W. Bion, elle consiste en l'accueil et la transformation des affects trop intenses du bébé à travers les soins et la rêverie ayant une fonction de réception, qui permet au bébé de réintrojecter les affects transformés par la mère en toute sécurité et de nourrir ainsi son propre psychisme. La fonction alpha est donc une fonction d'assimilation et de transformation des « éléments bêta », éléments sensoriels bruts inassimilables, en « éléments alpha » qui correspondent à des images sensorielles. Autrement dit, ce que le bébé sent est compris et mémorisé grâce à la fonction maternelle alpha, dont le rôle est de convertir les premières impressions des sens en éléments alpha, c'est-à-dire en images.

Du côté du nourrisson, le mécanisme de projection-introjection, normal à ce stade de la vie, est une défense contre l'angoisse qui permet alors au psychisme de se débarrasser du « mauvais », c'est-à-dire ce qui dépasse ses capacités d'assimilation, dans l'objet, puis de le réintrojecter une fois transformé par la mère. Ce mécanisme, qui se met progressivement en place, préside à la formation du moi et représente la première façon de communiquer avec l'environnement pour le bébé. D'une certaine manière, le déplaisir est à l'origine de la « symbolisation » des émotions archaïques que Bion appelle des « pensées », nécessaires et préalables à la constitution d'un appareil à penser les pensées.

C'est, pour le dire autrement, une première transformation de la décharge motrice des pulsions : les pensées sont des productions issues du corps à travers les pulsions dès les premiers temps de la vie psychique. L'identification projective est alors un mode d'identification archaïque qui, en détoxifiant les contenus psychiques projetés par le bébé, établissent le sentiment de sécurité et de confiance nécessaire à la constitution du moi.

C'est dans l'échange régulier et répétitif que l'enveloppe psychique mère-enfant, pré-transitionnelle, se constitue. Lors des premiers mois de vie, l'expérience régulière et constante de l'état de besoin suivi de l'expérience de satisfaction permet en effet la transformation des traces de souvenirs sensoriels dans le psychisme du bébé.

Cette enveloppe psychique, moi primitif de l'enfant, qui se nourrit et se fortifie dans une indifférenciation entre lui et le monde, permet la perception des images sensorielles issues de l'échange avec la mère. En même temps qu'il apaise sa faim, il fait l'expérience émotionnelle du « bon » qu'il introjecte et qui fortifie le « moi-bon » : c'est le bon sein protecteur, abri du tout-petit. Puis il fait l'expérience émotionnelle du « mauvais » qu'il projette : c'est le mauvais sein persécuteur. La régularité de l'alternance entre bon et mauvais sein permet le développement psychique, par un mécanisme psychotique normal, à ce stade, de clivage entre bon et mauvais. La première transformation des sensations de plaisir et de déplaisir en phantasmes liés à la gratification et à la frustration correspond en effet à un clivage, le bébé ne se représentant ni la présence ni l'absence, mais s'identifiant au bon ou au mauvais de manière clivée. Le sein est alors halluciné, puisqu'il n'y a pas de conscience de la réalité de l'objet.

Le bon sein et le mauvais sein, objets partiels, sont en effet les expériences de figuration primitive de ce qui deviendra plus tard et progressivement, lors d'une nouvelle transformation, la relation à l'objet total, comprise comme présence ou absence maternelle. La satisfaction est reliée à une image représentant ce qui est « bon », tandis que la frustration correspond à une image représentant le « mauvais ».

Les images sensorielles correspondant à « totalement bon » ou « totalement mauvais » sont donc les premières perceptions, de type psychotique, de l'être humain, indispensables à la formation de ce que Bion appelle « l'appareil à penser les pensées ». Autrement dit : il y a des pensées, « éléments alphas » issus de la gratification, qui précèdent la capacité même de les penser. Les « éléments bêta » correspondent, dans cette perspective, à l'expérience de frustration qu'est le « non sein ». Les éléments bêta sont des « choses en soi », c'est-à-dire des choses qui n'apparaissent pas à un sujet donné comme des phénomènes auxquels il donne un sens et une signification, ce qui implique qu'il ne s'intègre pas lui-même dans une relation à ces choses. Ces éléments bêta correspondent à l'expérience traversée, vécue mais pas éprouvée c'est-à-dire qu'elle n'a pas été digérée ou métabolisée par le psychisme. C'est une expérience opaque, envahissante et d'une présence intemporelle parce qu'elle qu'elle n'a pas été circonscrite, symbolisée à travers une image. Les éléments bêta restent un donné brut constitué de faits non digérés et non symbolisés. Mais ils peuvent être transformés en éléments alpha par la fonction alpha qui est la fonction maternelle, puis réintrojectés par le bébé, ce qui augmente sa « réserve » de pensées métabolisées et favorise la formation de son propre appareil à penser les pensées.

b - La défaillance de la fonction alpha et l'identification projective pathologique

Dans l'état psychotique, le moi se sent persécuté : le clivage du moi témoigne d'une régression à un stade où les émotions et les besoins dans l'état de dépendance infantile n'ont souvent pas été accueillis, c'est-à-dire traités avec indifférence, ambivalence ou hostilité. Par exemple, l'excès de gratification maternelle est ambivalente dans la mesure où elle cache une incapacité à supporter l'état de dépendance du bébé; l'excès de frustration sous prétexte d'éducation est également une forme d'ambivalence.

Si la mère ne peut accueillir les projections du bébé et lui renvoyer un contenu sensoriel et émotionnel assimilable, le processus de métabolisation psychique ne peut se dérouler normalement à cause de l'excès d'éléments bêta, et le bébé, dans l'incapacité d'évacuer sa souffrance, intensifie le mécanisme d'identification projective. Le processus normal d'identification projective devient donc un processus pathologique quand son excès empêche le bon déroulement de l'étape de désillusion et de prise de conscience du fait que le bébé est séparé de sa mère à l'occasion du sevrage. Faisant obstacle au déroulement complet du processus de désillusion, les éléments bêta bloquent le processus de pensée et sont à l'origine de la compulsion mortifère à répéter par incapacité

à transformer l'émotionnel en pensée. Cela empêche le bon déroulement du processus transitionnel qui permet à l'enfant de passer de la relation d'objet partiel à une relation d'objet total.

Or, pour faire l'expérience de la désillusion, qui correspond à la sortie du stade hallucinatoire, l'expérience émotionnelle de l'illusion de ne faire qu'un avec l'environnement pour transformer l'angoisse automatique en signal d'angoisse est indispensable. L'illusion de l'indifférenciation est indispensable à la différenciation, le moi ne pouvant se renforcer qu'en se fortifiant du plaisir apporté par l'hallucination de la toute-puissance. La sortie prématurée de cette illusion à cause d'un défaut de contenance de l'objet quelle qu'en soit la cause constitue un trauma narcissique précoce.

Que la mère ne rêve pas les contenus émotionnels de son enfant à cause de son indisponibilité, ou au contraire à cause de sa présence excessive, le résultat est identique : il n'y a pas d'espace pour la rêverie maternelle, la pensée ne peut se former et le bébé accumule une quantité plus ou moins importante d'éléments bêta dans son psychisme. L'hypothèse qu'aucune partie de l'investissement maternel ne se dirige positivement vers le père, introduisant une forme de tiercéité, peut expliquer un surinvestissement par le bébé du mécanisme d'identification projective et un surinvestissement des phantasmes archaïques mettant en scène des « parents », objets partiels, sadiques et tout-puissants, susceptibles de représailles envers lui. En ce cas, le sein prend la valeur symbolique du pénis, l'avidité et l'envie oraux préfigurant le désir oedipien pour la mère. Selon Klein, l'activité du surmoi pré-oedipien, correspondant au moi idéal, constitue déjà une sorte de dynamique interne qui préfigure le complexe oedipien.

C'est à cette accumulation excessive d'identification projective et d'éléments bêta dans le psychisme que renvoie le clivage psychotique à la suite d'un traumatisme, durant l'adolescence le plus souvent dans le cas de la schizophrénie, et plus tard à l'âge adulte dans la paranoïa. Le moment plus ou moins tardif des décompensations peut être compris relativement aux périodes de fixation, plus précoce dans la schizophrénie et plus tardive dans la paranoïa. L'incapacité à traverser la position dépressive peut être reliée à l'action de l'« écran bêta », qui caractérise la structure psychotique et qui porte en elle un potentiel de déliaison susceptible, lors de la décompensation, de remplacer l'activité de penser par l'expulsion des éléments bêta dans la réalité extérieure sous forme de délire ou de passages à l'acte.

L'angoisse d'anéantissement et de morcellement psychotique correspond à l'absence de pensée, « angoisse impensable ». La quantité d'éléments bêta conservés dans le psychisme peut expliquer par exemple la part plus ou moins psychotique d'une

personnalité, la somatisation, ainsi que celle de certains états-limite dont le noyau psychotique est particulièrement actif. La psychose est donc une pathologie de la formation de la pensée issue d'une faille de la fonction symbolique que Bion appelle « trouble de la pensée ».

2 - L'enveloppe psychique et le moi-peau

a - La déchirure précoce du moi-peau et le cauchemar de monsieur R

Le corps, dans l'état psychotique, est un corps non unifié, sans limites; l'agitation ou l'apathie, les déshabillages impulsifs et les blessures lors de la décompensation, les traits tirés et la déformation du visage traduisent le trouble de la pensée qui est intimement relié au moi-peau. Les contractures musculaires à l'origine de la rigidité du corps agité ou apathique du psychotique constituent une sorte de cuirasse semblable à une seconde peau, processus comparable à la constitution d'un faux-self dans les états-limites, à la différence près que la cuirasse musculaire psychotique est une somatisation sans symbolisation.

Comme un noyau sans écorce qui le contienne, le corps est morcelé et non articulé, à l'image de la perception des objets partiels. La perception du corps est dominée par l'hallucinatoire, caractéristique de la position schizo-paranoïde. Garouste se représente, dans l'un de ses autoportraits, en bossu dont la tête semble intégrée dans le dos et dont les pieds sont à l'envers; ailleurs, des objets poussent de son corps, certaines de ses parties se désolidarisent de l'ensemble, se déforment, se transforment en partie en animal... Toutes ces images symbolisent le fantasme et l'angoisse de morcellement. Elles représentent l'effet de l'écran bêta sur la perception du corps, du fait d'une enveloppe psychique déchirée à cause de sa trop grande rigidité, qui n'accomplit pas de ce fait sa fonction de filtre entre intérieur et extérieur.

