Le savoir du schizophrène : actualité des traitements

Claire Annino Annino Zicot

▶ **To cite this version:**

Claire Annino Annino Zicot. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements. Psychologie. Université Rennes 2, 2017. Français. NNT : 2017REN20027 . tel-01585695

HAL Id: tel-01585695
https://theses.hal.science/tel-01585695

Submitted on 11 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE

THESE DE L'UNIVERSITE DE RENNES 2
sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne
pour obtenir le titre de
DOCTEUR en Psychologie
Mention : Psychologie
Ecole doctorale Sciences Humaines et Sociales

présentée par
Claire Annino-Zicot
Préparée à l'Unité de recherche (EA 4050)
De Rennes 2
Recherches en psychopathologie : Nouveaux symptômes et lien social

Le Savoir du Schizophrène
Actualité des traitements

Thèse soutenue le 7 JANVIER 2017
devant le jury composé de :

Jean-Claude MALEVAL
Psychanalyste, Professeur émérite des universités, Rennes 2 / *président*

Alain VANIER
Psychanalyste, Professeur des universités, Paris VII / *rapporteur*

Sidi ASKOFARE
Psychanalyste, Professeur des universités, Toulouse II / *rapporteur*

Caroline DOUCET
Psychanalyste, Maître de conférences, Paris VIII

Alain ABELHAUSER
Directeur de thèse

UNIVERSITÉ RENNES 2 – HAUTE BRETAGNE
Unité de Recherche EA4050
Ecole Doctorale - Humanités et Sciences de l'Homme

Sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Le savoir du Schizophrène
Actualité des traitements

Thèse de Doctorat

Discipline : Psychologie

Présentée par Claire ANNINO-ZICOT

Directeur de thèse : Alain ABELHAUSER

Soutenue le 7 JANVIER 2017

Jury :
Mr Alain VANIER, Psychiatre, Psychanalyste, Professeur des universités à Paris VII – Denis Diderot (Rapporteur)
Mr Sidi ASKOFARE, Psychanalyste, Professeur des universités à Toulouse II – Jean Jaurès (Rapporteur)
Mr Jean-Claude MALEVAL, Psychanalyste, Professeur émérite des universités, Rennes 2
Mr Alain ABELHAUSER, Psychanalyste, Professeur des universités, Rennes 2 (Directeur de thèse)

A Arnaud,

A mes parents, Hélène et Jacques

« *L'écrit fait le pari d'un possible réveil. Ecrire est un acte d'où est attendue une rupture. En attendant, il s'adresse à celui qui veille.* »
Yasmine Grasser, 2000

Avant-propos

Le désir de mener cette recherche est né de ma pratique de psychologue clinicienne dans une unité de soins pour adultes souffrant de psychose infantile et d'autisme. Lorsque je suis arrivée, ce fut pour moi une rencontre. Une rencontre d'abord avec ces sujets, dont la souffrance rend impossible la vie en dehors de la structure hospitalière. L'angoisse et l'insupportable liés aux symptômes imposent au clinicien de réviser sans cesse sa position. Pourtant, dans le bruit et la fureur, ce sont aussi des personnes qui manifestent une singularité absolue.

Ensuite, c'est la rencontre avec des professionnels qui accompagnent au quotidien ces sujets. Alors que l'hospitalisation implique un début et une fin. Une prise en charge inscrite dans le temps. L'unité d'hospitalisation se pose ici, nécessairement, comme un lieu de vie. L'unité s'est construite comme une vacuole par rapport au discours commun. Il s'agit de consentir à l'impossible pour ces sujets de faire avec un discours établi. De supporter une clinique rude, difficile d'accès du fait de la massivité des défenses des sujets. Le défi que ces équipes relèvent au quotidien consiste à mettre au travail le lien social, d'inventer, de soutenir les subtiles constructions, et parfois les petits apaisements. Alors même que le contexte médico-économique actuel tend à forclore, dans nos pratiques en psychiatrie, la question de la subjectivité : celle du patient et celle du soignant.

Ce travail, « Le savoir du schizophrène », est donc issu de la volonté de faire valoir le savoir et le savoir-faire de ces patients, trop souvent ignorés, et d'un lieu qui se soutien d'un idéal et d'une éthique en rapport avec la psychanalyse. D'autre part, cette recherche est pour moi la mise au travail des impasses rencontrées dans ma pratique auprès de ces sujets. De mon désir de savoir et de transmettre ce qu'ils m'enseignent.

Que le lecteur me pardonne les explorations excessives, mais j'ai tenté d'établir en logique, à partir de ma pratique et de mes lectures ce qui pouvait nous amener à parler légitimement du savoir du schizophrène. Alors même que la littérature psychiatrique s'accorde pour dire qu'ils sont en défaut du côté du savoir.

J'ai mené ce travail sur quatre années, en menant mes recherches et l'écriture de façon simultanées. Je me suis donc peu intéressée aux théories ou conceptions d'autres champs que la psychanalyse d'orientation freudienne et lacanienne. Je me suis servie de ce qui constitue mes références théorico-cliniques dans ma pratique actuelle. Elles ne font pas vérité, mais il s'agit de ma boussole.

