

*Essais sur la schizophrénie
et le traitement des psychoses*

DU MÊME AUTEUR :

Laborde..., un pari nécessaire

De la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle

Préface de François Tosquelles

Éditions Gauthiers Villars-Bordas, coll. « Interférences », Paris, 1977.

Écoles Buissonnières

Pédagogie, psychiatrie, psychanalyse

Préface de Julia Kristeva

Éditions Gauthiers Villars-Bordas, coll. « Interférences », Paris, 1978.

Figures du Réel

Clinique psychanalytique des psychoses

Préface de Jean Oury

Éditions Denoël, coll. « Espace analytique », Paris, 1999.

Ginette MICHAUD

**Essais sur
la schizophrénie
et le traitement
des psychoses**

1. L'impossible réalité

 **érès**
éditions

Remerciements tous particuliers à Noël Torrente
qui s'est chargé de l'exécution des schémas.
Pour son infinie patience et sa grande compétence.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Illustration :
Sigmund Freud, 1938
par Emilio Zaldivar

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2010-9
Première édition © Éditions érès 2005
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Prolégomènes	13
<i>La schizophrénie : histoire d'un concept</i>	13
<i>Introduction à la psychothérapie des psychoses</i>	16
– Le groupe des schizophrénies	19
– Le groupe des délires chroniques	21
<i>Le concept de schizophrénie avant Kraepelin</i>	22
– Pinel (1809)	24
– Esquirol (1838)	24
– Morel (1851)	24
– Kalhbaum	24
– Hecker	26
<i>Kraepelin et la démence précoce</i>	27
– La <i>verblödung</i>	27
– L'atteinte du fond mental	28
– La baisse de l'affectivité	28
– La perte de l'énergie vitale	28
– Le causalisme	29
– Le mouvement organiciste	30
<i>Freud et la question du sens de la maladie</i>	30
<i>Bleuler et le courant psychanalytique</i>	32
Chapitre premier. Genèse de la schizophrénie	35
<i>Les débuts progressifs de la schizophrénie</i>	35
– Perte de l'activité	36
– Troubles de l'affectivité et du caractère	37
– Apragmatisme sexuel	39
– Idées délirantes, hallucinations	40
<i>Les formes aiguës de début de schizophrénie</i>	45
– La bouffée délirante	46

– Les hallucinations	58
– Les interprétations délirantes	65
– Les intuitions délirantes	65
– Les troubles de l'humeur	66
– L'état de conscience	67
– Les troubles somatiques	69

Chapitre 2. L'examen clinique de la schizophrénie 71

Les formes médico-légales 73

– Les fugues	74
– Les tentatives de suicide	75
– Les crimes « immotivés »	75

Les formes cliniques et étiologiques 77

– L'accès maniaque	78
– La mélancolie	78
– Les états confusionnels	79
– Les manifestations névrotiques aiguës	79
– Les crises paroxystiques hystériques	79
– Les formes hypocondriaques	81

Les formes chroniques pseudo-névrotiques 82

– Les formes phobiques	82
– Les formes hystériques	82
– Les formes obsessionnelles	83

Chapitre 3. La schizophrénie constituée 87

La discordance 87

– L'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité, le détachement	88
– La discordance dans la sphère de la pensée	90

Les troubles de la pensée et de la conscience 92

– Le piétinement de la pensée	93
– L'entortillement	95
– La perte des notions de temps et d'espace	97

La distorsion du système verbal 98

– Les troubles de la conversation	98
– Les altérations du système matériel du langage	101
– L'articulation	102
– Les altérations du sens des mots	103