Le moi a en effet une fonction de contenance protectrice contre l'excès d'excitation : sa surface se constitue en enveloppe psychique, membrane entre excitations extérieures et pulsions internes. Le concept de moi-peau permet d'intégrer les notions essentielles de contenance et de sécurité interne à la compréhension de la formation de l'appareil psychique, à travers les relations mère-enfant, et celle des états régressifs liés à ces interactions précoces. Anzieu le définit comme :

« Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »

Le moi-peau retient donc le bon, protège des agressions de l'extérieur et filtre les inscriptions des traces mnésiques. La formation de l'enveloppe psychique dépend étroitement, au début de la vie, des soins corporels et des échanges qui les accompagnent. Le bébé se trouve alors dans la forme de passivité la plus archaïque, qui trouvera une résonance plus ou moins prononcée à chaque étape de son développement psychosexuel en fonction de son histoire, de sa relation à son environnement et de sa constitution. Ces soins correspondent, pour le nourrisson, à une expérience multisensorielle et motrice globale. L'environnement non humain, par exemple la présence d'animaux, les éléments naturels, les objets, fait également partie de cette expérience primaire, ce qui explique la pensée animiste de l'enfant plus âgé. Ainsi, la différenciation aurait lieu selon deux axes : différenciation des autres humains, et différenciation du milieu non humain. Cette idée prend son importance si l'on observe la relation du psychotique aux objets : des objets ou des animaux poussent sur le corps de Garouste dans ses autoportraits. Il décompense par ailleurs lors de vacances chez des amis, c'est-à-dire à un moment où il a quitté son environnement familial. Lors de sa fuite, il utilise, vole ou casse les objets comme s'ils faisaient partie de lui : dans le hall du Ritz, il n'aime pas les rideaux qu'il arrache; il rentre dans un café parisien dont il casse le tabac, « passage à tabac » qu'il effectue avec une petite caisse dans laquelle il a emporté bijoux et argent volés chez ses parents. Symboliquement, en plus de l'aspect de l'aspect d'expulsion anale, ce sont les « bijoux de famille » qu'il fait voler en éclats, ce qui rappelle le fantasme d'émasculatation de Schreber. Il est couvert de bouts de verre, mais il ne les sent pas. Contrairement au névrosé, la blessure n'est pas érotisée. Cette violence ressemble à une lutte pour se débarrasser de ce monde à la fois humain et non humain qu'il ne reconnaît pas, qui lui colle à la peau et avec lequel il n'a plus de lien. Les objets symboles du luxe et de l'argent contiennent le morceau de réalité d'une enfance passée dans une maison pleine de trésors dont il découvrira une fois adulte qu'ils sont issus du commerce des biens de familles déportées.

Ainsi, la sensation diffuse d'être enveloppé de chaleur affective, de douceur et de sécurité, ainsi que le peau à peau avec la mère sont une expérience essentielle d'intégration et d'unification du corps à la source du sentiment d'identité. Elle correspond

au sentiment diffus de satisfaction et de plénitude après la tétée, à la façon dont le bébé est porté, bercé, lavé, à celle dont on lui parle et dont on le regarde.

Winnicott remarque en effet qu'avant le stade du miroir identifié par Lacan autour de 6-8 mois, lors duquel l'enfant se reconnaît dans le miroir, le premier miroir indispensable à l'enfant, lui permettant d'intégrer une première image psychique interne de son corps est le visage - et non la tête constituée d'organes - de sa mère. Comment en effet l'enfant pourrait-il se percevoir comme séparé de sa mère, s'il n'a au préalable aucune sorte de perception de lui-même, fût-elle interne ? L'enfant regarde vraisemblablement le visage de sa mère plutôt que son sein, sa relation au visage maternel ayant une fonction de miroir. Cela signifie que l'enfant se voit lui-même à travers le visage de sa mère, ce à quoi le visage de la mère ressemble étant en relation directe avec ce qu'elle voit, c'est-à-dire son bébé. Que la mère soit aveugle ne change rien à ce processus, dans le sens où « voir » ici n'est pas « voir avec les yeux » mais concerne le regard et l'attitude que la mère a vis-à-vis de son enfant.

A travers ce processus d'échange vécu de façon interne, l'enfant nourrit son narcissisme et ses processus archaïques d'identification. Dans le cas où la mère voit son enfant sans le regarder, par exemple si elle est profondément déprimée, alors l'enfant la regarde mais ne s'éprouve pas lui-même dans son visage: en ce cas, il ne peut se sentir exister car il ne dispose d'aucun espace d'échange sécurisant. Mais ce peut être aussi, une mère qui s'occupe parfaitement bien de son bébé sans pouvoir toutefois le considérer comme un individu dont le désir est autre que le sien. Ce que l'enfant voit dans ce cas n'est pas lui-même, mais quelque chose qui le désorganise: par exemple, les défenses maternelles liées à la dépression, à l'état-limite, ou à la perversion par exemple. Le visage de la mère directement perçu comme tel, sans sa fonction de miroir, ne laisse aucun espace de rêverie et d'hallucination; il aspire toute la libido de l'enfant et n'offre aucun retour libidinal, dans un processus « anti-libidinal ». Le visage maternel qui voit mais ne regarde pas est effracteur du psychisme immature, car en empêchant la constitution chez l'enfant d'une image interne du corps, dans l'échange en miroir avec la mère, il se substitue à cette image dans une relation d'emprise et de carence affective. Cette conception de la fonction du visage maternel comme miroir peut être rapprochée de la découverte des neurones miroirs en neurosciences.

En début de thérapie, Mme L par exemple ne peut se regarder dans un miroir; quand elle le fait, elle ne se reconnaît pas, ressent de la honte et traverse de longues périodes durant lesquelles elle s'identifie au vide du regard maternel que lui renvoie sa perception déformée de la réalité. Son fantasme de me crever les yeux suite à la brève hallucination

ou rêverie dans laquelle elle me confond avec sa mère trouve ici une nouvelle interprétation, qui est l'appel à ce miroir, c'est-à-dire la demande d'amour au sens de contenance renversée en son contraire, c'est-à-dire la haine.

L'expérience du « bain maternel » dans lequel le bébé se sent contenu à travers les paroles, le toucher et le regard a lieu en même temps que celle de l'incorporation orale à la base des phantasmes infantiles que sont les images issues de la relation au sein, dans une expérience du « soi » globale. Quand ce contenant est effracté, le moi est envahi par les perceptions sensorielles non intégrées que sont les éléments bêta. Il est possible de retrouver des traces de cette expérience du « soi » précoce dans la thérapie d'adultes, comme c'est le cas dans la thérapie de monsieur R.

Le cauchemar de monsieur R est un bon exemple de traces de l'insuffisance de la fonction maternelle; il représente aussi une tentative de symbolisation à travers la répétition, comme ses autres symptômes de type névrotique. Le rêve psychotique, par comparaison, a une toute autre valeur comme quand il est, par exemple, interprété comme une révélation : un psychotique rêvant qu'une personne lui demande de l'appeler voit ce rêve comme un acte à accomplir, dans une confusion entre désir et acte. Ainsi, ce n'est pas une interprétation du sens du rêve qui a engendré l'action, mais la conviction d'être dépositaire d'un message venant de l'extérieur de soi et transitant par un médium.

Monsieur R, homme d'une cinquantaine d'années, présente des symptômes obsessionnels et phobiques; il vient consulter à cause d'une vie conjugale insatisfaisante, et parce qu'il n'a plus le goût de vivre. Il décrit son père comme un homme effacé et soumis et sa mère comme une femme violente et dominatrice. Monsieur R me montre une large cicatrice sur son bras, qu'il gratte régulièrement lors des séances : c'est la trace d'une des nombreuses agressions commises par sa mère lorsqu'il était enfant. Voici le contenu du cauchemar de monsieur R, qu'il a du mal à décrire avec des mots : il se trouve dans un milieu oppressant qu'il ne peut décrire qu'à l'aide de formes et de couleurs. Il se trouve enserré, comme suspendu entre des sphères flottantes évanescentes et imposantes à la fois, qui lui donnent une sensation de détresse et d'impuissance. Ces sphères peuvent être la représentation de l'enveloppe psychique. Les couleurs du cauchemar rappellent la matière organique, quelque part entre sa composition et sa décomposition : un vert terne faisant penser à celui de la moisissure issue de la décomposition d'un fruit, un rouge orangé évoquant le sang, comme on peut le voir dans les images artificiellement éclairées d'un fœtus dans le ventre de sa mère. Dans le rêve, monsieur R ressent une contracture musculaire des deux mâchoires qui correspond peut-être à un souvenir ou à un fantasme de succion. Les images du cauchemar sont à peine

figurées, et le corps n'est ressenti qu'à travers la région buccale, zone de l'oralité, des phantasmes d'engloutissement et de dévoration. Elles sont probablement issues d'une expérience archaïque qui n'a pas été métabolisée, l'expérience de soi n'ayant pas été sécurisante pour monsieur R bébé.

La couleur verte se retrouve aussi dans un rêve du patient, où elle est associée à l'eau : une femme portant un pantalon vert descend d'un arbre dont le feuillage épais la cachait, arbre depuis lequel elle versait sur lui une eau ressentie comme malfaisante. Monsieur R évoque le désir qu'il ressent pour cette femme une fois qu'elle est descendue de l'arbre, symbole du phallus dont elle est dépourvue - ce qui est encore plus visible en pantalon -, qu'il fantasme d'être et de représenter pour elle. Dans ce rêve, l'eau qui coule est associée au pantalon vert, ce qui peut signifier, dans le langage inconscient : « o-vaire ». L'élément « eau malfaisante », c'est-à-dire « au mâle faisante », symbolise la mère, et le désir pour cette « ovaire mâle faisante » se rapporte à un fantasme incestueux. Le feuillage qui cache « l'ovaire » peut représenter la toison pubienne qui cache dans le rêve l'absence de phallus. Dans un autre rêve, la mère est perçue sous la forme d'une femme vêtue de blanc, qui représente la pureté de la mère idéalisée et sexualisée car elle porte de la lingerie blanche. Ces rêves correspondent à une production d'images condensées bien plus riches en termes de sens latent que les images du cauchemar, qui se rapportent davantage à la sensorialité qui n'a été que partiellement transformée. Le rêve et le cauchemar de monsieur R mettent en évidence le même sujet, c'est-à-dire la relation à la mère, à travers deux couches différentes de son psychisme : l'une se manifeste dans le rêve de désir incestueux oedipien, l'autre dans le cauchemar pré-oedipien lié à un phantasme archaïque d'engloutissement dans le ventre maternel. Le grattage des parties du corps qui ont subi les sévices maternels sont ainsi, chez monsieur R, la trace d'un moi-peau effracté et d'un attachement inséparable en rapport avec la constitution du soi. Cela signifie que, pour se différencier, il faut avoir été « collé » et s'être confondu dans la sensation de sécurité et de confiance que procure l'illusion temporaire mais indispensable d'un corps pour deux et d'une peau commune. Cela inclut donc mère et enfant dans une peau-enveloppe, dans un bain de soins comme une sorte de « cavité maternelle » selon le terme de Balint. L'enveloppe psychique constitue alors un espace émotionnel capable de contenir les troubles intenses de la vie émotionnelle, qui peuvent être transformés grâce à la fonction alpha.

La fonction maternelle de contenance apporte progressivement au nourrisson la sensation d'une surface, sa peau, ayant deux faces, l'une intérieure et l'autre extérieure. Cette surface lui permet de se représenter comme « moi contenant les contenus

psychiques », forme d'incorporation du sein par le corps entier. Cette incorporation protège le bébé des pulsions ou des excitations extérieures trop intenses tout en lui permettant de communiquer dans un langage pré-verbal à travers son corps.

L'effraction précoce de cette enveloppe est une blessure qui renforce la toxicité et l'intensité des éléments inassimilables du psychisme. Moins les éléments bêta sont contenus, moins ils sont transformables, et plus ils deviennent un obstacle à la transformation des contenus psychiques ainsi qu'à leur intégration. L'effraction de l'enveloppe psychique comprise comme sa rupture trop précoce correspond donc à un défaut d'accordage entre mère et enfant; c'est une blessure qui a des conséquences sur la capacité de transformation et d'évolution du psychisme, et sur l'acquisition progressive du sens de la réalité. L'incapacité de reconnaître certaines parties de son corps et de son psychisme comme siennes, ou à les comprendre comme faisant partie d'un soi global sont issus d'une telle effraction. Le retrait psychotique de la réalité peut alors être compris comme la recherche du rétablissement de l'enveloppe mère-enfant résultant du fait de n'avoir pas suffisamment ou pas du tout vécu l'expérience d'une membrane pour deux, préalable nécessaire à la constitution du moi-peau.

b) Les défenses contre l'effondrement de l'enveloppe psychique

L'effondrement de l'enveloppe psychique anéantit l'espace protecteur interne permettant d'accueillir la vie émotionnelle et a pour conséquent l'échec de la symbolisation.