Résumé

Cette recherche vise à rendre compte de la clinique auprès de sujets *dits schizophrènes*. Nous avons cherché à démontrer l'hypothèse selon laquelle il est légitime de parler du *savoir* du schizophrène, alors même que les cas présentés concernent des personnes confrontées, sans voile, à l'incidence de la jouissance sur le corps et dans le langage. Pour cela, nous nous sommes d'abord intéressés à la schizophrénie comme concept dans l'histoire de la psychiatrie. Il s'avère que la schizophrénie est un champ confus, qui nous conduit à dire de façon provocante qu'elle n'existe pas. Ce qui existe, ce sont des sujets qui font trou dans la classification. Avec la psychanalyse et les enseignements de Freud et Lacan, nous opérons alors un choix éthique, stratégique et politique, dans la mesure où ils nous permettent, en théorisant la fonction du sujet, de proposer une approche de l'incurable qui dépasse les limites du sens commun. Dès lors, le savoir du schizophrène concerne le statut de l'être humain en tant que corps parlant. Loin d'être en défaut, c'est un sujet en excès. Pour faire limite à la jouissance, si le sujet ne dispose pas de l'articulation signifiante, il nous enseigne que nous avons à notre disposition le semblant, mixte d'imaginaire et de symbolique. Nous avons ensuite exploré la voie de l'affect : l'angoisse et l'amour. La première, en tant que voie d'accès à ce qui n'est pas signifiant, la seconde en tant que lien entre les êtres parlants qui permet d'inclure le réel. Le dernier chapitre interroge la façon dont la schizophrénie, en tant qu'elle a rapport au hors-sens, peut éclairer le clinicien sur la façon dont la société contemporaine vit la pulsion.

Mots-clés : schizophrénie, psychiatrie, psychanalyse, savoir, traitement, corps, langage, jouissance, semblant

Abstract

This research aims to underline clinical facts with subjects suffering from schizophrenia. We have tried to demonstrate the hypothesis whereby it is possible to talk about the schizophrenic's knowledge even though the examples given were subjects facing without any protection the impact of the jouissance on their body and language. Therefore, we were interested in how schizophrenia as a concept would be throughout history in psychiatric theories and clinical practices. As schizophrenia is a vague field, it led us to think that it didn't exist. However, we have learned that patients seem to be in a gap of medical classification. Throughout psychoanalysis and Freud's and Lacan's teaching, we have made an ethical, strategic and political choice. In fact, they have theorize the function of the subject by proposing a method which treats what's not curable and what's beyond common meaning. Henceforth, the schizophrenic's knowledge concerns the status of human being as a speaking body. Far from being lacking, it is exceeding. In order to limit the jouissance for a subject which doesn't have the signifying articulation, we have learned that we have at our disposal the semblance which combines imaginary and symbolic. Then, we have explored the affect field which includes anxiety and love. Anxiety enables the subject to have access to the semblance, than love as the bond between speakers allows it to incorporate real. The last chapter discusses the way schizophrenia by it's relevance to the outside meaning, can help the clinician to see how today's society experiences the drive.

Keywords: schizophrenia, psychiatry, psychoanalysis, knowledge, body, language, jouissance, semblance

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier :
Monsieur Alain Abelhauser d'avoir accepté de diriger ce travail de recherche et pour ses conseils.
Monsieur Jean-Claude Maleval pour avoir accepté de présider ce jury,
Monsieur Alain Vanier pour avoir accepté d'être membre du jury et d'être rapporteur,
Monsieur Sidi Askofaré pour avoir accepté d'être membre du jury et d'être rapporteur.

Ma reconnaissance va
A Arnaud, pour son amour, sa patience et son soutien
A ma mère Hélène et mon père Jacques, pour ce qu'ils m'ont transmis
A ma famille,
A ma belle-famille

Un grand merci
A mes amis, Aurélie et Iven Gastard, Stéphanie Le Flour, Marion Le Goff,
Pour leur soutien, leur conversation et leur présence qui m'ont permis de retrouver souvent mon souffle dans ce travail.

Aux équipes du Pôle Borromée à Quimper,
En particulier les professionnels de La Canopée et Nicolas Chever,
Pour le travail que nous faisons ensemble sur le terrain,
Votre inventivité et votre résistance

A L'équipe de l'Unité Médico-psychologique,
Qui se voue à son travail sans céder au pessimisme,
A L'équipe d'Héol

A Christine Chanudet et Gerard Hue
Pour leur clinique et tout ce qu'ils m'ont appris.

A mes collègues de l'EPSM Gourmelen à Quimper,
Et en particulier Sébastien Rose pour ses conseils et sa relecture

A l'Antenne clinique Brest-Quimper,
A l'Association de la Cause Freudienne Quimper-Brest-Morlaix,
Dont les enseignements et activités ont beaucoup apporté à ce travail.

Et surtout merci à tous les adultes que je rencontre et que j'ai pu rencontrer dans ma pratique clinique, qui m'ont enseignée et m'enseigne, et sans qui cette recherche n'aurait pas été possible.