La distorsion du système logique 108

– La structure paralogique et la fausseté du jugement	108
---	-----

La communication dans la psychose 109

– L'altération des concepts	115
---------------------------------------	-----

Chapitre 4. La psychose : Freud, Lacan, Leclaire, Pankow . . .	121
<i>La question des relations entre psychanalyse et psychose</i>	121
– Psychanalyse ou psychothérapie ?	122
– La relation duelle est-elle possible avec un psychotique ?	124
<i>La psychose du point de vue psychiatrique</i>	128
– La faillite d'un rapport au monde	128
– Un conflit œdipien non résolu	130
<i>Un défaut au niveau des instances moi/réalité</i>	133
– Un défaut du moi	133
– Un défaut de symbolisation	135
<i>Les mécanismes de défense dans la psychose</i>	138
– Selon Freud	138
– Selon Lacan	145
<i>Deux cas cliniques</i>	145
– Serge Leclaire : « Les hirondelles »	145
– Gisela Pankow : la chaîne rouge et la voix de l'agent de police	148
<i>Refoulement et forclusion</i>	153
 Chapitre 5. La compréhension lacanienne des psychoses	155
<i>La barre et la critique du signe</i>	155
– La barre, indice du rapport entre signifiant et signifié	155
– La critique du signe	158
<i>La notion de générateur</i>	160
<i>La chaîne signifiante</i>	164
– Deux réseaux : signifiants et signifiés	164
– Premier réseau : l'axe synchronique	165
– Deuxième réseau : l'axe diachronique	168
<i>Les axes du langage</i>	172
– Il existe deux axes du langage	172
– La chaîne signifiante est inaugurée par un sujet	177
– Pas de discours sans objet de désir	180
<i>Les signifiants clés</i>	183
– Une représentation de chose	183
– Le phallus est signifiant lorsqu'il manque	187
 Chapitre 6. Déclenchement et arrêt du processus psychotique	193
<i>La non-inscription phallique</i>	193
<i>La constitution du sujet unifié</i>	194
<i>Le praticable</i>	197
<i>Joséphine, ou la métamorphose délirante</i>	203
<i>Une identification imaginaire pour soutenir la construction psychique</i>	208

Chapitre 7. Du praticable au sinthome.	211
<i>De l'imaginaire au symbolique et enfin au réel</i>	212
<i>Le nœud borroméen</i>	216
<i>La schizophrénie, structure dénouée</i>	220
Conclusion	225
Bibliographie	227
<i>Ouvrages et articles nominaux.</i>	227
<i>Revue, articles divers, ouvrages collectifs, comptes rendus de congrès.</i> .	245
<i>Articles EMC</i>	250
Index	255
Index des noms propres	279

*à ma fille Tina Oury
à ma petite-fille Alice*

*à mes amis
Jean-Baptiste Domeneghini
Sarah Rayr-Salomonovicz
Catherine Verney*

pour leur aide précieuse

*à la bande du séminaire « Asie » d'Euro-Psy :
Hassen Chedri
Catherine de Luca-Bernier
Philippe Bernier*

*pour leur présence
et leur soutien efficaces*

INTRODUCTION

À l'inverse d'un précédent ouvrage, *Figures du réel*, j'ai voulu qu'*Essais sur la schizophrénie* soit didactique. Il s'appuie sur un recueil de cours de psychopathologie dispensés à l'UFR de Sciences humaines cliniques de l'université Paris VII Denis Diderot dans les années 1980. Il s'adresse non seulement aux étudiants en psychopathologie, mais à tous ceux – psychanalystes et psychothérapeutes y compris – qui sont confrontés à cette « relation d'inconnu » propre aux psychoses et aux schizophrénies. On me dit que j'aurais eu avantage à publier cet ouvrage avant le précédent. Cependant, les idées avancées dans *Figures du réel* permettent un abord plus concret des questions fondamentales propres à la clinique.

La première de ces questions – et ce n'est pas la moindre – envisage les symptômes de ce qu'on regroupe généralement sous le terme de psychose : schizophrénie, paranoïa, mélancolie. Question d'autant plus pressante que dans les milieux militants pour le respect de l'individualité humaine, on entend dire que la psychose ne serait pas une maladie. La seconde question tient au statut du sujet ; celui qu'on devrait soi-disant respecter en dehors de la référence à la maladie. La réponse à cette question est d'ordre éthique : nous sommes responsables de l'autre, comme le dit Levinas :

« Au départ, peu m'importe ce qu'autrui est à mon égard, c'est son affaire à lui, pour moi, il est surtout celui dont je suis responsable¹. »

C'est sur cette phrase que je terminais les *Figures du réel*. Elle est un soutien pour entamer cette nouvelle réflexion : c'est cette responsabilité qui nous fait un devoir d'accueillir le patient, tout en nous interrogeant sur notre désir de clinicien ou d'analyste à nous y engager.