L'angoisse psychotique est donc en relation intime avec la perte de son identité, à travers la sensation que la réalité explose, que le corps et l'espace dans lequel il évolue n'ont plus de limites. L'effondrement de la fonction symbolique est en ce cas une défense paradoxale sous forme d'auto-désintégration, le retrait de la réalité étant une « solution » radicale pour rester entier.

Cela permet d'éviter ce que Winnicott appelle les « angoisses disséquantes primitives », qui sont relatives à la traversée sans secours maternel des angoisses du nourrisson. La défense psychotique est alors un anéantissement préventif de soi par soi, pour se protéger d'avoir encore à surmonter tout seul des terreurs archaïques précoces que la fonction maternelle n'a pu permettre de surmonter. La relation avec la mère n'ayant pas été l'occasion de vivre avec elle l'expérience de « sortir vivant » de telles terreurs, une situation ultérieure d'insécurité interne favorise le déclenchement du mécanisme d'auto-anéantissement, sorte de déni des angoisses archaïques qui se met en place pour ne pas avoir à vivre « la crainte de l'effondrement ». En ce sens, la désintégration psychotique

montre que pour un sujet, la désintégration a déjà eu lieu : c'est, d'une part, une manifestation actuelle des premiers temps de la vie psychique et, d'autre part, le signe que quelque chose s'est mal passé, ou ne s'est pas passé du tout.

Cette désintégration a lieu à deux conditions: premièrement, le bébé n'a pas l'énergie suffisante pour s'adapter à son environnement et sa mère n'est pas suffisamment bonne : elle s'absente physiquement ou psychologiquement trop longtemps par exemple; il se trouve alors dans l'incapacité de maintenir le souvenir de la représentation à travers l'objet transitionnel, qui perd sa signification. Dans ce cas l'enfant ne peut intégrer d'expérience propre, car elle est inexistante. La perte de signification a pour conséquence l'utilisation excessive de l'objet transitionnel qui ne joue plus son rôle et conduit finalement à un désinvestissement de l'objet.

Deuxièmement, le bébé n'a pas la capacité de chercher un substitut de l'objet transitionnel dans le monde extérieur, contrairement à d'autres bébés capables d'y chercher un substitut de la fonction maternelle à incorporer plutôt que d'intégrer leur propre expérience. C'est l'origine du faux-self qui est une forme d'intelligence prématurée issue d'un clivage dans le moi dont la partie adaptée s'hypertrophie. La description par Ferenczi du « bébé plein de sagesse », wise baby à partir de l'écoute de ses patients ayant développé un faux self, évoque une sorte de carapace résistante et soumise aux effractions de l'environnement.

L'effondrement de la fonction symbolique est donc en rapport avec l'expérience précoce d'une « non-expérience » liée à la faillite de la fonction maternelle qui a empêché le bon déroulement des processus transitionnels. Les souffrances psychiques en lien avec le non représenté se manifestent dans le corps et se rencontrent aussi bien dans la névrose que dans la psychose notamment à travers l'auto-mutilation, les grattages compulsifs ou les maladies de peau d'origine psychosomatique. Chez madame L par exemple, les symptômes de conversion hystérique côtoient la somatisation: elle souffre d'un psoriasis qui a entraîné une desquamation du cuir chevelu et une perte de cheveux, trace de la détresse et de la rage narcissique précoces réactivées lors de l'adolescence passée à vivre avec son père incestueux alors que sa mère vient de mourir.

Les somatisations et passages à l'acte auto-agressifs tentent de maintenir, ou contenir l'identité dans un retournement contre le moi de l'agressivité pulsionnelle. Le grattage, l'arrachage compulsifs de la peau ou des cheveux, les auto-mutilations comme la scarification, sont des tentatives de rétablissement de l'enveloppe psychique sous forme d'enveloppe souffrante. Dans d'autres cas, ce sont les accidents répétés qui remplacent l'auto-mutilation, comme une tentative d'éviter de traverser ce dont on croit ne pas pouvoir

revenir: un deuil ou une séparation par exemple. Chaque cicatrice prend alors un statut particulier, comme un objet fétiche qui signe la faillite du transitionnel. Dans ce contexte, se blesser c'est aussi sentir qu'on existe, c'est-à-dire rétablir la continuité du sentiment d'exister, lutter contre des angoisses d'anéantissement.

Dans la psychose, se couper du monde peut coïncider, en un passage à l'acte délirant, avec le fantasme de coupure ou d'arrachage d'une partie de soi : on peut supposer que l'atteinte de l'intégrité psychique et celle de l'intégrité du corps ont le même sens d'auto-anéantissement préventif en même temps qu'une tentative de rétablissement de l'enveloppe psychique. C'est le sens du fantasme d'émasculatation de Schreber et sans doute celui de Van Gogh qui se coupe une oreille, si l'histoire confirme que cela est bien un acte d'auto-mutilation. L'ultime coupure est, en ce sens, le suicide, qui ne signifie pas le désir de mourir mais au contraire celui de se sentir exister.

Les différentes atteintes du corps et passages à l'acte dans la période de l'adolescence sont une expression de la problématique identitaire. Mademoiselle Z, jeune femme de dix huit ans dont le père vient d'avouer avoir commis l'inceste sur sa fille devant la justice, m'explique qu'elle se scarifie pour oublier sa souffrance morale : en soignant d'une certaine manière le mal par le mal, l'enveloppe de souffrance constituée par sa peau mutilée a pour fonction de contenir et de soulager les angoisses intolérables. Pour « oublier », mademoiselle Z a besoin de matérialiser sa douleur psychique, comme si cette visibilité lui conférait une existence et une légitimité, tout en la « lavant », par le sang, du mal lié à l'interdit oedipien. La mère de mademoiselle Z, qui ne parvient plus à communiquer avec elle, réagit à la détresse de sa fille par une attitude ambivalente, entre contrôle à certaines périodes et désinvestissement à d'autres. Tantôt elle retire les ustensiles de cuisine, installe des serrures sur les placards, confisque son téléphone, son jeu de clés, interdit tout contact avec les amis jugés dangereux et ne la laisse sortir qu'accompagnée, tantôt elle réinstalle ce qu'elle a retiré, lui rend ses affaires et la laisse voir ses amis, puis demande à sa fille, par exemple, d'aller faire les courses avec elle pendant l'horaire habituel de la thérapie. Symboliquement, les courses en rapport avec la nourriture sont ce qui vient remplacer la thérapie : ayant réagi après-coup à ma demande de laisser sa fille venir en thérapie seule alors qu'elle l'accompagnait systématiquement ou la faisait accompagner par son beau-père, la mère reprend le pouvoir qu'elle croit avoir perdu en décidant de faire ses courses avec sa fille. En déplaçant les pulsions agressives qui m'étaient destinées sur sa fille, la mère déclenche une réaction de destructivité de mademoiselle Z, qui annule la séance suivante sous prétexte d'un rendez-vous amical.

La privation du lien avec l'extérieur et la destruction inconsciente du lien thérapeutique comme conséquence de la relation toxique entre mère et fille augmentent le sentiment d'insécurité interne de mademoiselle Z et accentuent le travail de la pulsion de mort. Mademoiselle Z a pris beaucoup de poids en très peu de temps, comme pour tenter de prendre de la place - et non sa place -, en opposant une carapace protectrice qui rappelle la cuirasse des héros analysée par Otto Rank. Mais il n'est pas question que de place: les formes féminines sont dangereuses pour mademoiselle Z qui a subi un trauma sexuel. Ce poids que porte la jeune femme est aussi le poids du trauma transgénérationnel à propos duquel la mère garde le silence et la culpabilité qui la rongent : la mère, d'une minceur à la limite de la maigreur, a besoin de la détresse de sa fille pour ignorer la sienne et y survivre, tandis que la fille ne peut la « laisser tomber », sentant confusément que son propre rétablissement signifierait un danger pour sa mère. Malgré le fait qu'elle ait accompagné sa fille dans les démarches pénales, la mère de mademoiselle Z ne parvient pas à accueillir sa douleur. Plus elle cherche à contrôler les faits et gestes de sa fille, plus elle multiplie les consultations avec toutes sortes de médecins ou thérapeutes de façon chaotique, plus mademoiselle Z s'enfonce dans la dépression et l'auto-destruction.

L'obésité morbide comme conduite dépressive et suicidaire montre la signification vitale du « manteau de peau » originaire. Dans la pièce de théâtre *The Whale* de Samuel D. Hunter, le meurtre de soi-même lié au deuil inacceptable d'un compagnon pour lequel le personnage principal, Charlie, a choisi de quitter femme et enfant, passe par un processus somatique de nécrose de la peau, alimenté et accéléré par l'incorporation avide de nourriture. Charlie ne parvient plus à gérer sa vie, ni à lui conférer un sens. Les scènes où il se gave avec avidité de nourriture de mauvaise qualité donnent l'impression qu'il n'a plus conscience des contours de sa bouche, comme s'il tentait désespérément de les redessiner en avalant. Il apparaît comme un corps tout entier qui dévore et incorpore sans se nourrir. Le mécanisme est similaire à celui de toute addiction, où le produit est un genre de ratage ou de dégradation de l'objet transitionnel transformé en fétiche. Comme un tonneau percé, le personnage a beau se remplir, il se vide de sa vie et de sa substance, symbolisées par son cœur malade qui menace d'arrêter de battre en guise de punition à chaque instant de plaisir. Il se dissout le peu d'estime de lui-même qui lui reste dans son manteau de peau et de graisse qui l'isole du monde, des autres, l'étouffe et le désintègre. Son corps est devenu sa prison. Son angoisse de « vidage » évoque une enveloppe trouée, effraction ayant anéanti la possibilité de faire son deuil, c'est-à-dire de se séparer de l'être aimé. La tentative de renouer le lien avec sa fille adolescente, dont il ne s'est pas occupé, aboutit à une forme de rédemption, au seuil de la mort.

Le corps, loin de se réduire à l'anatomie, est donc une représentation qui se construit au fil de la maturation psychique : c'est un moi-corps symbolique, d'abord rassemblé et unifié par les soins maternels. Ces soins constituent le cadre ayant pour fonction de contenir les premiers contenus psychiques. L'effondrement de la fonction symbolique dans la psychose est donc effondrement de ce moi-corps face aux tensions pulsionnelles et face à la réalité, parce qu'il a été insuffisamment contenu par la fonction maternelle. Le délire de Schreber, qui se voit femme de dieu à la condition de son émasculatation, est un substitut sans représentation du moi-corps. En l'absence d'espace transitionnel, c'est un mécanisme qui exprime à la fois l'échec du processus de symbolisation et une façon d'y survivre.

Dans l'illusion de ne faire qu'un avec sa mère, le psychotique n'a pu trouver d'autre solution face à la défaillance maternelle que l'annihilation de son moi et la régression à ce que Ferenczi appelle le stade hallucinatoire, en un « réinvestissement hallucinatoire de l'état perdu de satisfaction » et de « l'existence paisible dans la chaleur et la quiétude du corps maternel ». En ce cas, la pulsion de mort comme tendance au retour à l'état inorganique est aussi un élément d'explication de la psychose : l'effort pour diminuer la tension pulsionnelle se transforme en tendance à l'éliminer totalement pour atteindre un état sans tension qui équivaut à une mort psychique. En d'autres termes, la psychose est une expression de l'incapacité déjà éprouvée à faire le deuil du retour au ventre maternel, et le désir réactionnel, face à la réalité déplaisante, de recouvrer la toute-puissance inconditionnelle du début de la vie psychique, voire de la vie foetale.