Sommaire

Avant-propos **9**
Résumé **10**
Abstract **11**
Remerciements **12**
Sommaire **13**
Introduction **18**
Partie I – La schizophrénie : un champ confus **22**
Chapitre 1: Qu'est-ce que la schizophrénie ? **23**
1.1.1. Naissance du concept. 23
a. Le contexte épistémologique, « la schizophrénie avant la schizophrénie » 23
b. La démence précoce de Kraepelin 29
c. Le passage de la dementia praecox au groupe des schizophrénies 36
1.1.2. Le concept et ses remaniements épistémologiques en psychiatrie 52
a. Les destins de la libido 52
b. Critiques et prolongements en Allemagne 63
c. Le concept de schizophrénie dans la psychiatrie française 65
1.1.3. Le déclin du concept de schizophrénie 78
a. Les approches biologiques en psychiatrie 78
b. Cognition et schizophrénie 89
c. Qui est schizophrène, qui ne l'est pas ? 95
Chapitre 2: Les discours sur la schizophrénie. **107**
1.2.1. Les grandes thèses 107
a. Déviance de la position freudienne 108
b. Une pratique contre-transférentielle des psychoses 120
c. Les contextes 132
1.2.2. Des pratiques cliniques 139
a. La portée thérapeutique de la notion de schizophrénie 140
b. Les approches systémiques 142
c. Clinique bio psycho sociale 150
1.2.3. Le problème éthique de l'organisation institutionnelle. 157
a. Psychothérapie institutionnelle 158
b. La sectorisation française 164
c. L'antipsychiatrie 166

Partie II – Psychanalyse et Schizophrénie 169
Chapitre 1: Du primat du symbolique au primat du réel 170
2.1.1. L'inconscient structuré comme un langage 171
a. L'inconscient structural 171
b. Aliénation et Séparation 172
c. Primat de l'Autre 173
2.1.2. Le concept de Forclusion du Nom-du-Père 175
a. Une approche non déficitaire de la psychose 176
b. La structure psychotique 177
c. Une clinique des conséquences 179
2.1.3. Le pôle paranoïaque de la psychose 180
a. Le conflit avec l'Autre 180
b. Le délire comme tentative de solution 181
c. L'ironie de Jacques Lacan 183
Chapitre 2: Une clinique différentielle fondée sur la primauté de la jouissance 186
2.2.1. Lacan 1, Lacan 2 187
a. Causalité imaginaire 187
b. Causalité symbolique 188
c. Causalité réelle 191
2.2.2. Le sujet de la jouissance 193
a. L'holophrase 194
b. La jouissance vient à causer ce qui se lit comme monde 196
c. Tout parlêtre se défend du réel et de la jouissance 197
2.2.3. Maladies de la mentalité 198
a. La dimension de la perte 199
b. Conversation pragmatique 201
c. Le dit-schizophrène 203
Chapitre 3: Une théorie de l'incurable ? 208
2.3.1. Clinique ironique 208
a. Qu'est-ce que l'ironie ? 209
b. Clinique et discours 211
c. Tout le monde délire 214
2.3.2. Une pragmatique de la psychanalyse 215
a. Le semblant 216
b. La thérapeutique 217
2.3.3. Le point de vue joycien 220
a. Joyce avec Lacan 220

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

b. Clinique borroméenne 223
c. L'interprétation topologique 225
Partie III - La schizophrénie : Une clinique enseignante 229
Chapitre 1: La rencontre avec le schizophrène. 230
3.1.1. Les conditions de la rencontre 230
a. Clinique du cas 231
b. Un pari 232
3.1.2. Rencontres cliniques 234
a. Point d'où 235
b. Entre le sujet et l'Autre 236
3.1.3. Hors discours 237
a. Le réel nu 238
b. Prendre appui du refus 241
c. Pas avoir de corps 243
Chapitre 2: Contre quoi le sujet schizophrène se défend-t-il ? 248
3.2.1. Un monde fragmenté 248
a. Qui pense à moi ? 248
b. Le circuit de la lettre 251
c. Etre parlé 253
3.2.2. Comment faire avec son corps ? 256
a. L'affolement de la pulsion 256
b. « C'est mon corps » 259
c. Matérialisation du semblant 260
3.2.3. L'excès de réalisme 263
a. Conversation avec un patient 264
b. Le monde de Candy 266
c. Ce qui ne peut pas se dire 270
Partie IV - Le savoir du schizophrène 276
Chapitre 1: Traitement / Auto-traitement 278
4.1.1. Les traitements possibles 278
a. La construction matérielle d'un bord 278
b. L'effet escabeau 282
c. Traduction 284
4.1.2. Secrétaire de l'aliéné 288
a. S//I//R//S 289
b. Secrétaire inventif 290
4.1.3. Le couple patient-thérapeute et le bout de réel en jeu 292

a. Partenaire-symptôme 292
b. Corps-à-corps 294
Chapitre 2. Une nouvelle alliance du sujet et de la pulsion **301**
4.2.1. Les paroles imposées 301
a. Les axiomes de Lacan 302
b. Le schizophrène et la machine fondamentale 304
c. Le schizophrène et la voix 307
4.2.2. Savoir, vérité et jouissance 309
a. Tenir la vérité à distance 310
b. L'anti-œdipe de Lacan 315
c. Que puis-je savoir ? 319
4.2.3. Un discours avec les signes de la jouissance ? 324
a. Ou je suis, Ou je pense 324
b. L'amour 328
c. Poésie 334
Partie V - Le savoir de la schizophrénie **342**
Chapitre 1: Le Monde du corps de Gunther Von Hagens **345**
5.1.1. L'anatomie révélée 345
a. « L'anatomie révélée à travers de véritables corps humain » 347
b. Human factory 350
c. Qu'est-ce que la plastination ? 354
5.1.2. Notes sur l'auteur 355
a. L'homme, par lui-même et ses proches 355
b. L'inventeur 358
c. Sa légitimité 360
5.1.3. Controverses 361
a. Comment ? 362
b. L'objet de l'œuvre 363
c. Qu'est-ce que ça montre ? 366
Chapitre 2: Ce que méconnaît l'homme normal **368**
5.2.1. La montée au zénith de l'objet a éclairée par la schizophrénie ? 368
a. La volonté de montrer et le désir de voir. 370
b. Perversion sociale et éthique du sujet. 373
c. Fantasme nécrophile 379
5.2.2. Modernité ironique 384
a. La ruine du lien social 384
b. Schizophrénie et civilisation 388

c. La norme de la psychose ? 391
Conclusion **396**
Bibliographie **404**
Table des matières **420**
Index des noms cités **426**

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Introduction

La schizophrénie n'existe pas. Ce qui existe ce sont des sujets qui font trou dans la classification, trou dans l'univers de discours.