L'intérêt que les cliniciens manifestent depuis plusieurs années pour la schizophrénie n'est pas soutenu par une vaine curiosité. L'histoire de la psychiatrie nous montre que, progressivement, la connaissance des mala-

1. E. Levinas, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, Le livre de poche, biblio-essais, 1991.

dies psychiques s'est étendue, que le pessimisme thérapeutique face aux manifestations des maladies mentales s'est assoupli et a fait place à des tentatives de prise en charge des symptômes, soit par des moyens physiques, soit au fur et à mesure de la connaissance des causes psychiques des maladies, par des dispositifs tentant de ramener les incidences de ces causes à de moindres effets. De plus, s'est adjoint à l'arsenal thérapeutique tout ce que la science bio-chimio-neurologique a développé en traitant le corps malade de son-être-au-monde comme un cerveau dysfonctionnant. Là encore pourquoi ne pas faire mieux fonctionner un cerveau dysfonctionnant si c'est l'être de l'homme qui en bénéficie ? Mais tous les progrès de la connaissance n'éteignent pas le feu qui alimente en chacun le malaise de l'inconnu trouvant en nous l'écho de questions sans réponses. Et si nous devenions fous, nous aussi ? Chacun de nous en a peur lorsque le malaise de la civilisation se fait plus pressant. Angoisse du lendemain, familles dissociées, amours impossibles, chômage et précarité de la vie, harcèlement social, mort terroriste. Déprime, déprime, déprime... Qui n'a pas tâté de cette assertion des anciens reprise par Lacan : la folie est au cœur de l'homme ? Oui, mais surtout qu'elle y reste ! La grande peur de la folie se rencontre bien souvent dans les salles d'attente des psychiatres qui ont à traiter le malaise de la civilisation et l'angoisse profonde de l'homme croyant perdre son humanité. C'est un puissant encouragement à aller y voir de plus près, à essayer de comprendre, à tenter de se donner les moyens de limiter son impuissance face à la folie, ou face à la peur de celle-ci, ou à affronter son développement lorsqu'elle est là qui vous interpelle. Comment faire face ?

Dans un premier temps, la psychose nous apparaît comme une étrangeté. Comment, dès lors, entrer en relation avec le sujet qui vit cette étrangeté ? Avec un sujet pour qui l'enfer est évidemment les autres, alors qu'entre les autres et soi-même il n'y a plus de langue commune ? Comment entendre ? Comment se frayer patiemment une voie vers l'autre, réinventer avec lui une langue qui ne fasse pas l'économie de son désarroi ni de son rapport singulier au corps ? Avec un schizophrène, c'est particulièrement difficile. Le lien est délicat à élaborer. Souvent, on attend du psychiatre une solution miracle. La famille se décharge de l'angoisse de la prise en charge du sujet malade sur « l'homme de l'art » de la clinique. Qu'en est-il de cette prise en charge ?

Dans la culture psychiatrique et psychanalytique actuelle la psychose intéresse. Comment peut-on travailler dans une institution lorsqu'on est infirmier, psychologue ou psychiatre, et qu'on attend de nous non pas des accueils ou des rencontres, mais des « prises en charge » ? Dans certains lieux, la « prise en charge » précède même le psychologue nouveau venu

pour prendre son poste dans l'institution (CMP par exemple). Les demandes étant nombreuses, lorsqu'un poste est pourvu, il n'est pas rare que le psychologue se trouve à la tête d'une liste d'attente complète de « prises en charge » programmées, sans qu'il ait eu son mot à dire ni son choix à faire. L'enfant ou l'adulte qui attend pour le consulter a-t-il encore moins ce choix ?

Certes si le clinicien a choisi ce travail c'est qu'il y trouve son compte du côté du désir. Ce qui importe quand on est en relation avec un psychotique, c'est que l'on y est jamais « pour rien ».

Les questions que l'on doit se poser sont élémentaires autant qu'essentielles : « Qu'est-ce qu'on vient faire là, dans ce lieu où vivent les fous ? À quoi vient-on se confronter et dans quel but ? » S'agit-il de retrouver quelque chose de soi-même par rapport à l'autre ? Est-ce pour faire de l'antipsychiatrie ou une forme de psychothérapie inédite ? De quel pari s'agit-il ?

On parie sur un parcours positif qui impliquera une position du soignant dans laquelle le malade sera reconnu comme autre, en tant qu'il parcourra un chemin singulier qui sera nécessairement le sien, hors programme thérapeutique. La thérapie, en tant que projet, est aussi un pari sur les pulsions de vie.