IV - Fonction symbolique et pratique psychanalytique

1 - Réflexion sur le transfert

a - Le transfert psychotique et la transformation de Searles en gâteau

Le travail clinique avec un patient de structure psychotique vise une stabilisation de son état par le rétablissement transitoire de l'aire transitionnelle, en redonnant à l'objet le rôle qu'il a perdu dans la décompensation. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de « transfert » psychotique car le travail avec ce patient se situe en amont du transfert, consistant à le conduire d'une position psychique non différenciée à l'expérience de la différenciation à partir d'une contenance suffisamment sécurisante. C'est un travail de colmatage provisoire de la faille narcissique structurelle.

Ce qui caractérise le « transfert » psychotique est alors la régression narcissique qui en est l'origine, dans laquelle le délire est la manière de restaurer le lien avec l'objet. Schreber, par exemple, ne peut tolérer le transfert de type anal et homosexuel sur son médecin Flechsig, qui le sollicite de manière si intense émotionnellement que cela provoque le délire. Un travail thérapeutique continu ayant pour fonction de contenir les angoisses psychotiques peut être mené dans un cadre psychanalytique.

Le cas de Van Gogh est un exemple intéressant permettant de comprendre pourquoi la règle de neutralité s'applique fondamentalement en cas de psychose.

Bien que la création artistique soit un bon moyen pour une personne psychotique de maintenir une stabilité, elle n'est pas suffisante car elle peut aussi bien mener à une décompensation en l'absence d'un environnement suffisamment bon c'est-à-dire, subjectivement, suite au sentiment de perte qui suit une séparation. Dans une lettre à son frère, dont chaque absence ou départ provoque sa souffrance, Van Gogh écrit :

« J'ai mis mon cœur et mon âme dans mon travail et j'ai perdu la tête en le faisant. »

Est-ce son travail qui a fait perdre la tête à Van Gogh, ou l'intensité excessive de sa recherche artistique et le repli narcissique qui ont fini par transformer son activité sublimatoire en incendie qui dévaste tout sur son passage, comme dans un processus de combustion ? L'intense déception et le retrait réguliers dans les relations avec sa famille, avec ses amis, la relation dégradée à son travail sont les signes de ce repli. Van Gogh n'a

pas trouvé d'autre « place » dans sa famille que celle de son propre sacrifice pour réparer la mort du premier « Vincent » de la famille et célébrer la vie du second. Il a été, en effet, conçu dans l'ombre de son frère mort-né, nommé comme lui « Vincent », seulement trois mois après sa mort, et a vécu dans l'ombre et sous la protection de son jeune frère Théo qui appelle son fils « Vincent », demandant à Van Gogh d'en être le parrain.

Dans ce contexte l'artiste se noie dans l'obsession du jaune qui évoque la conception de l'oeuf en relation avec la couleur du corps jaune, masse jaune sécrétant la progestérone dans l'ovaire. Son obsession pour le jaune symbolisant également la lumière qui éclaire ou qui aveugle, devient une question de vie ou de mort et finit par consumer Van Gogh dans le « soleil noir » de la mélancolie. Il écrit à son frère :

« Sentir que je suis devenu un boulet ou une charge pour toi et pour les autres, que je ne suis bon à rien, que je serai bientôt à tes yeux comme un intrus et un oisif, de sorte qu'il vaudrait mieux que je n'existe pas (...) m'est très pénible (...) je suis la cause de tant de discordes et de chagrins dans notre milieu et dans notre famille. »

L'état mélancolique est l'état du moi qui a conscience ou non d'une perte; il peut en avoir conscience sans savoir ce qu'il a perdu exactement dans cette personne : l'objet perdu n'est pas conservé dans le psychisme c'est-à-dire que le mélancolique ne peut se représenter l'objet en son absence. Il ne peut donc surinvestir cet objet avant de s'en séparer comme c'est le cas dans les étapes normales du deuil. Ainsi, quand Van Gogh écrit : « Il vaudrait mieux que je n'existe pas », son moi se retourne contre lui-même et en s'accablant il cherche à se séparer de l'objet qu'il confond avec lui-même. Le moi s'est identifié à l'objet perdu.

Ce n'est donc pas, à proprement parler, le monde qui est dépeuplé dans la mélancolie et dans la psychose, mais c'est le moi lui-même qui ne peut plus penser, percevoir et ressentir en lien avec le monde. Si les délires, les hallucinations, l'agitation ou l'apathie psychotiques donnent la sensation d'un univers sensoriel riche, ce n'est vrai que du point de vue de l'observateur qui ne perçoit que les manifestations de la psychose. D'un point de vue interne, l'appauvrissement du moi signifie un appauvrissement sensoriel interne. C'est pourquoi la neutralité du thérapeute, bien qu'en apparence contre-intuitive, est l'attitude la plus respectueuse et la plus adaptée à l'état d'une personne psychotique en particulier, et d'une personne aux prises avec un deuil de l'objet en général. L'absence de neutralité n'a pour effet que de redoubler l'agression que constitue la réalité dans un contexte où il n'y a que très peu de contact avec elle. Searles compare les réactions de

certaines de ses patients schizophrènes à celles des enfants gravement carencés victimes de privation maternelle et aux autistes en particulier, ce qui renvoie aux travaux de Bowlby sur l'attachement et les effets de cette privation sur la relation aux autres. Searles écrit à ce sujet que :

« Certains patients sursautent lorsqu'ils prennent brusquement conscience de ma présence après être passés - sans que je le sache à ce moment là - par un temps de privation sensorielle pendant lequel, tout en ayant eu les yeux posés sur moi, ils ne se sont pas rendus compte de ma présence. »

Madame L, dont le cas est exposé en deuxième partie de ce travail, a de tels sursauts réguliers, ou me dit se sentir dans un brouillard qui lui donne une sensation d'irréalité du monde qui l'entoure. La violence avec laquelle certains psychotiques se blessent avec des objets ou contre des murs est en ce sens une façon d'éprouver quelque chose de la réalité avec laquelle il n'ont pas, ou presque plus de contact. Privés de monde intérieur, ils le sont également de leur imagination : leur état est une souffrance sans espoir, à la différence de madame L qui devient, au fur et à mesure de son travail, plus sensible aux images et aux métaphores proposées en séance, qu'elle est capable de réinvestir en dehors des séances lorsqu'elle traverse des moments d'angoisse.

La thérapie de la psychose peut donc être consacrée, durant des années, à tenter de restaurer l'appareil à penser les pensées. Dans la réalité clinique, cela signifie traverser avec le patient, à partir de sa régression narcissique et depuis son délire, les étapes de son développement depuis la symbiose entre mère et enfant. La relation thérapeutique ne s'instaure donc pas dans le même registre qu'avec une personne névrotique, puisque le thérapeute travaille avec son patient depuis une position psychique dans laquelle la réalité est déniée. Il n'y a pas chez le psychotique de « mensonge fait à soi-même », puisqu'il n'y a pas de rapport de soi à soi c'est-à-dire pas de vie fantasmatique. Dans la situation thérapeutique, l'absence de tiercéité dans le psychisme psychotique rend le renforcement du cadre par l'institution et le travail de groupe essentiel pour encadrer la thérapie individuelle et, idéalement, les familles en difficulté désireuses d'un tel encadrement.

La « psychose de transfert » est le transfert dans lequel le thérapeute est confondu avec l'objet à travers le mécanisme de l'identification projective pathologique. Autrement dit, le thérapeute n'existe pas, il fait partie du patient et de son expérience archaïque de digestion émotionnelle d'amour et de haine, c'est-à-dire de dévoration et de vomissement, ce que traduit la question en apparence incongrue d'une patiente psychotique de Searles :

« Est-ce que ça vous est jamais arrivé d'avoir un morceau de gâteau là et après il n'était pas là ? »

Le gâteau était donc Searles lui-même, auquel la patiente s'adresse avec un air de reproche. Introduite et expliquée ici, la question a en réalité émergé au bout d'un certain nombre de séances, à travers un fil ténu de phrases à thématique pâtissière noyées dans un ensemble propos difficiles à comprendre.

Searles a nommé ce transfert dominé par l'identification projective pathologique « l'effort pour rendre l'autre fou ». C'est une épreuve psychique intense pour le thérapeute, car avec le patient psychotique, c'est son intégrité et ses propres défenses psychiques qui sont engagés sur un temps long, ce qui rend le travail épuisant et délicat, pour ne pas dire risqué, de part et d'autre. Le thérapeute est en effet nécessairement engagé dans les processus ambivalents archaïques de son patient qui cherche à lui faire vivre la même chose que lui: n'être rien, ou au contraire être tout pour lui, c'est-à-dire l'objet de son phantasme de dévoration, ce qui revient dans un cas comme dans l'autre à la même position d'indifférenciation vis-à-vis de l'objet. Le patient psychotique aux prises avec son ambivalence place également le thérapeute dans une situation de « double contrainte », faite d'injonctions paradoxales, par exemple : « j'exige d'être compris (sécurisé, aimé...), je refuse d'être compris (sécurisé, aimé...), et je refuse qu'on me fasse remarquer ma propre contradiction ». Ce comportement résulte de l'introjection des réponses de l'objet : par exemple, quand le patient enfant est allé en toute confiance dans les bras de sa mère, et qu'au moment de l'étreinte, le corps de la mère s'est raidi, ce qui a provoqué un recul de l'enfant, la mère a réagi en lui reprochant de ne pas rester dans ses bras, puis elle a affirmé que quelque chose ne va pas chez cet enfant, qu'il n'est pas normal, etc... C'est ce que Ferenczi appelle le « viol de la pensée » et la « disqualification de l'affect ». Même si l'événement est passé inaperçu, sa survenue et sa répétition probable sous des formes diverses ont figé l'enfant qui ne peut plus avoir confiance en son propre ressenti et se trouve incapable de métaboliser l'expérience.

Les transmissions sur le travail avec des patients psychotiques donnent donc l'opportunité d'une compréhension plus fine des sources inconscientes de la pensée, dont la portée dépasse le seul travail avec les psychotiques puisque les sources de la pensée sont communes à tous les êtres humains, en lien avec les premières relations avec l'objet d'attachement qui, d'un point de vue interne, reste un objet partiel.

Elles permettent de distinguer par exemple le « travail du négatif » dans la réaction thérapeutique négative, notamment dans la thérapie des états-limites, qu'ils correspondent

à un état transitoire lors de l'adolescence ou à un état plus pérenne de la personnalité. Le patient état-limite paraît en effet rejeter tout apprentissage, dans l'incapacité d'assimiler l'expérience thérapeutique elle-même, comme s'il refusait la nourriture nécessaire à la croissance. Ce rejet comporte une dimension paradoxale de ténacité et de destructivité, manifestation d'une douleur intense et d'un dépérissement de la vie psychique, dans le sentiment d'avoir perdu tout espoir de retrouver l'objet tout en restant désespérément accroché à lui. La destructivité envers ce qui fait lien et sens dans la situation thérapeutique est telle qu'elle engendre un mouvement d'inversion du processus qui paraissait aller dans le sens de la construction. Dans ce cas, le travail d'élaboration ne peut avoir lieu qu'à la condition de permettre la restauration du transitionnel qui se trouve dans un entre-deux, comme processus figé ou inachevé, mais aussi dans l'entre-deux d'un clivage dans le moi entre une partie capable de refoulement et l'autre fonctionnant sur un mode traumatique. Cela demande, de la part du thérapeute, la capacité à maintenir un cadre à la fois ferme et adaptable, une sorte d'élasticité du cadre qui permette de laisser place à la créativité nécessaire pour déjouer la destructivité.