Avec le groupe des schizophrénies, Eugène Bleuler a tenté de nommer, en rupture avec les conceptions psychiatriques de son époque, cette psychose. Il s'est intéressé aux malades, que Kraepelin avait rassemblé sous la catégorie de « démence précoce », « un groupe de folies bizarres et incohérentes », dont le pronostic était la dégénérescence. Bleuler s'inspire de la psychanalyse pour réorganiser le domaine des psychoses et formuler l'hypothèse d'un processus mental se traduisant par des symptômes particuliers, et ayant pour conséquence la perte de contact avec la réalité. Il s'appuie sur les conceptualisations freudiennes pour inférer une causalité inconsciente aux hallucinations et avancer que la symptomatologie puisse être « l'expression d'une tentative plus ou moins ratée » de sortir de l'angoisse. La théorie bleulérienne de la schizophrénie témoigne d'un savoir en construction, de la rencontre de la psychiatrie avec la psychanalyse, et surtout d'un projet clinique. La notion de schizophrénie brise les chaînes imposées par la notion de démence et, en avançant l'idée d'une rétrocession ou d'un arrêt du processus d'altération de la pensée, Bleuler donne l'impulsion à « une psychiatrie psychothérapeutique ». Autrement dit, la schizophrénie porte avec elle la transformation institutionnelle de la psychiatrie.

L'étude de l'histoire du concept révèle, toutefois, une confusion dans le registre des étiologies entre ce qui cause la maladie et sa constitution. La schizophrénie échappe à une théorie universalisante, et se trouve dégradée en une série de mécanismes fonctionnels, faisant l'impasse sur la causalité. Malgré les efforts des grandes institutions internationales (OMS, DSM), la schizophrénie pose le problème de l'approche scientifique du psychisme. L'invention de la schizophrénie coïncide avec une crise dans la discipline, et les remaniements successifs du concept seront marqués à chaque période par le courant prévalent. Autrement dit, dans l'histoire de la psychiatrie, le concept de schizophrénie ne trouvera jamais ni ses limites ni sa place.

Notre hypothèse est que la schizophrénie est alors l'expression de la psychiatrie de l'époque. Et, en conséquence, de l'être de l'homme, en tant que « la folie est le noyau de l'être humain »[1], selon le dit de François Tosquelles. La psychose, et la schizophrénie en particulier, en tant qu'elle incarne l'atteinte de la représentation du sujet, nous confrontent à la question : qu'est-ce que l'homme ? Qu'est-ce qu'avoir un corps ? Qu'est-ce que parler ?

Au niveau du collectif, des structures sociales, nous suivons le sillon tracé par Michel Foucault, selon lequel « la folie est présente dans l'horizon social ». Son « Histoire de la folie à l'âge classique»[2] visait à redonner à l'expérience de la folie une profondeur et un pouvoir de révélation qui avaient été, selon lui, anéantis par l'internement. Ainsi, il s'agit de cerner comment chaque époque vit la pulsion. Pour répondre de la fonction sociale de la

[1] Tosquelles, F., « L'enseignement de la folie – Entretiens », Dunod, 1992, p.190.
[2] Foucault, M., « Folie et Déraison. Histoire de la folie à l'âge classique », Paris, Plon, 1961.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

maladie mentale, nous suivrons l'enseignement de Jacques Lacan. En effet, la conception de la causalité psychique de la folie que Lacan fait valoir, inclut l'idée d'un choix originel. Avec le concept de « l'insondable décision de l'être », la psychanalyse s'oppose à tout déterminisme biologique. « Le fou est l'homme libre »[3] dit Lacan. Un homme libre au sens où il y a chez lui le rejet de « l'imposture paternelle ». Ce rejet implique une position subjective.

« L'inconscient structuré comme un langage », dit Lacan. Cela veut dire que c'est en venant habiter le langage que le sujet devient sujet, qu'il prend place dans la structure, et ainsi en acquiert une. Pour le discours analytique, le langage est déjà là dans tous les cas. Tout sujet est articulé à la présence de l'Autre comme lieu des signifiants : « ça parle de lui avant qu'il ne parle »[4]. Toutefois, l'aliénation au signifiant implique un choix du sujet d'accepter ou pas d'en passer par l'Autre. « L'insondable décision de l'être » concerne le refus ou le consentement à l'identification commune. C'est pourquoi choisir la division propre au langage ou la rejeter dépend de la position subjective de l'être. Il y a un choix, mais un choix « impensable ». C'est-à-dire que cette formule ne promeut pas la folie. Mais s'applique à cerner les conséquences pour un sujet lorsqu'il refuse de se soumettre à l'ordre symbolique.