Poser le problème comme tel ne va pas sans une certaine ambiguïté. On peut se trouver dans une forme de relation intersubjective qui sera à l'inverse de l'intention affichée : le respect de l'individualité de la personne qui est en face de nous. On en revient alors aux questions les plus essentielles : « Qu'est-ce qu'une prise en charge authentique ? »

L'acceptation, ou non, de la différence radicale que le psychotique propose entre lui et nous est sans doute le point le plus important. Comme le souligne Lacan, pour le psychotique, l'autre représenté en l'occurrence par le médecin auquel il est confronté est un masque, un leurre, plutôt vécu comme mal intentionné.

Il faut donc vraiment croire à ce qu'on fait, lorsqu'on exerce le métier de rencontrer des psychotiques pour les aider. À propos de notre position thérapeutique par rapport à un psychotique, rappelons la réponse de Lacan à qui on avait posé la question de savoir si on peut guérir les psychotiques : « Mais bon Dieu qu'est-ce qu'on foutrait là alors ? »

C'est pour contribuer à donner des points de repère aux praticiens qui, comme moi, se confrontent à la psychose, que j'ai entrepris cet ouvrage. Mon objectif est de montrer comment les psychotiques, et les schizophrènes en particulier, vont nous amener à comprendre, à travers leur souffrance, que les symptômes qu'ils mettent en avant et qui sont si

2. Jacques Lacan aux journées de l'École freudienne de Paris, Strasbourg, 1976.

« fous » sont des constructions qu'ils échafaudent pour résister à une désorganisation psychique. Celle-ci priverait leur vie de tout sens, de toute humanité, et les conduirait à une mort psychique. Ces constructions traduisent un défaut de leur structure qui les condamne à toujours réagir de cette façon folle à chaque phénomène nouveau venant bouleverser leur équilibre. Lorsqu'on peut avoir accès, par l'analyse, aux mécanismes de défense que ces malades mettent en place, on peut approcher le défaut de structure qui semble la cause de toute leur organisation psychique. Alors, on peut tenter de pallier ce défaut par des dispositifs que la théorie psychanalytique nous permet d'imaginer.

Je tenterai d'abord de montrer comment se sont donnés à entendre les différents symptômes de la schizophrénie ; comment, à travers l'histoire de la psychiatrie, cette maladie a été de mieux en mieux appréhendée, depuis les premiers aliénistes du XIX^e siècle jusqu'aux travaux de Bleuler, puis de Freud, et enfin de Lacan et des psychiatres contemporains.

Ensuite, je tenterai de montrer comment le décryptage des mécanismes de défense propres à la psychose s'est développé avec les travaux de Freud, puis de Lacan et Pankow, et comment ce décryptage a pu donner des points de repères pour comprendre progressivement la structure des malades psychotiques. Ce faisant, cette appréhension donne quelques moyens pour inventer des prises en charge développant des dispositifs de soins propres à cette structure. Je montrerai comment la connaissance progressive de la structure schizophrénique va ouvrir la voie à une compréhension des modes de prise en charge à développer pour travailler avec des patients schizophrènes. Dans l'ouvrage qui fera suite à celui-ci, je rassemblerai des travaux cliniques illustrant et développant le point de vue que je présente ici au plan théorique.

J'ouvrirai ainsi le débat : comment pallier ce défaut de structure. Lorsque cela est possible, cette démarche aidera-t-elle à « guérir » le schizophrène ? C'est la question centrale quand on entreprend un travail sur le défaut dit « de structure » de la psychose, dont « la forclusion du Nom-du-père », conceptualisée par Lacan, est un exemple. Il y a une forme d'avènement qui n'a pas eu lieu dans l'évolution du sujet et qui ne s'est pas inscrite dans le psychisme de celui-ci. Comment va-t-on réparer cela ? Est-ce possible ? Peut-on faire une prothèse dans la structure ? Même si le résultat est fragile, le terme de guérison ou d'équilibre hors crise³ pour les psychoses est évoqué, et cela fait scandale.

3. C. Calligaris, « La structure psychotique hors crise – question préliminaire » dans *L'abord des psychoses après Lacan*, 1958-1993, Point hors ligne, Bordeaux, 1993, p. 89-92.