Des mécanismes psychotiques ou d'allure psychotique peuvent également se présenter chez les névrosés : en ce cas, la réorganisation psychique est possible, car les défenses névrotiques ont été affaiblies suite à une décompensation ou à une régression, par exemple après un deuil ou une séparation. Dans tous ces cas, le thérapeute est amené d'une part, à analyser son propre contre-transfert en supervision, et d'autre part à avoir connaissance de la spécificité du travail thérapeutique face aux mécanismes archaïques. Lors de la première année de thérapie, par exemple, il arrive que madame L balance son corps de façon rythmique d'avant en arrière en pleurant, comme un moyen de se reconforter et de se rassembler lors de ses angoisses. Cela ressemble de façon troublante au balancement de l'autiste. Chez madame L, c'est une habitude qui détonne par rapport au reste de sa personnalité. Elle a conservé, depuis l'enfance, cette façon de contenir ses douleurs intolérables. Lors de ces moments de balancement, le lien avec la patiente est de l'ordre de l'accordage mère-enfant : son mouvement évoque les étapes de construction précoce de l'image du corps et son besoin est de se sentir comprise et contenue à travers la fonction maternelle. Cela signifie donc qu'au cours de la thérapie, parfois au sein d'une seule et même séance, différentes strates psychiques se manifestent et demandent une réponse différente. Face au balancement d'avant en arrière, un silence trop prolongé du thérapeute risque de reproduire le trauma de l'enfance; une interprétation peut également être perçue comme une violence. La créativité du thérapeute, la tonalité et le contenu adaptés pour « bercer » la patiente, c'est-à-dire entrer en résonance avec elle à partir des

sensations qu'elle éprouve, lui permettent de se sentir suffisamment confiante et sécurisée, de se sentir exister à travers le miroir de l'autre et ouvrent la possibilité de symboliser. Au fil des séances, plus madame L symbolise, moins elle a recours au balancement du corps : cela montre sa capacité de croissance psychique dans l'espace transitionnel sécurisant et contenant de la thérapie pour pouvoir symboliser.

La part psychotique de la personnalité se manifeste, selon Bion, par l'association de l'intolérance à la frustration, de la poussée de la pulsion de mort, de l'angoisse d'anéantissement et d'un mode paradoxal de relation à l'autre, recherché et fui en même temps. Mais ces éléments peuvent se présenter par moments de façon plus ou moins indépendante et plus ou moins prononcée comme la reviviscence de traces de positions psychiques archaïques. Cela concerne alors la façon dont une personne a traversé l'expérience du besoin de protection, de sécurité, de dépendance envers quelqu'un qui assume la responsabilité de satisfaire ses besoins. C'est donc à partir de cette source de l'expérience telle qu'elle a été vécue que le travail clinique est enrichi, par l'écoute des souffrances actuelles, et celle de leur reproduction dans le cadre thérapeutique à la lumière de l'expérience du besoin et de sa satisfaction qui n'a pu être suffisamment métabolisée, ou pas métabolisée du tout par le psychisme.

b - La fonction de contenance en thérapie

L'accompagnement du patient non psychotique comprend donc plus ou moins, en fonction de ses points de fixation, de ses mécanismes de défense, et en fonction de la phase de régression thérapeutique en cours, l'attention aux processus primaires articulés aux problématiques oedipiennes. Ces différents aspects recouvrent le processus de symbolisation dans sa totalité. Sur le modèle de la fonction alpha entendu comme fonction de transformation, le travail du thérapeute consiste, en tant que moi auxiliaire, à accompagner l'élaboration aussi bien de ce qui a une représentation comme les produits du refoulement, que de ce qui n'en a pas, c'est-à-dire les éléments clivés, afin que le patient puisse réintrojecter en toute sécurité ce qui lui est indigeste et recouvre son intégrité psychique.

Monsieur R par exemple, dont les rêves sont évoqués dans le chapitre sur la déchirure précoce du moi-peau, est arrivé en thérapie à environ cinquante ans avec le sentiment qu'il n'avait plus qu'à attendre la mort dans sa vie. Il disait souvent redouter le fait de ne pas savoir ce qui l'attendait - ou, ce qu'il attendait - à l'issue de la thérapie et celui de n'avoir plus rien à dire après avoir raconté son histoire lors de la première séance. Le

désir de contrôle et l'angoisse de ne pas avoir suffisamment de mots était reliée à l'angoisse de castration. L'attente de monsieur R était pleine de colère refoulée et projetée sur l'entourage, et elle avait aussi une dimension dépressive très marquée. Cette tristesse particulière l'avait submergé le jour où un ami lui fit remarquer de façon très directe qu'il avait eu un mouvement de sursaut et d'auto-protection à son arrivée : l'ami en question lui demanda en effet s'il avait été battu dans son enfance. C'était le cas : l'auteur de cette violence était sa mère, et c'était la première fois que monsieur R rencontrait à travers le regard d'un autre, d'une manière un peu abrupte, la reconnaissance de l'affect que sa mère, puis finalement lui-même, avaient dénié. Monsieur R a attendu de longues années avant de consulter, au terme desquelles sa soeur aînée a tenté de se suicider et son père est tombé gravement malade.

« Ce qui l'attendait » et le « rien à dire » concernaient en partie ce qui lui était déjà arrivé, et son insensibilité, lié au mécanisme d'isolation, apparaissait aussi comme une réaction au sadisme maternel. Cet homme donnait l'impression d'avoir cessé de vivre et de sentir pour attendre, debout sur un quai de gare, un train qui n'arriverait jamais, après avoir impeccablement rangé toutes ses affaires. Quand il rentrait de vacances, c'était comme s'il n'était jamais parti et il concluait : « c'est passé ». Il usait par ailleurs souvent de l'expression : « toujours pareil » pour parler de son état, comme pour conjurer cette attente désirée et honnie à la fois de ce qui est « passé » et « toujours pareil ».

Le fait de donner une place à cette tristesse dans un cadre contenant lui a permis de se sentir progressivement suffisamment en sécurité pour reprendre contact avec ce qu'il avait refoulé et avec ce qui, dans son expérience, n'avait ni représentation ni sens.

La nature du transfert est par conséquent une part délicate et essentielle de la technique, et c'est la raison pour laquelle Ferenczi insiste sur la réalité des événements relatés ou non par le patient, et sur ce qui se joue « à côté du déplacement et du refoulement ». Il décrit le moi de la dissociation traumatique comme un moi devenu presbyte, « être-mort » dématérialisé se déplaçant dans d'immenses étendues alors qu'il ne peut voir de près, c'est-à-dire ressentir ce qui se passe en lui. La sidération de la pensée et l'auto-clivage narcissique issu de la fragmentation d'une partie du moi sont des mécanismes de survie que la simple remémoration ne suffit pas à liquider; ce n'est qu'en revivant l'expérience traumatique en présence du thérapeute que le moi peut retrouver son intégrité. Cela signifie que ce que le thérapeute représente pour le patient dans le cadre du transfert, c'est-à-dire la dimension émotionnelle de la relation transférentielle, fait partie intégrante du travail analytique. C'est la raison pour laquelle Freud reconnaît, après le départ prématuré de sa jeune patiente Dora, que :

« La partie la plus difficile du travail technique n'a pu être abordée chez cette malade, le facteur du transfert, dont il est question à la fin de l'observation, n'ayant pas été effleuré pendant ce court traitement. »

Le refus de Dora de céder aux avances de monsieur K, son insistance sur le fait qu'elle avait le sentiment de n'être qu'une monnaie d'échange entre hommes n'ont pas été suffisamment entendus dans leur lien avec la nature du transfert de la jeune femme sur Freud comme figure paternelle. Le travail d'élaboration des contenus psychiques refoulés a probablement été ressenti comme un déni de ses affects et a provoqué a fin prématurée de la thérapie.

Une posture négligeant l'aspect émotionnel et relationnel de la thérapie au profit de l'analyse des seuls contenus refoulés comprend donc le risque de répéter l'expérience traumatique dans un contexte non secourable, c'est-à-dire non sécurisé.

A l'inverse, une posture qui tient compte de cet aspect émotionnel au détriment de l'analyse des contenus inconscients comporte le risque d'écarter la participation fantasmatique du sujet à son histoire, participation de l'inconscient dont la mise à jour est le principe même de la méthode psychanalytique.

Dans les deux cas, le déséquilibre dans le maniement du transfert peut se traduire par une fin prématurée de la thérapie car le patient ne se sent plus sécurisé, ou par une thérapie interminable dans une dépendance du patient à son thérapeute, dépendance qui devient un substitut de contenant.

Le travail psychanalytique excède donc l'analyse des désirs refoulés en vue de la levée du refoulement et contient une dimension d'engagement émotionnel de la part de l'analyste, qui ne se confond pas avec un contre-transfert, c'est-à-dire avec une réaction émotionnelle vis-à-vis du patient. La prise en compte de cette part émotionnelle dans le transfert est en relation avec les étapes précoces de construction de la fonction symbolique dont ce travail a souligné l'importance et le rôle dans le développement des psychoses.

Il est question, ici, de la place dans le cadre thérapeutique de la capacité de rêverie du thérapeute qui peut être rapprochée de ce que Winnicott appelle « vivre une expérience ensemble » dans le cadre thérapeutique. Cela signifie que le thérapeute transforme les pensées qui émergent de la relation transférentielle avec son appareil à penser les pensées, son intervention étant le résultat de cette activité de pensée qui surprend parfois le patient, bien qu'elle vienne de lui après avoir transité par le psychisme du thérapeute. La fonction de contenance reste intimement liée au travail sur les contenus, car l'activité

de penser du thérapeute a pour effet de permettre au patient de restaurer progressivement sa propre capacité de penser par introjection, et d'avoir par conséquent suffisamment d'énergie pour aborder ses conflits internes. L'idée en apparence contre-intuitive de Bion selon laquelle l'analyste devrait s'émanciper temporairement du souci d'analyser les contenus pour être sans mémoire, ni désir, ni compréhension, ouvert à l'inconnu, va en ce sens :

« A chaque séance, le psychanalyste devrait tenter de se mettre dans l'état d'esprit qui serait le sien s'il n'avait jamais vu son patient auparavant. S'il en est autrement, il est en train de se tromper de patient. »

L'approche du patient est alors une attention sans jugement, c'est-à-dire qui ne fait pas artificiellement correspondre ce que va dire le patient aux hypothèses théoriques du thérapeute. C'est donc laisser une place pour l'autre, ce qui est également la fonction du silence. Il ne s'agit pas du silence de celui qui sait et attend que l'on dise ce qu'il sait, bien que le patient puisse projeter ce « supposé » savoir sur son thérapeute, mais c'est un silence qui laisse l'espace pour dire.

Cela signifie que la mémoire, le désir, la compréhension du thérapeute doivent être mis entre parenthèses le temps de la séance. L'écoute flottante est donc une écoute neutre et sans jugement dans le sens où elle laisse la parole et le transfert se manifester d'eux-mêmes sans intervention. Cette écoute s'articule à l'énoncé de paroles issues de la rêverie du thérapeute, qui ont pour fonction de restituer sous une forme assimilable ce que le patient a projeté.

La présentation et l'analyse d'un cas en vue d'une transmission est donc plus juste si elle a lieu une fois la thérapie ou la tranche de thérapie achevée; la théorie est en ce cas une déduction de la pratique plutôt que l'inverse. Cela signifie également que l'écoute de l'analyste ne peut tenir lieu de fonction alpha détoxifiante et être une source de sens qu'à la condition d'une présence et d'une disponibilité émotionnels entières à l'expérience de l'analyse avec un patient singulier. Pour cela, Bion suggère la nécessité d'apprendre à désapprendre ce que l'on sait pour laisser la place à la rêverie, se laisser traverser par les pensées qui émergent lors d'une séance, en prendre conscience et les formuler. Appliquer la théorie psychanalytique n'est pas pratiquer la psychanalyse; la pratique consiste plutôt à se laisser délibérément traverser par son propre inconscient en présence de celui de l'autre: le travail du rêve continue, selon Bion, à l'état de veille.