Dès lors que nous introduisons la fonction du sujet dans notre considération de la schizophrénie, ça veut dire, au sens de Lacan, qu'on ne peut pas traiter la question en termes de déficit ou de dissociation[5]. De même, la structure, en tant qu'elle est la façon dont un sujet s'est constitué, organisé psychiquement, porte avec elle la notion d'incurabilité. La schizophrénie en tant que position subjective, implique de ne pas identifier le sujet à la chronicité. La reconnaissance du sujet conduit à une approche clinique spécifique qui s'intéresse au singulier, au symptôme plutôt qu'aux idéaux.

Ce que je propose dans ce travail consiste donc à cerner dans quelle mesure l'approche psychanalytique permet de cerner l'incurable et de proposer un traitement qui respecte le *style* propre au sujet. A partir de cas de notre pratique de psychologue, auprès de sujets adultes souffrant de psychoses infantiles, et hospitalisés en unité de soins psychiatriques, nous tenterons de répondre à ces questions : *Comment aider le sujet schizophrène, lorsqu'il n'a trouvé aucune boussole pour orienter son monde, pour faire avec son corps, les autres et les objets ? De quoi souffre le sujet dit « schizophrène », lorsque parler ou même circuler dans le monde apparaissent comme dangereux ? Comment dès lors le sujet supporte-t-il un monde tramé par le symbolique, et plus encore une institution qui se soutient du langage commun ?* A partir de ma pratique clinique, je démontrerai que le sujet schizophrène nous conduit à dépasser les limites de l'évidence et des significations, pour trouver un usage du lien social qui laisse place à l'invention.

Nous verrons par ailleurs que, dans la dernière période de son enseignement, Lacan ouvre sur une pragmatique, un primat de la pratique. Alors que dans un premier temps les thérapeutiques s'orientent vers l'élaboration d'institutions qui soient, pour le psychotique, un Autre civilisé. Lacan ouvre sur une psychiatrie qui saurait y faire avec le singulier de la folie, sans l'Autre comme norme universelle. Il se dégage de la référence au Nom-du-Père « pour tous », pour accueillir la façon dont chacun s'extrait de l'Autre pour produire sa version de

[3] Miller, J.-A., « Sur la leçon des psychoses », Actes de l'E.C.F., n°13, 1987, p.96.
[4] Miller, J.-A., « Produire le sujet ? », Actes de l'E.C.F., n°4, 1983.
[5] Lacan, J., « Présentation des Mémoires d'un névropathe », in *Autres Ecrits*, aux éditions du Seuil, Paris, 2001.

jouissance, qui fait objection à toute universalité. D'autre part, la clinique borroméenne offre une nouvelle perspective thérapeutique. La pratique ne s'opère plus sous l'égide d'un « qu'est-ce que ça veut dire ? », mais à partir de la question « qu'est-ce que ça satisfait ? ». C'est-à-dire que le cadre borroméen conduit le clinicien vers une autre discipline que l'écoute du sens. Comment c'est appareillé ? Quel nouage ? Quelle agrafe ? Standard non standard ?

S'inscrivant dans un registre différent que le délire, les sujets souffrant de schizophrénie sont sans défense devant la jouissance. Là où la parole noue la pensée à l'acte, cette psychose est caractérisée par le dénouage des trois dimensions du Réel, de l'Imaginaire et du Symbolique. Bien que le sujet de la jouissance paraisse rebelle au savoir, du fait de son refus à entrer dans la dialectique signifiante, notre hypothèse est que le schizophrène sait quelque chose qui peut nous éclairer quant à la condition humaine. Ce sont des sujets qui ne réussissent pas à *ne pas savoir* que notre monde de semblants est contaminé de réel. Ils sont pour ainsi dire en excès. « En excès de réalisme », aucune fiction ne venant voiler la pulsion de mort.

Le schizophrène, en tant qu'être parlant, témoigne radicalement de l'incidence de la langue sur le corps. A partir de l'expérience clinique, je propose d'étudier dans quelle mesure les traitements ou autotraitements de la schizophrénie, en tant qu'ils consistent dans la subjectivation de l'habitat langagier, éclairent sur le réel du corps du parlêtre et la façon dont la réalité peut tenir pour un sujet. Alors même qu'il se situe en infraction par rapport aux limites de l'ordre symbolique. En effet, si le premier enseignement de Jacques Lacan donne une conception mécaniste de la psychose. L'hypothèse étant que le sujet établit son rapport à la réalité à partir d'une armature signifiante. Et que la forclusion est le manque d'« *un signifiant spécial à partir de quoi toutes les significations vagabondes trouvent leur équilibre et leur point de stabilité* »[6]. Dans la suite de son enseignement, Lacan démantèle la fonction du Nom-du-Père. Alors qu'elle garantissait l'ordre symbolique, c'est-à-dire un monde où chaque chose est à sa place, Lacan, poussé par la clinique contemporaine, va dans le sens d'une pluralisation du Nom-du-Père. C'est-à-dire qu'il prend acte du déclin des interdits, de la ruine de l'Idéal, et de la diversification des jouissances, liée à la montée des objets plus-de-jouir.

Il opère ce changement de paradigme à partir de son élaboration de la fin de l'analyse. En effet, à partir du Séminaire VI « Le désir et son interprétation » (1958-59), Lacan envisage une fin d'analyse où il s'avérerait que *pour tous* il manque un signifiant. C'est le signifiant du grand Autre barré. C'est-à-dire, que pour tous les parlêtres, il n'y a aucune garantie du côté de l'Autre. Ce que cerne une analyse, c'est un point irréductible à la parole, intraitable par le symbolique, hors sens. Ce qu'il appellera plus tard le « non dupe », c'est justement ce sujet qui se satisfait du grand Autre barré. Soit un sujet qui se découvre sans Autre, au-delà de sa détermination par le signifiant.