Un autre versant de mes questions est convoqué tout naturellement par l'histoire. Comment en est-on là aujourd'hui ? D'où entend-on le discours fou ? Quelle place l'histoire des idées sur la folie et notre destin personnel nous ont-ils réservée pour prendre ce rôle d'écoute de la folie ? Alors, naturellement, le regard se porte sur le passé ; celui des courants psychiatriques et des déchiffrements nosographiques.

L'intérêt se resserre sur la question des structures et des mécanismes de défense de la psychose. Question qui ouvre éventuellement sur une issue. Y en a-t-il une pour un fou ? Peut-on guérir de la folie, ou du moins s'en sortir ? Comment aborde-t-on les fous ? Cela revient à évoquer les pionniers de la prise en charge des personnes devenues « malades » par la grâce des premiers aliénistes. Et de se tourner vers les premiers thérapeutes, ceux qui nous ont éclairés sur la clinique et ont témoigné de leurs efforts pour la reconstruction du patient, à partir de l'étude des mécanismes psychotiques que leur pratique leur a permis de rencontrer !

Je reprendrai ces questions dans la seconde partie, *Essais sur la schizophrénie et le traitement des psychoses. 2. Les créateurs de l'Impossible.*

PROLÉGOMÈNES

LA SCHIZOPHRÉNIE : HISTOIRE D'UN CONCEPT

C'est seulement depuis le milieu du siècle dernier que les théoriciens et les cliniciens de la santé mentale purent concevoir que la psychose n'était pas inaccessible aux soins. Les psychothérapies n'excluaient plus les malades schizophrènes. Contrairement à l'opinion la plus courante, la schizophrénie est une affection très fréquente, sans doute la maladie mentale la plus répandue. En 1962, une enquête sur la population européenne montrait qu'au regard du nombre d'hospitalisations, toutes affections physiques et psychiques confondues, 50 % des lits étaient occupés par des schizophrènes. À ceux-là s'ajoutaient les malades suivis de façon ambulatoire et les schizophrénies dites à « bas bruit », non traitées. On arrivait à 2,4 % de la population. Les statistiques n'ont pas baissé en 2004, même si elles sont distribuées autrement en raison de l'ouverture des hôpitaux sur l'extérieur et dans les structures extra-hospitalières. De plus, si le traitement des malades a évolué, l'épidémiologie n'a guère changé, et on ne sait que trop peu agir préventivement.

2,4 % de malades ? Où étaient-ils ? On ne les voyait pas, et pour cause ! Ils se trouvaient, avant la loi de 1990, dans les hôpitaux psychiatriques. Or, en région parisienne et par la volonté du baron Haussman, ils étaient dispersés dans la grande couronne autour de Paris, loin des regards. Et même si les pouvoirs publics tentaient de vider ces lieux d'un grand nombre de leurs occupants, grâce aux lois comptables dites du budget global et de la nouvelle politique de santé, cela n'affecterait en rien les statistiques. Cependant, depuis plusieurs années, les émissions de télévision ont levé le voile sur cette réalité, permettant un assouplissement de la vision de la folie. On parle moins de folie et de maladie mentale, et plus de troubles psychiques. Le regard a un peu changé face à une même situation.

Mais qui dit maladie psychique dit souffrance pour soi et en face des autres, lesquels, pour la plupart, n'en ont qu'une idée convenue.

Revenons à la schizophrénie. Son évolution hors traitement, et même avec, tend à la chronicité, avec des rechutes cycliques, des rémissions rarement totales, mais qui laissent le plus souvent des séquelles psychiques difficilement réversibles.

Lorsqu'on sait que c'est une maladie qui atteint en priorité des sujets jeunes (adolescents ou jeunes adultes, de 16 à 30 ans), on saisit l'importance du diagnostic : celui-ci doit être réalisé très tôt, car plus la prise en charge intervient tard, moins la maladie est sensible au traitement. C'est pourquoi on insiste tellement sur la reconnaissance clinique des formes de début de la schizophrénie chez les adolescents, pour lesquels il est possible d'intervenir vite. Le problème est malaisé à résoudre, car la crise d'adolescence normale peut prendre, par son atonie et son mouvement même, des aspects pseudo-psychotiques qui ressemblent à s'y méprendre à certains débuts de psychose¹.