Etre sans mémoire et sans désir est également un sage conseil, lorsqu'un patient état-limite par exemple oublie ce qu'il a appris d'une séance à l'autre, afin d'explorer toutes les voies possibles susceptibles de se rassembler et de se transformer ultérieurement en pensée. Autrement dit, la patience du thérapeute en ce cas est la condition pour penser ce qui trouble de la pensée. Toute pensée s'est formée à partir de son trouble, et le cabinet de thérapie est un lieu de fabrication et de transformation des pensées à partir de leur trouble. En ce sens, le même problème se pose au chercheur et au patient aux prises avec le refoulé et le non représenté : avant de penser les pensées, ils ont besoin de les rêver et de les ressentir. La fonction du thérapeute consiste donc à « donner à penser » à son patient, c'est-à-dire à éveiller en lui sa capacité de penser, à partir de sa propre capacité de penser. « Donner à penser » n'est pas « faire penser » ou « faire réfléchir » comme c'est le cas dans l'enseignement scolaire. Dans la démarche de « faire penser », il peut y avoir une dimension de l'ordre de la séduction et de la toute-puissance du maître à penser, voire du gourou, qui conduisent autrui à penser les pensées du maître. Donner à penser est un processus différent qui contient à la fois une dimension de don, d'échange et de créativité qui surprennent le psychisme à la fois déséquilibré et rigide suite à l'investissement durable des défenses.

2 - Transitionnel et transformations

a - Le transitionnel et l'acceptation de la mort

Le cadre analytique est donc un espace transitionnel, où le psychisme inconscient du patient entre en contact avec le psychisme inconscient du thérapeute dans un cadre sécurisé. Le lien de confiance créé dans l'alliance thérapeutique donne au patient la possibilité de jouer, c'est-à-dire d'utiliser l'objet « cadre » ou « thérapeute » comme un objet à la fois moi et non-moi. Cela lui permet de faire l'expérience de quelque chose de nouveau qui, une fois introjecté, lui donne la capacité de penser la séparation, c'est-à-dire de désinvestir l'objet transitionnel. Dans le travail analytique, l'aspect transitionnel n'est pas comparable à une simple intersubjectivité, c'est-à-dire à une relation entre deux sujets dans une position symétrique. L'utilisation de l'objet dans la relation transférentielle a une fonction symbolisante, c'est-à-dire que le dispositif du cadre est une mise en scène permettant au patient de « s'entendre avec le thérapeute » au sens de s'entendre parler en présence de l'autre et de se comprendre dans une démarche réflexive. La présence du thérapeute est engagée dans le processus qui a lieu dans le psychisme du patient, c'est pourquoi cette présence est attentive et neutre. Le dispositif permet au patient de symboliser les mouvements pulsionnels de l'appareil psychique. Par exemple, monsieur R, anxieux de n'avoir plus rien à dire, s'agace : « Vous savez tout de moi mais moi je ne sais rien de vous ! », ce qui révèle un premier élément du complexe oedipien à travers l'expression d'une position infantile passive face au parent tout-puissant. L'abstinence du thérapeute, en particulier face aux demandes comme celle de monsieur R, donne l'espace pour l'expression de l'inconscient du patient dans sa complexité. Chacune de ces manifestations de l'inconscient est condensée et donne lieu à de multiples interprétations et mises en sens qui se déploient au fil des associations et des séances.

L'effondrement de la fonction symbolique dans la psychose a mis en évidence les effets de la défaillance de la fonction maternelle, comme mise en échec du sentiment d'exister et du sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. Cela met en évidence les variations possibles de la fonction de miroir du thérapeute en fonction des failles du symbolique chez le patient. Le patient psychotique a besoin de la fonction de miroir du regard maternel dans sa dimension la plus concrète et archaïque, telle qu'elle est évoquée dans le chapitre sur le moi-peau. En ce cas, l'espace transitionnel n'existe pas encore : Searles est identifié par sa patiente schizophrène à un gâteau là et pas là, comme la mère objet partiel, dans une indistinction entre moi et non-moi. Le cadre est fondamental, car il agit à

la fois comme un contenant pour les processus archaïques et un garant du tiers et de la loi sans lesquels la thérapie deviendrait une pure folie à deux. La fonction du thérapeute est alors exclusivement maternelle, appelant un rééquilibrage et un renforcement de la fonction tierce par le travail d'équipe et l'institution.

En dehors de la psychose, tous les états dans lesquels le narcissisme est fragile, en particulier en cas de clivage à l'intérieur du moi comme dans les cas limite, la fonction de miroir nécessite l'appui du regard concret du thérapeute qui ne peut être internalisé car le patient a besoin d'une présence et d'un soutien moïque dans le face à face.

Enfin, quand le narcissisme est suffisamment constitué, le miroir devient une métaphore, fonction du thérapeute qui tend ce miroir afin que le patient puisse s'y voir tel qu'il est, en lui restituant les parties de lui auxquelles il n'avait pas accès.

Dans la psychose, l'impossibilité ou la très grande difficulté d'accès au transitionnel a un sens fondamental: l'incapacité à « jouer » au jeu de la vie et au changement est un déni de sa réalité d'être mortel, qui contribue, paradoxalement, au mouvement pulsionnel de déliaison et de destructivité. Accéder au transitionnel, c'est entrer dans le processus de transformation qui aboutit à la différence des sexes et des générations, la symbolique oedipienne et la résolution de l'Oedipe signifiant également la capacité d'intégrer la réalité de sa condition mortelle. La mort psychique signifie, au contraire, une négation de la temporalité et de la réalité de la mort à travers la survivance du sentiment de toute-puissance infantile. C'est probablement l'angoisse d'anéantissement liée à ce déni qui inspire à Winnicott l'idée qu'il aurait dû dire à sa patiente qui lui demandait de lui donner une raison de ne pas se suicider, qu'elle était « déjà morte ». Cette angoisse se retrouve chez cette patiente schizophrène de Searles qui a trouvé sa manière à elle de se sentir « déjà morte » :

« Je vais vivre plus de cent ans... Pourquoi est-ce que les gens meurent ? Ils disent que le coeur s'arrête... Pourquoi est-ce que le coeur devrait s'arrêter ? (...) Un miroir reproduit les choses, je ne peux pas comprendre ça. »

La patiente, touchante comme l'est un jeune enfant, ne comprend pas pourquoi on ne peut pas « reproduire » le coeur comme le miroir reproduit les choses. La fonction du miroir est comprise au sens littéral, sans représentation du reflet et du réflexif: c'est un objet ayant le pouvoir de doubler les choses, comme elle est le double du thérapeute. Or, l'idée que le coeur ne peut être reproduit génère une angoisse et une tristesse intolérables concernant sa propre existence. Ainsi, mieux vaut se sentir immortel et tout-puissant c'est-à-dire ne

pas s'inscrire dans la vie et le changement qui signifient également comprendre la mort. Le fait d'utiliser une défense contre la conscience et l'acceptation de l'inéluctabilité de la mort n'est bien sûr pas exclusivement psychotique, elle concerne tous les êtres humains. Monsieur R, par exemple, exprime clairement qu'il se sent déjà mort et n'attend plus rien de la vie. Madame R également dit qu'elle ne veut pas mourir avant d'avoir vécu. Mais l'angoisse reste encore tolérable chez une personne totale, contrairement au psychotique considérablement fragilisé par sa faille narcissique. La personne psychotique ne peut accepter la réalité de la mort quand elle n'a pas encore vécu en tant qu'être séparé, c'est-à-dire vécu tout court, ni intégré ce qu'elle n'a pu se représenter comme pertes car elles étaient trop précoces. Elle ne peut « vivre » la mort que comme une projection de sa haine, se sentant responsable de la mort comme elle l'est de la haine elle-même. La mère, en ce cas, n'a pas été nécessairement une mère maltraitante : elle a pu, au contraire, accueillir son bébé de façon particulièrement chaleureuse, tout en étant dans l'incapacité de le voir comme un être susceptible d'avoir des désirs n'allant pas dans le même sens que les siens. Cette toute-puissance infantile de la mère, en résonance avec celle, naturelle, de son enfant, empêche alors la sortie ultérieure du bébé de l'enveloppe psychique commune.

Si le thérapeute reste conscient de la finitude de la vie, la thérapie du psychotique demande la capacité, lors d'une phase de la thérapie plus ou moins longue, à faire comme si le temps n'existait pas, ce à quoi, écrit Searles,

« Bien des thérapeutes se dérobent (...) car elle (cette phase de la thérapie) tend à profondément frustrer-et-satisfaire les besoins de dépendance infantiles, dont ils ne peuvent admettre la présence en eux. »

Cette phase particulière est en relation avec la crainte de l'effondrement décrite par Winnicott, qui définit la psychose comme la défense contre ce type d'angoisse. Pour lui, la traversée de la crainte de l'effondrement en thérapie est l'équivalent de la levée du refoulement dans la névrose. C'est la « remémoration » dans le transfert de ce qui n'est pas inscrit comme souvenir mais hante la mémoire :

« La seule façon de "se le rappeler", dans ce cas, c'est que le patient ait pour la première fois l'expérience de cette chose passée dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert. Cette chose passée et future devient alors une question d'"ici et maintenant" et est ressentie par le patient pour la première fois. C'est l'équivalent de la remémoration et cet

aboutissement équivaut à la levée du refoulement qui se produit dans l'analyse du psychonévrosé. »

L'analyse personnelle du thérapeute permet la symbolisation de ce processus qui a lieu en lui-même, avant la phase de reconstruction du moi, quand les défenses habituelles sont en cours d'abandon ou ont été abandonnées et que l'analyse a atteint les couches archaïques du psychisme. Il peut ainsi reconnaître et contenir la crainte de l'effondrement chez son patient. La levée de la crainte de l'effondrement mène progressivement à abandonner l'idée inconsciente qu'on a l'éternité devant soi, et à assumer sa condition mortelle.

b - Transformations et créativité

Mettre la fonction symbolique au centre de la pensée psychanalytique revient alors à la penser en terme de « transformations »: transformation du latent en manifeste dans le rêve et travail de symbolisation du manifeste, transformation d'un conflit en symptôme et élaboration du conflit psychique, transformation des relations infantiles dans le transfert, mais aussi transformation du non représenté en expérience de réintégration et de découverte de soi... Cela suppose à la fois un travail de mise à jour de l'inconscient, comparable à un voyage dans le passé, et une ouverture à l'inconnu et au désir authentique, élan ou pulsion de vie vers ce qui n'est pas encore arrivé.

Dans ce laboratoire de transformation qu'est le cabinet de thérapie, la parole du patient se présente d'abord chargée de la gravité de ce qui n'a pas été digéré. La logorrhée ou le mutisme psychotiques sont les expressions ultimes du non symbolisé, car l'effondrement de la fonction symbolique a supprimé toute ponctuation ou rythmicité psychique en l'absence de temporalité et d'articulation. Cet effondrement signifie un arrêt du potentiel de transformation du psychisme, c'est-à-dire un arrêt du mouvement de la vie psychique. Vidé de son sens symbolique, le mot prend une signification littérale et inquiétante: par exemple pour Schreber, la castration n'est pas un symbole mais une chose qu'il croit devoir réellement subir. Tout son délire est construit autour de cette « chose » terrifiante qui finit par prendre une connotation mystique pour le bien de l'humanité. Ainsi, un point noir ôté du nez peut susciter l'angoisse d'un véritable trou dans le corps, un chasseur de têtes provoque l'angoisse de perdre la tête au sens propre, boire un verre comportera le risque d'en mourir étouffé ou déchiré de l'intérieur, une sanction - du latin sancire qui signifie « rendre irrévocable » - devient une condamnation à mort. Les soeurs Papin,

contrairement à madame L qui en reste au fantasme, arrachent les yeux de leurs patronnes avec lesquelles elles n'avaient pas de relation mais qu'elles « avaient à l'oeil » avant le passage à l'acte. Quelle que soit la thématique du délire, le mot confondu avec la chose renvoie à l'angoisse de persécution et d'anéantissement.