Avec la forclusion généralisée, Lacan remet donc en question la fonction du langage, pour mettre au premier plan la jouissance. La forclusion ne porte pas sur le signifiant du Père, elle porte sur le sexuel : « il n'y a pas de rapport sexuel ». La perspective de Lacan est celle d'un premier « il y a jouissance ». Il y a jouissance en tant que propriété d'un corps vivant. Et

[6] Miller, J.-A., « La forclusion », Cahier de la clinique psychanalytique n°1, décembre 1996.

du fait que le corps, dans l'espèce humaine, est parlant, sa jouissance s'en trouve modifiée, déviée. Le langage lui-même devient l'appareil de jouissance et bouleverse les rapports du savoir et de la vérité. Cette articulation du corps et du langage dans la jouissance, nous est donnée par Lacan avec le concept de « sinthome ». Soit, cette fois-ci, le symptôme généralisé, une définition du symptôme comme un programme de jouissance, dont il s'agit d'apprendre à se servir.

Dans un dernier chapitre, nous reprendrons un travail précédent[7], dans lequel nous avions établi, qu'à l'époque de « L'Autre qui n'existe pas », le corps devient le dernier espoir pour l'être parlant de trouver une garantie. Nous avions analysé les conséquences qu'emporte sur le lien social la montée au zénith social de l'objet *petit a*, à partir de l'exposition du Dr Von Hagens, « Les mondes du corps ». Il nous paraît intéressant de reprendre aujourd'hui cette question. Dans la mesure où l'entreprise de l'anatomiste serait la démonstration, sur la scène médiatique, du fantasme de morcellement au principe de la schizophrénie, d'une part. Et, d'autre part, dans la mesure où elle nous plonge au cœur de la relation entre le semblant et la jouissance.

Le psychotique ne fait donc plus exception. Tous les êtres parlants sont « réponses du réel ». On peut saisir alors la schizophrénie comme le biais à partir duquel s'éclaire l'enjeu que constitue pour chaque être humain de répondre à la question « que suis-je » ?

[7] Annino, C., « Commerce des regards et usages du corps. Le malaise dans la jouissance », Travail de recherche Master 2 Psychopathologie, Concepts et Pratiques, sous la direction de Mme Jodeau-Belle L. Université de Haute Bretagne, Rennes 2, 2008-2009.

Partie I – La schizophrénie : un champ confus

Chapitre 1: Qu'est-ce que la schizophrénie ?

L'effort de théorisation de la schizophrénie de la part des psychiatres a été prodigieux. Pourtant, la schizophrénie semble avoir toujours résisté à une définition stable et précise. Au point que le diagnostic, aujourd'hui, ne permette plus de savoir de quoi souffre le malade. Dans ce chapitre, nous traiterons de la naissance du concept, de ses remaniements au cours du siècle qui l'a vu naître, jusqu'à son déclin.

Qualifié alternativement de « fourre-tout » ou de « trou épistémologique », nous verrons néanmoins, que le groupe des schizophrénies a inspiré de riches modélisations quant à la prise en charge des personnes, ce qui confère à la notion une portée thérapeutique majeure dans le paysage des institutions psychiatriques.

1.1.1. Naissance du concept.

L'esprit de la clinique médicale à la fin du XIX^{ème} siècle est marqué par l'objectivation de la pratique clinique. D'une théorie générale de la médecine, qui en psychiatrie se formulait par l'idée d'une unité de base de la folie (monomanie), nous sommes passés au primat logique et chronologique de la sémiologie et de la clinique[8]. La naissance du concept de schizophrénie fait intervenir l'histoire de la psychiatrie européenne, notamment les rapports entre la France, l'Allemagne et la Suisse. Elle s'inscrit comme conséquence des débats qui ont animé le XIX^{ème} siècle, autour de l'unicité de la psychose, son étiologie organique ou psychique, et le problème du choix des critères de classification des maladies mentales.

a. Le contexte épistémologique, « la schizophrénie avant la schizophrénie »[9]

Le début du XIX^{ème} siècle, en France, est marqué par la publication par Philippe Pinel (1745-1826), dans les années 1800-1801, de la première édition du « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie ». Il y formule « l'aliénation mentale » comme paradigme en psychiatrie, distincte de la « folie », notion sociale et culturelle. Il s'agit de sortir les aliénés du joug de la justice pour leur proposer une prise en charge thérapeutique. Il formule le premier la question de l'expérience humaine de la folie.

En effet, en France, la psychiatrie moderne française prend naissance en 1790, par un décret de l'Assemblée nationale ordonnant « *la constatation médicale de l'état des personnes détenues pour cause de démence, afin de les faire soigner dans les hôpitaux qui seront ultérieurement indiqués* »[10].

[8] Lanteri-Laura, G., « Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne », Esquisses, éditions Du Temps, 1998.
[9] Garrabé, J., « Histoire de la schizophrénie ». Coll. Médecine et Histoire. Ed. Seghers. 1992.
[10] Haouzir, S., Bernoussi, A., « Les schizophrénies », sous la direction de J.-L. Pedinielli, 2ème édition, Armand Colin, 2010.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Dans le domaine de la psychiatrie, Il y a pour Pinel une seule affection : l'aliénation mentale. Il s'agit de spécifier la psychiatrie comme une discipline médicale autonome et la pathologie mentale, elle-même, par rapport à la « singularité de comportement ». Pinel distinguera quatre aspects dans la maladie unique : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme.