Les formes cliniques du début de la maladie se manifestent notamment par des symptômes communs à d'autres pathologies : pseudo-névrotiques, pseudo-hystériques, à grand spectacle. Il y a des formes à reconnaître très tôt car, depuis la fin du siècle dernier, il existe des traitements, aussi bien sur le plan médicamenteux que sur le plan psychothérapique, voire psychanalytique, traitements qui sont naturellement sujets à controverse.

Les prises en charge institutionnelles et les organisations extra-hospitalières qui permettent aux patients de mener une vie aussi normale que possible sont maintenant très développées et s'appuient sur une connaissance de la structure psychique du sujet malade. L'articulation entre cette structure et le rapport au monde particulier pour chaque psychotique nous fait un devoir de créer des espaces de vie pour ces personnes. Les soignants qui en ont la responsabilité ont commencé à penser, depuis quelques décennies, à l'aménagement des relations de soins ainsi qu'à un environnement social plus humanisé, ce qui n'est pas le cas dans l'hôpital psychiatrique traditionnel. Bien entendu, ces aménagements, organisés et mis en place depuis la dernière guerre par le développement de la psychothérapie institutionnelle, de la politique de secteur ou d'expériences pilotes privées, demeurent compatibles avec la prescription des thérapeutiques médicamenteuses récentes, dont on ne peut méconnaître les résultats très positifs. Je ne m'attacherai pas à traiter la question très importante du traitement médicamenteux, ce que je devrais faire si mon but était de donner une présentation complète de la question de la prise en charge des schizophrènes. Mon objet est autre. En effet, les traitements chimiothérapiques s'appuient sur le découpage des symptômes ou la description cli-

1. G. Michaud, *Figures du réel*, Paris, Denoël, 1999, ch. 8, p. 175-204.

nique – qu’il est nécessaire d’aborder – mais ne tentent pas d’appréhender ce qu’il en est du sujet, de sa structure, de ses manifestations, ce qui est plutôt mon propos. Cela engage mon expérience, dont je rendrai compte, du côté de la psychanalyse freudienne et lacanienne.

Cependant, avant d’évoquer la prise en charge thérapeutique, il convient de faire le point sur la psychiatrie contemporaine, celle des entités nosographiques cliniques et des découpages qui se retrouvent, à des degrés divers, dans la clinique actuelle. Pour cela, il nous faut entreprendre l’historique de la notion de schizophrénie, hors le démembrement que lui a fait subir l’échelle DSM² actuellement IV et V³, puis étudier la clinique psychiatrique traditionnelle. Ce parti pris est assez général :

« Actuellement, dans les réunions de psychiatrie, il est de bon ton de prôner un retour à la classification française des maladies mentales, voire un retour à une psychopathologie spécifiquement française, bref de revenir à une “psychiatrie française” injustement mise à mal par la machine de guerre de la psychiatrie américaine et son cheval de Troie, la DSM [ou sa vassale, la CIM10]⁴. »

Cette « psychiatrie française » nous permettra d’aborder les questions du défaut de structure, des mécanismes de défense et de reconstruction produits par la psychose et les dispositifs thérapeutiques à proposer pour aider le malade à vivre sa maladie avec une moindre souffrance.

Dans le travail analytique, on emploie souvent des concepts tirés de la psychiatrie classique, mais les tableaux cliniques ne se recouvrent pas et encore moins depuis que le DSM s’en mêle. Il faut donc bien connaître les tableaux cliniques psychiatriques pour pouvoir aborder le versant psychothérapique chez les schizophrènes et chez les psychotiques en général.

Nous exposerons en premier lieu la préhistoire du concept de schizophrénie avant Bleuler, puis les descriptions cliniques bleulériennes, héritage dont la connaissance est nécessaire comme point de repère pour des mises en questions sémiologiques, puis les formes de début de la schizophrénie :

– les formes insidieuses, larvées, les plus problématiques ;

2. Système de classification des maladies mentales élaboré aux États-Unis et maintenant utilisé en Europe. Il modifie sensiblement la nosographie classique. Son utilisation se généralise (voir note suivante). De nombreux psychiatres et psychanalystes français y sont réfractaires, dont l’auteur de cet ouvrage.

3. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association (version internationale, Washington DC, 1995), DSM-IV, Paris, Masson, 1996.