Les pensées ou la parole dont le sujet est absent sont pris au pied de la lettre et confondus avec l'action. Cela permet de comprendre, dans le registre des troubles psychosomatiques, l'absence du symbolique dans la « pensée opératoire » qui correspond au fait pour un patient, d'évacuer à travers une parole prolifique ou un silence pesant tout symbole, toute association et toute élaboration de son discours qui se réduit à un discours factuel sur ce qu'il vit dans l'actuel, comme une simple décharge de tension libidinale, la symbolisation représentant un danger intolérable. Dans une moindre mesure, la logorrhée névrotique, même pleine d'esprit, est une défense contre la symbolisation et le lien à l'autre.

La retenue, le silence et la parole du thérapeute ont une autre fonction, symbolique, qui laisse un espace de ponctuation et une bordure pour le déploiement des pensées, pour les échanges d'inconscient à inconscient et pour permettre au moi du patient de s'auto-observer et de se différencier.

L'idée de transformation suppose le passage d'un état à un autre, mais il reste toujours un invariant irréductible : le travail analytique ne vise pas en effet à changer l'être d'une personne, mais à lui permettre de s'émanciper de ce qui fait obstacle à l'expression originale et authentique de son être.

Silences et paroles ont alors aussi pour fonction de permettre au patient de s'émanciper de ce qu'il connaît de son histoire pour explorer sa dimension inconnue, puis d'accéder à une ouverture à cet inconnu. Cela peut se traduire par une capacité de contact avec ce qui nourrit son espérance, c'est-à-dire sa confiance en la vie. Dans le processus de symbolisation qui met fin à la répétition, le moi peut apprendre à puiser force, acceptation et inspiration dans l'esprit, en lien avec une forme de lucidité intuitive qui se distingue de l'intelligence cognitive. Ce qui se dégage ici est la notion d'âme, ou d'esprit, qui ouvre un accès à l'intuition, « rapport de l'esprit avec lui-même » selon la définition du philosophe Bergson dans *La pensée et le mouvant*. C'est un mode de connaissance particulier consistant en un rapport de soi à soi, à condition que le soi avec lequel nous sommes en rapport soit comme un autre en nous, c'est-à-dire issu d'une « sympathie » envers le monde et les autres, c'est-à-dire d'une façon d'être avec eux. Dans ce contexte, la réalité est perçue non avec les yeux en tant qu'organes, mais avec ceux de l'âme, ce que Sainte Thérèse d'Avila exprime en ces termes dans les Oeuvres complètes :

« On voit alors avec les yeux de l'âme beaucoup mieux que l'on ne voit sur la terre avec les yeux du corps. »

Au-delà du bénéfice de la levée du refoulement et de la résolution des traumatismes, le travail analytique mène donc également au-delà du langage, en un espace que l'on peut appeler intuition, poésie, spiritualité, langage de l'âme, tous source d'étonnement pratiquement enfantin devant la vie. Du côté de l'analyste, un tel contact avec l'irrationnel est indispensable, parce qu'il contient un potentiel, un réservoir de vie nécessaire qui permet d'appréhender la nouveauté, de faire face et de cultiver une présence vivante face aux pulsions destructrices qu'il rencontre quotidiennement.

Ramener le nouveau à l'ancien est ce qui a lieu dans la compulsion de répétition et dans la désorganisation psychique en général, qui tendent à réduire le présent au déjà vécu en le vidant de sa substance, c'est-à-dire de sa potentialité de nouveauté. Ainsi, la névrose guidée par le surmoi pousse par exemple à croire que seule la volonté permet de mettre un terme à la répétition, rendant sourd et aveugle aux possibilités amenées par le travail de l'inconscient à travers l'analyse des rêves par exemple. Jung raconte à la fin de son livre *L'homme à la découverte de son âme*, la fin de la thérapie d'un homme qui « *s'était abandonné à son ambition dans l'espoir d'y trouver quelque chose de nouveau* », refusant de continuer le travail d'interprétation de ses rêves auquel il n'accordait aucun crédit, et accusant finalement son analyste d'être un incapable. Trois mois après avoir arrêté sa thérapie, cet homme perdit son travail et dut en accepter un autre beaucoup plus modeste. Voici ce qu'en dit Jung :

« Mon patient, par excès d'intelligence, ne trouve pas l'accès à ses profondeurs; il est hypnotisé par la prétendue toute-puissance de la volonté (...) Or, dénué d'instincts, l'homme est semblable à un papillon ivre qui voltige sans but. »

Le patient avait rêvé d'un monstre, symbole de force instinctuelle, auquel il interdisait dans son rêve toute activité et qu'il avait fini par supprimer. Il ne pouvait accepter l'idée que la solution à son problème consiste non en un effort de volonté, mais en une présence à lui-même qui lui permette d'être attentif aux histoires que ses rêves lui racontaient. Dans cette histoire de patient, l'excès de rationalité, qui a agi comme une défense, a barré l'accès à la créativité, au rétablissement de l'équilibre psychique et, par conséquent, à la résolution des problèmes d'ordre matériel.

Le langage du thérapeute et le jeu avec le langage qui s'instaure en analyse entre le thérapeute et le patient se révèlent dans leur dimension de créativité, ce à quoi le patient de Jung a intensément résisté. Bion explique que l'attention flottante, qui permet d'accéder à la connaissance de l'inconscient par la capacité de rêverie, est accompagnée, chez l'analyste, d'une attitude de foi et d'émerveillement qui donne une place aux choses non advenues. C'est ce qu'il appelle « mémoire du futur » : l'analyste est gardien des réalisations potentielles du patient qui n'ont pas encore eu lieu en raison des conflits inconscients non encore résolus.

Cette sorte d'acte de foi donne un sens au travail psychique du patient et son introjection lui permet de développer sa propre créativité. Les réalisations potentielles peuvent elles-mêmes faire l'objet d'une rêverie à travers l'appareil à penser les pensées du thérapeute. Certaines d'entre elles peuvent ou non devenir des réalités; ce qui importe est le lien qu'elles représentent, c'est-à-dire l'idée que cette vie là pleine de potentialités vaut la peine d'être vécue. Eric-Emmanuel Schmitt l'exprime de façon poétique dans *Le visiteur* :

« Personne n'avait rêvé sa vie pour lui. Personne ne se pencha sur son berceau en lui prêtant le succès, le brillant ou les plus belles amours. Les fous sont toujours des enfants que personne n'a rêvés. »

Le langage métaphorique d'Erickson, mais aussi celui des poèmes, des rêves, des contes, des histoires des philosophes orientaux, le langage populaire fleuri et imagé, celui de l'enfant et même le langage de l'absurde sont des représentations prenant la qualité de préludes à l'action. Par exemple, le patient de Jung avait la possibilité d'accueillir « comme un enfant » et non « en enfant » le monstre qui lui signifiait de s'ouvrir à sa propre capacité intuitive, à travers l'écoute et l'acceptation de soi, de se nourrir de cette source et d'abandonner l'action frénétique. Son besoin de contrôle l'a empêché de s'abandonner à ce qui lui aurait permis d'ajuster les éléments de sa situation professionnelle en fonction de son désir. Le processus de mise en sens symbolique de son histoire ne se réduit donc pas à un travail de comblement de trous dans une perspective de « bien-être », même si des moments de bien-être peuvent résulter du rétablissement d'un sens dans les « trous » de son histoire. C'est la raison pour laquelle le travail analytique peut être décrit non comme un processus de guérison qui a une connotation médicale, mais comme un accompagnement vers soi-même ou une réintégration de soi-même en présence d'un autre, c'est-à-dire en passant par le détour de l'autre, qui aboutit à la fois à une connaissance de soi et à une ouverture aux autres et au monde.

Conclusion

Cette réflexion sur l'effondrement de la fonction symbolique, c'est-à-dire sur l'effondrement de la capacité de penser dans la psychose, a permis de mettre en évidence l'articulation nécessaire, dans le cadre thérapeutique, entre l'élaboration des contenus psychiques inconscients que sont les représentations refoulées et celle de leur contenant, appareil à penser les pensées au sein de la fonction globale de métabolisation psychique qu'est la fonction symbolique. Cette articulation développe la conception économique de l'appareil psychique en tenant compte dans la pratique thérapeutique du lien entre l'origine somatique de la pulsion, c'est-à-dire le corps, et la représentation, ce qui a permis de montrer en quoi le corps, dans la perspective psychanalytique, est symbolique. Cela signifie que le corps est présence à soi, présence dont la source du développement est l'expérience du lien de dépendance émotionnelle à la mère, et la réalisation le lien à soi rendu possible par le tiers séparateur. Si le corps maternel n'est pas suffisamment incarné dans cette présence à soi, le narcissisme de l'enfant et sa pensée ne peuvent se construire sur des bases solides. La psychose est, dans ce contexte, la souffrance de l'absence totale à soi-même, c'est-à-dire l'effondrement de la capacité de penser et de se représenter dont la source se trouve dans la rencontre sensorielle et émotionnelle manquée entre le bébé et sa mère.

En théorie, cela est réversible mais en pratique, plus la faille narcissique est profonde plus le rétablissement est difficile, aussi bien du point de vue du patient que de celui du thérapeute, car il suppose de naviguer dans les couches les plus archaïques et inconnues

du psychisme, là où la pensée n'est pas encore née. Ce travail accompli par des psychanalystes est essentiel dans la mesure où il permet de préciser le cadre analytique, en mettant en lumière les processus psychiques dans leur ensemble, processus dont les traces se retrouvent dans toutes les structures psychiques, puisqu'elles conservent, à travers les mécanismes de défense utilisés, la trace de la traversée des différentes positions et des différents stades du développement psychique.

Un tel travail permet également d'appréhender la différence entre une structure et un mécanisme de défense psychotiques, car la confusion entre les deux est à la source d'une psychiatrisation abusive des personnes en souffrance psychique.

Si la psychanalyse a été inventée à partir des névroses hystériques, c'est sur le terrain de la psychose, « trouble de la pensée », que la compréhension du sens du cadre analytique et du transfert apparaît le mieux. C'est pourquoi l'expérience de la traversée de la crainte de l'effondrement accompagnée dans le cadre de la régression thérapeutique est une étape essentielle dans l'analyse de l'analyste. Cela lui donne la possibilité de contenir dans le cadre de son travail ce qu'il a pu expérimenter et contenir en lui-même.

L'effondrement de la fonction symbolique dans la psychose montre en effet les conséquences, lors des premières expériences émotionnelles de la vie, de l'absence ou de l'insuffisance de l'interaction fondamentale entre la poussée pulsionnelle interne du bébé et son objet d'attachement qui correspond à la fonction maternelle. Le moi archaïque de l'enfant se constitue sur la base de cette interaction, la symbiose mère-enfant ayant donné à l'enfant un sentiment de toute-puissance hallucinatoire suffisant pour ouvrir progressivement la voie au processus transitionnel à l'origine de la capacité de représentation et de la différenciation. Si l'enveloppe psychique a été précocement déchirée, les débordements émotionnels ultérieurs deviennent source d'effondrement psychique à cause d'une trop forte insécurité interne.