A la maladie unique, correspond une modalité thérapeutique unique : le traitement moral de la folie. Pinel organise les premières institutions d'accueil des aliénés. Cependant, le développement de la méthode anatomo-clinique dans le reste du champ médical, opère un renouveau essentiel et la mise en question de l'unicité de la pathologie mentale.

Alors que la sémiologie n'existe pas chez Pinel, Jean Esquirol (1772-1858) est le premier à ébaucher une sémiologie en distinguant les hallucinations des illusions. La sémiologie psychiatrique est en train de naître. Jean Esquirol propose les premières catégorisations nosographiques. Les aliénés, désormais réunis dans des asiles, les premiers aliénistes pourront certes les protéger, mais aussi les observer, les décrire, noter leurs similitudes dans le comportement ainsi que leurs différences.

Cependant, pour qu'existe une sémiologie[11], il faut qu'il y ait au moins deux affections irréductibles l'une à l'autre, or le paradigme de l'aliénation mentale exclut cette éventualité.

« Ne réduisez pas votre devoir d'observateur
au rôle passif de secrétaire des malades »,
Falret.

C'est Falret (1794-1870), élève d'Esquirol, qui rompt le premier avec le paradigme de l'aliénation mentale[12], au nom de la méconnaissance des progrès effectifs de la médecine anatomo-clinique, et du risque pour la psychiatrie de se couper radicalement de la médecine.

Si la pathologie est faite de maladies séparées les unes des autres et irréductibles les unes aux autres, dès lors pour parvenir à un diagnostic différentiel, il faut mettre en œuvre une sémiologie, par la recherche de signes physiques et par la médiation de pratiques bien codifiées. La clinique devient un travail d'investigation et de recherche des signes qui sont des éléments propres à conduire au diagnostique.

J.P. Falret a donc ouvert un nouvel âge de la psychiatrie, au tournant du XIX^{ème} siècle, en appelant à un travail d'analyse clinique élaboré qui puisse permettre la description de vraies espèces morbides, avec des symptômes spécifiques et « un mode de développement prévu à l'avance ». En 1864 il retient quatre maladies mentales : la folie circulaire (future Psychose maniaco-dépressive) ; la folie épileptique ; la paralysie générale et le délire aigu ou chronique alcoolique.

Le domaine des délires chroniques a constitué entre le dernier tiers du XIX^{ème} siècle et le premier quart du XX^{ème} siècle, un champ où ont été identifiées les maladies mentales proprement dites, en les caractérisant de façon différentielle, par des oppositions

[11] Sydenham défini la sémiologie : signes précis, corrélés entre eux et évoluant d'une façon typique, à peu près identique pour les différents sujets atteints d'une même maladie.
[12] Lanteri-Laura, G., « Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne », Esquisses, éditions Du Temps, 1998.

sémiologiques précises. C'est à partir de la logique évolutive des délires que la schizophrénie sera d'abord conceptualisée comme démence « précoce ».

C'est en 1822, que Bayle (1799-1828) individualise la paralysie générale comme une nouvelle entité morbide neuropsychiatrique. La paralysie générale était caractérisée par l'association de troubles mentaux et de manifestations neurologiques, dus à une méningo-encéphalite diffuse.

C'est cette dernière qui donnera, au XIX^{ème} siècle, la caution scientifique au mouvement qui va faire basculer la psychiatrie morale (psychogénétique) de Pinel et Esquirol vers une psychiatrie organogénétique. En effet, la paralysie générale devient le modèle de la maladie mentale organique, avec des lésions anatomo-pathologiques cérébrales, jusqu'à la découverte de son étiologie syphilitique (1913).

C'est donc sur ce prototype de la maladie mentale que viendront se calquer les descriptions des états morbides au cours du XIX^{ème} siècle. Elle fonde l'idée de l'unicité et de l'incurabilité de la maladie mentale, dans la mesure où il n'existerait pas *des* maladies mentales mais seulement des formes différentes correspondant à des étapes successives d'un seul et même processus inéluctable vers une démence irréversible.

Jean Garrabé, dans son livre « Histoire de la schizophrénie »[13], interroge les coordonnées de ce qui a mené à opposer B.A. Morel, le français, à Kraepelin (1856-1926), quant à la paternité de la démence précoce. Selon lui, ce n'est pas tant sur l'antériorité de leurs travaux sur la démence (ceux du premier étant de 1832 et du second de 1899) que porte le débat. Mais, bien plutôt, sur deux problèmes doctrinaux essentiels : celui de l'extension à donner au nouveau concept isolé, et celui de son étiologie supposée.

C'est dans les « Etudes cliniques » de 1848 que Morel décrit pour la première fois « *ces aliénés jeunes encore qui se présentent à l'observateur avec toutes les chances de guérison. Mais après un examen attentif on reste convaincu que la terminaison par l'idiotisme et la démence est le triste couronnement de l'évolution* »[14]. Mais ce n'est qu'en 1860 qu'il baptise, dans le « Traité des maladies mentales », « démence précoce », cette « immobilisation soudaine de toutes les facultés ».

D'après J. Garrabé, il semble que ce soit la dissociation de la publication des travaux sur la démence précoce de Morel, qui amène à discuter sa place dans l'histoire de la schizophrénie. Car, il est manifeste, néanmoins, que Morel est justement le premier à mettre en évidence les trois traits essentiels de la démence précoce : précocité en ce qui concerne l'âge du malade, rapidité de l'évolution de l'affection et démence réelle.