4. B. Bonfils, « La tentation obsidionale de la psychiatrie française », *Synapse*, sept. 2003, n° 197, p. 1.

- les formes pseudo névrotiques, les schizophrénies simples ou latentes ;
- les formes aiguës, c'est-à-dire les bouffées délirantes dans la vieille terminologie française ;

Les différentes formes cliniques classiques de la schizophrénie peuvent parfois se combiner entre elles : hétérologie, catatonie, schizophrénie simple ; schizophrénie paranoïde et schizophrénie latente. La forme schizo-affective isolée par le DSM V, non décrite par les anciens, serait à prendre en compte.

INTRODUCTION À LA PSYCHOTHÉRAPIE DES PSYCHOSES

La prise en charge des malades psychotiques ne peut vraiment prendre forme qu'avec le soutien d'un travail en équipe. La relation individuelle avec un psychotique est de l'ordre du mythe. Un travail solitaire de cet ordre exigerait une forme de disponibilité du praticien peu concevable. Il faudrait consacrer à quelques patients des séances journalières, très longues, et cela pendant des années. C'est pourquoi la psychothérapie ne peut être « duelle ».

Cependant, une définition de la psychothérapie, bien que nécessaire, implique des conséquences tant théoriques que politiques.

C'est même l'enjeu d'un texte de loi récent, ex-amendement Accoyer permettant d'en contrôler l'exercice. Il faut dire qu'en l'absence de définition et de contrôle, quiconque sans diplôme et sans formation pouvait se déclarer jusqu'à maintenant psychothérapeute, les malades se trouvant ainsi sans protection contre un exercice parfois dangereux, entre les mains de sectes de toutes obédiences. C'est d'ailleurs dans le but de lutter contre les dérives sectaires de l'exercice de la psychothérapie que les législateurs étaient au travail depuis quelques années. Cependant, aux plans politique et éthique, l'usage que l'on pourrait faire de l'amendement Mattéi⁵ engage une vive polémique sur la façon de valider les instances, publiques ou privées, de l'exercice de la psychothérapie, et d'en fixer les limites. Les discussions se poursuivent sur l'éthique de la psychanalyse et sur le cap à tenir entre analyse laïque et analyse « thérapeutique », donc psychothérapie, ou psychothérapie d'orientation psychanalytique. Reprenant les apports de Freud à la question ainsi que les propositions de Lacan, selon lesquels si l'analyse soigne, c'est « par-dessus le marché », celle-ci doit être désarrimée théoriquement, cliniquement et politiquement de la question du « soin ». Reste que le soin au malade psychique impose quelques questions : qui va « soigner » ? Comment ? Où ? Formé par qui ?

5. Article 18 *quater* de J.-F. Mattéi, ex-amendement Accoyer, voté par le Sénat le 19 janvier 2004, réglementant l'accès à la profession de psychothérapeute.

Je me limiterai donc dans ce présent travail à affirmer ma position d'analyste, dans la continuité de ce que j'ai pu soutenir jusqu'à maintenant : pour moi, psychothérapie analytique ou psychanalyse⁶, la différence est dans le dispositif aménagé par l'analyste et les enjeux qu'y met le patient, mais aussi dans les références théoriques qui imposent le primat de la reconnaissance de l'inconscient, du transfert, comme pôles majeurs de la doctrine freudienne et du respect du sujet que Lacan nous a appris à soutenir.

Il n'en reste pas moins qu'une des données importantes à retenir pour la définition de la thérapie, comme le soutenait Danièle Brun à une réunion d'Espace analytique⁷, reste dans les capacités que chacun a de la *transmission* de son expérience, appuyée sur un corpus de référence – freudienne en l'espèce – validé par une reconnaissance scientifique (au sens large) des pairs qui sont amenés à la reconnaître.

Ainsi, nous retrouvons cette définition déjà ancienne de Leclaire, appuyée sur cet aspect de la *transmission*. La psychothérapie, c'est

« la nécessité fondamentale de pouvoir rendre compte rationnellement de l'expérience qui se développe entre le patient et le thérapeute⁸. »

Cette définition de la psychothérapie pourrait être aussi la définition de l'analyse, et même celle de « la passe », cette expérience qui, au fond, était au soubassement de l'École freudienne, et qui est encore l'enjeu de différentes scissions entre groupes et écoles psychanalytiques.