Dans la psychose, la décompensation provoque la régression à la position narcissique précoce qui n'a pu être dépassée lors des premières étapes du développement psychique. Dans ce contexte, la « folie » psychotique signifie d'une part, qu'un lien psychique vital ne s'est pas constitué entre le bébé et sa mère-environnement à partir de sa naissance et peut-être avant, ce défaut de réponse maternelle adaptée et la constitution de l'enfant ayant rendu précaires l'acquisition du principe de réalité et l'investissement du monde extérieur. L'aspect émotionnel de ce repli narcissique réside dans la disqualification de l'affect qui a pour conséquence la privation d'un rapport de soi à soi et l'effondrement de la pensée, se traduisant par un corps désincarné, qu'il soit apathique ou agité.

L'impossibilité à faire le deuil de la toute-puissance infantile conduit à deux destins : la psychose ou la perversion narcissique, l'une consistant comme chez Garouste ou Schreber à « se faire un nom » dans le déni du nom-du-père et l'autre à remplacer le père tout-puissant auprès de la mère en se nourrissant du narcissisme de l'autre à travers un processus d'emprise.

D'autre part, la psychose comprise sous l'angle de l'effondrement de la capacité de penser permet de comprendre le rôle de la défaillance de contenance psychique dans les souffrances de type identitaire et psychosomatique, liées à des traumatismes précoces qui n'ont pu être métabolisés, à l'origine d'une insécurité interne et d'un narcissisme si fragile que la symbolisation est remplacée par le passage à l'acte, l'autodestruction, la somatisation dans un contexte de déliaison pulsionnelle et de désintrinsication entre pulsions de vie et pulsions de mort. Dans de tels cas, la destruction du lien est susceptible de se rejouer dans le cadre du transfert, ce qui demande de porter une attention particulière à son maniement.

L'insécurité interne due à un problème de contenance psychique, c'est-à-dire à la fragilité de l'appareil à penser les pensées a empêché la constitution des représentations qui contribuent à la dynamique des instances lors du développement psychique, et le clivage dans le moi en cas de traumatisme fait obstacle à la symbolisation des contenus psychiques, les tensions pulsionnelles menaçant le moi et le sentiment d'exister.

Dans le cas de névrose hystérique de madame L également, des éléments de somatisation et une problématique autour de la réalité de son existence dans ce qu'elle appelle « le monde des humains » dont elle se sent exclue, demeurent à côté du refoulement et de la conversion dans le corps. La composante traumatique de la névrose de madame L, qui donne par moments une allure paranoïde à certains de ses symptômes, nécessite la prise en compte, dans le travail d'élaboration, à la fois des contenus refoulés en lien avec l'Oedipe non liquidé et de l'effraction de l'enveloppe psychique, en relation avec les maltraitances et les abus sexuels subis dans l'enfance.

La compréhension de l'effondrement de la fonction symbolique dans la psychose permet donc de distinguer et d'appréhender la rupture ou la dégradation du lien entre le psychisme et le corps. Le corps désunifié et désincarné du psychotique indique le défaut de constitution de l'enveloppe psychique et son effondrement.

Penser l'effondrement de la capacité de penser dans la psychose permet de donc de reconnaître les effets de traumatismes non intégrés dans différentes formes de souffrance psychique et d'y adapter le cadre analytique. En ce cas, surmonter les épreuves du passé qui hantent le présent et recouvrer le sens des événements de sa vie en tant que sujet

bien différencié suppose, pour le patient, de réintégrer, autant qu'il est possible, les parts de soi non métabolisées, éléments bêta non liés en errance et projetés hors de soi.

Cela demande, de la part du thérapeute, une neutralité comprise comme un engagement émotionnel dans lequel sa mémoire, ses souvenirs et sa compréhension sont temporairement suspendus, ce qui différencie son engagement émotionnel d'une réaction affective qui relève de la projection, et donne au patient un espace sécurisé pour s'entendre parler, comprendre ce qu'il (se) dit, d'où vient et où va ce qu'il dit et en présence de quel « autre » il le dit. La neutralité ouvre un espace de communication d'inconscient à inconscient ayant un effet d'apprentissage similaire à celui de la fonction alpha décrite par Bion. Cela correspond à une transmission de l'expérience, respectueuse de l'intégrité du patient et de sa vulnérabilité dans le processus de rétablissement de son équilibre psychique. La posture du thérapeute ne peut donc être en symétrie avec celle du patient, bien que la relation thérapeutique soit un enrichissement mutuel sur un plan différent pour l'un et pour l'autre. La bienveillance de l'analyste contient à la fois le non métabolisé et les potentialités futures, donnant au travail thérapeutique un horizon et un sens. Cela suppose, de la part de l'analyste, une faculté intuitive libérée de l'aspect rationnel de la volonté, qui, introjectée par le patient, lui permet d'accéder à sa propre créativité. Le cadre analytique est en ce sens un espace de transformations qui concernent, sur des plans distincts, le patient et l'analyste.

La pratique psychanalytique reste, comme du temps de Freud, subversive car elle interroge les idéaux et les idéologies véhiculés par la société. Elle interroge par exemple, la forme contemporaine de rejet du corps qui va de pair avec son idéalisation. Ce rejet peut prendre la forme paradoxale d'un militantisme visant à lutter contre les abus de pouvoir, pour la liberté de disposer de son corps. L'artiste française Orlan a offert à la chanteuse Madonna un morceau de sa joue inséré dans un pendentif, relique accompagnée de la mention « ceci est mon corps », et utilise son propre corps comme matériel brut sur lequel elle inscrit l'image qu'elle se fait d'elle-même, « identité » variant au fil de son inspiration. Orlan écrit, dans *De l'art charnel au baiser de l'artiste*, combien voir son corps ouvert sans en souffrir, ou voir les organes de son amant est le « nouveau stade du miroir », « rien à voir avec les mièvreries symboliques » qui représentent l'amour. Il n'est donc plus question de la fonction de miroir du regard de l'autre, mais de la réduction de soi et de l'autre à ses organes, rassurante dans la mesure où ils sont les mêmes pour tout le monde. Si l'artiste est miroir de la société, ce miroir tendu a le mérite d'interroger le refus, voire la haine du symbolique, de la pensée, du nécessaire apprentissage et du processus d'acceptation des différences qu'ils supposent.

La transformation psychique disparaît au profit de la mise en acte d'une modification réelle des organes du corps par toutes les technologies disponibles, déni et remplacement tout-puissants des effets du long parcours de développement psychique depuis le « défaut fondamental », les pulsions d'attachement et les pulsions sexuelles infantiles jusqu'à l'amour génital.

Dans le monde contemporain, un certain nombre de signes révèlent en effet l'accentuation de l'illusion de toute-puissance infantile, la fréquence du clivage et l'appauvrissement de la pensée : ces signes sont par exemple l'engouement excessif pour les possibilités actuelles de transformation du corps par la chirurgie et la technologie, la persistance de l'idéal séculaire de désincarnation du corps porté par la quête d'immortalité et récupéré aujourd'hui par le mouvement transhumaniste, le déni du fait que les ressources de l'environnement naturel ne sont pas inépuisables... Chaque événement collectif potentiellement traumatique rappelant la vulnérabilité de l'être humain et son besoin de dépendance ayant tendance à provoquer des réactions de déni et de repli narcissique qui conduisent, individuellement et collectivement, à la destruction des liens humains.

Ce travail sur l'effondrement de la fonction symbolique dans la psychose a finalement permis de comprendre la vie psychique inconsciente comme une constante transformation que permet le cadre analytique ayant une fonction de traduction de l'expérience. Le patient vient alors apprendre à parler sa propre langue accompagné par l'analyste qui lui prête son appareil à penser les pensées.

Dans ce contexte, la capacité de rêverie et le rêve diurne prennent un sens opposé à la comparaison qui fait de la psychose un rêve dans lequel se trouve plongé et emprisonné le psychotique sans en avoir conscience. La capacité de rêverie et le rêve ont la fonction positive d'être au service de la transformation de la souffrance psychique en naissance d'un sujet singulier, capable d'une part d'accepter et de reconnaître son identité, ses capacités et ses limites à travers sa relation à lui-même, aux autres et au monde et capable, d'autre part, de s'abandonner à la rêverie et au jeu comme sources d'espoir et d'accomplissement de soi.

Table des matières

Sommaire	4
Introduction	5
Partie I : Fonction symbolique et trauma	
Chapitre 1 : Les processus économiques.....	12
I,1,a : Pulsions et trauma	12
I,1,b : Angoisse signal et représentation	15
Chapitre 2 : La signification du symptôme dans la névrose et dans la psychose	17
I,2,a : Traumatisme, angoisse et mécanismes névrotiques	17
I,2,b : Trauma, angoisse et mécanismes psychotiques	20
Partie II : Vie et destruction de la fonction symbolique : les cas cliniques	26
Chapitre 1 : La fonction symbolique dans un cas de névrose :	
le cas de madame L	26
II,1,a : La fuite de la réalité dans un cas d'hystérie de conversion	26
II,1,b : La fonction symbolique du complexe d'Oedipe	28
Chapitre 2 : Effondrement de la fonction symbolique dans un cas de psychose :	
le cas du Président Schreber	34
II,2,a : L'effondrement de la fonction du complexe oedipien	34
II,2,b : Identification narcissique et identification projective	38
Partie III : La fonction de contenance psychique	41
Chapitre 1 : La fonction maternelle	41
III,1,a : La fonction alpha du moi auxiliaire	41
III,1,b : La défaillance de la fonction alpha et l'identification projective pathologique ...	43
Chapitre 2 : L'enveloppe psychique et le moi-peau	45
III,2,a : La déchirure précoce du moi-peau et le rêve de monsieur R	45
III,2,b : Les défenses contre l'effondrement de l'enveloppe psychique	50
Partie IV : Fonction symbolique et pratique psychanalytique	55
Chapitre 1 : Réflexion sur le transfert	55
IV,1,a : Le transfert psychotique et la transformation de Searles en gâteau	55
IV,1,b : La fonction de contenance en thérapie	60
Chapitre 2 : Transitionnel et transformations	65
IV,2,a : Le transitionnel et l'acceptation de la mort	65
IV,2,b : Transformations et créativité	68
Conclusion	72
Table des matières	77
Bibliographie	78

Bibliographie

- BION, Wilfred, *Aux sources de l'expérience*, 1962
- BION, Wilfred, *Notes sur la mémoire et le désir*, 1967
- BION, Wilfred, *Transformations*, 1982
- FERENCZI, Sandor, *Confusion des langues entre l'adulte et l'enfant*, 1933
- FERENCZI, Sandor, *Réflexions sur le traumatisme*, 1931-1932
- FREUD, Sigmund, *Les deux principes de l'activité psychique*, 1911
- FREUD, Sigmund, *Pulsions et destins des pulsions, Métapsychologie*, 1917
- FREUD, Sigmund, *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, 1917
- FREUD, Sigmund, *Cinq psychanalyses*, 1935
- FREUD, Sigmund, *Inhibition, symptôme, angoisse*, 1925
- FREUD, Sigmund, *Au-delà du principe de plaisir*, 1920
- FREUD, Sigmund, *Pour introduire le Narcissisme*, 1914
- GAROUSTE, Gérard, *L'Intranquille, Autoportrait d'un peintre, d'un fils, d'un fou*
- NASIO, Juan-David, (Sous la direction de), *Les grands cas de psychose*, 2000
- SCHREBER, Daniel Paul, *Mémoires d'un névropathe*, 1900
- SEARLES, Harold, *L'effort pour rendre l'autre fou*, 1977
- WINNICOTT, Donald Woods, *Jeu et réalité*, 1975
- WINNICOTT, Donald Woods, *La crainte de l'effondrement*, 1974