« La passe », c'est pouvoir rendre compte de l'expérience qui se développe entre le patient et l'analyste, mais vu du côté du patient devenu analyste.

Une fois rappelé le sens dans lequel j'emploie le terme psychothérapie – et le lecteur l'acceptant tel que je viens de le présenter – on peut dire que de nouveaux concepts sont nés de la psychothérapie des psychotiques, concepts distincts de ceux en usage dans l'analyse des névrosés. Repenser la psychose demeure néanmoins une entreprise encore inaboutie.

On peut dire que dans le *champ de la névrose*, la demande de psychothérapie, ou d'analyse, implique un rapport constitué entre deux personnes, une relation intersubjective, ambiguë et complexe, mais qui demeure dans le cadre psychanalytique habituel. Dans ce cadre, la demande, qui est demandée à l'autre, articulée au transfert, permet une dynamique – hautement paradoxale – de la cure. Ce qu'attend d'ordinaire le sujet dans ce pro-

6. Michaud, *op. cit.* p. 256.

7. Réunion d'« Espace analytique » du 6 novembre 2003 pour la discussion de l'amendement Accoyer.

8. S. Leclaire, *Écrits pour la psychanalyse 2, Diableries 1995/1994*, Le Seuil/Éditions Arcanes, mars 1998.

cessus analytique, c'est d'être débarrassé d'un parasitage symptomatique qui l'encombre, le paralyse ou se greffe sur ce que l'école américaine a convenu d'appeler le « moi ». Cette personne parasitée, névrosée, a une mémoire préservée même s'il existe des scotomes. Le processus de refoulement est normal et la mémoire opérationnelle. Les inscriptions inconscientes demeurent, ce qui implique des possibilités d'association vivaces et exclut la psychose. Le sujet névrosé possède des mécanismes de pensée et une adhésion au code linguistique commun qui peut permettre à l'autre qu'est l'analyste de suivre le mouvement, même singulier, de la pensée de son patient.

Dans le travail analytique, écouter, c'est opérer un déchiffrement des symptômes, car du côté de l'analyste, le silence n'est pas exempt de scansion signifiantes. L'affectivité peut être saisissable, le sentiment du sujet d'habiter son propre corps n'est pas entamé.

Dans le *champ de la psychose*, la demande n'est pas du même ordre. Le rapport à l'autre est transfiguré par le délire, transformé par les défenses psychotiques, par l'angoisse et par la nécessité de maintenir un équilibre minimum dont l'analyste doit tenir compte. La pensée est faite de bribes, elle est empêchée, entortillée. L'organisation des symptômes ne permet pas au psychotique de les vivre en tant que parasitage, comme pour le névrosé, mais en tant que manifestation d'un monde spécial, d'où il va se défendre contre l'intrusion du monde réel, mais étranger ou dangereux pour lui.

Les symptômes, dans la psychose, sont la manifestation du bouleversement, de l'éclatement du moi. Dans la psychose, il s'agit bien du moi dans ce qu'il a de « limité ». Ses limites doivent justement être questionnées en tant que participant de ce qui est le « moi corporel ». L'éclatement, le bouleversement du moi psychotique, son annulation, vont interdire un travail analytique sans préparation. Ce qui signifie que l'on ne peut évoquer l'analyse des psychoses qu'une fois rétabli un certain nombre de points fixes, de ponts, de prothèses par rapport à des instances qui, chez les névrosés, sont bien posées. Une fois que ces ponts, par rapport aux espaces psychiques complètement effondrés, seront réparés (bien que le terme de réparation ne soit plus à la mode), on pourra tenter une forme de communication. Encore faut-il pouvoir maintenir l'arc intentionnel du sujet, ébauche du désir, très problématique chez le psychotique.

Pour concevoir une analyse des psychoses, il faut pouvoir préparer le sujet à accueillir un désir d'analyse, alors que sa demande, au départ, est une demande de soin, de mieux-être. Le psychotique cherche à se débarrasser non pas de sa psychose, qui est l'ordinaire de son mode de vie, mais de sa souffrance, de son angoisse. Parfois, il le formule même en ces termes.

Le travail analytique est un travail de décryptage à partir du matériau que forment les chaînes associatives. Tant que l'on n'a pas réparé cette