Un autre argument tient à sa place dans le développement de la théorie de la dégénérescence. En effet, Morel est surtout connu pour avoir élaboré, à partir des années 1840, la théorie de la dégénérescence, comme première tentative d'explication globale de la folie. Notamment des folies héréditaires.

La théorie de Morel défini la dégénérescence comme déviation maladive de l'espèce. Cependant, cette transformation n'est pas du type darwinien, liée aux processus adaptatifs de

[13] Garrabé, J., « Histoire de la schizophrénie ». Coll. Médecine et Histoire. Ed. Seghers. 1992.
[14] Idem, p.19.

l'évolution entraînant l'homme vers des formes nouvelles. Il s'agit pour Morel d'une transformation pathologique survenant sur l'homme parfait tel que Dieu l'a créé au commencement des temps[15].

Dès lors, la nosographie de Morel distingue, dans sa classification, les aliénations accidentelles, - caractérisées par leur aspect clinique uniforme, leur cause immédiate et indiscutable, le plus souvent unique et acquise -, des aliénations héréditaires. Le premier groupe est constitué des folies par intoxication, des folies hystériques, épileptiques et hypocondriaques, des folies sympathiques et des folies idiopathiques. Le second groupe, le plus important, est constitué des folies héréditaires, qu'il divise en quatre classes de gravité croissante : de la simple « exagération du tempérament nerveux » à a classe des imbéciles, des idiots et des crétins.

A partir de la théorie de la dégénérescence, Morel avait donc l'ambition de proposer une classification des entités nosologiques basée sur leur étiologie, et non sur la seule clinique. C'est l'échec à placer la démence précoce dans les folies héréditaires, bien qu'il en ait isolé le premier les signes cliniques, qui réduit son rôle de précurseur.

La théorie de Morel sera l'objet de nombreux remaniements. D'abord, parce que la psychiatrie allemande s'inspirera très tôt des idées de Morel pour résoudre le problème du choix des critères de classification des maladies mentales. D'autre part, par Magnan (1835-1916), qui déplace la dégénérescence de son contexte religieux, pour en proposer un schéma anatomique, où à chaque lésion du système nerveux correspond une pathologie précise et constante. Et enfin, en déplaçant la problématique de la maladie mentale sur le terrain de l'hérédité, la théorie de la dégénérescence déplace la problématique du traitement individuel sur celui de la prévention (prophylaxie, hygiénisme, eugénisme et moralisation).

Toutefois, il est à noter que dans son « Histoire de la schizophrénie », Jean Garrabé ne fait pas mention de F. Leuret. En effet, si B.A. Morel est bien celui à qui revient la première utilisation des mots « démence précoce », avant lui, F. Leuret a identifié ce qu'on appellera plus tard le « délire d'interprétation ».

En 1834, F. Leuret (1797-1851) identifie deux sortes de « délire de l'intelligence », les « arrangeurs » et les « incohérents ». Le premier groupe réorganise de manière raisonnée la réalité et le deuxième groupe éprouve le plus grand mal à suivre une pensée ou à construire un récit clair.

« Les idées qui naissent dans l'esprit des malades que j'appelle incohérents, [nous dit Leuret,] ont de la force et de la justesse, mais la durée en est trop rapide ; elles cèdent la place à d'autres idées avant que leurs conséquences aient pu se développer. Dans le monde, un faible degré de cette aberration produit ce que l'on appelle un manque d'esprit de conduite, et à un degré plus avancé l'étourderie »[16].

[15] Postel, J., Quetel, C., « Nouvelle Histoire de la Psychiatrie », Dunod, coll. Idem, 2ème édition, 2012, p.234.

[16] In Leuret, F., Fragments psychologiques sur la folie, Paris, Crochard, 1834, p.6. Cité par David Franck Allen, *Critique de la raison psychiatrique, Eléments pour une histoire raisonnée de la schizophrénie*, Eres. Collection « Des travaux et des jours », 1999, p.10.

Ce que l'on remarque avec D. F. Allen c'est que le pathologique apparaît ici dans un continuum avec la vie ordinaire, la question de la folie étant posée sur le plan d'un facteur de « degré ».

De plus, Leuret souligne le rôle de l'incohérence qui produit, ou se reflète, dans le langage aberrant. Il considère que cette incohérence du sujet cohabite avec la cohérence « bien ordonnée ». « *Chez ceux qui sont réputés aliénés en raison de cette incohérence, l'aberration est plus prononcée, elle peut aller jusqu'à des mots dont l'assemblage ne forme aucun sens, jusqu'à des syllabes qui ne forment aucun mot* ». Se pose pour nous – avec D.F. Allen – la question de la ressemblance de cette description avec le néologisme psychotique, très significatif dans les rapports du schizophrène avec les lois du langage. Par ailleurs, Leuret évoque plus loin la fuite des idées, et précise qu'on ne saurait déterminer des « règles » dans l'organisation d'idées qui, de surcroit, viennent en surnombre.

Enfin, si l'incohérent souffre d'une « altération survenue dans l'association des idées » et d'un « manque de force » de celle-ci, l' « arrangeur », lui, est habile car il donne « une apparence de réalité à ses conceptions ». Il est celui qui se trompe là où le bon sens suffit et qui donne avec talent une apparence de réalité à ses idées. Autrement dit, convaincu du bien-fondé de celles-ci, il discute, bâti des systèmes.

En Allemagne, une ou des psychoses ?

D'Esquirol, la psychiatrie française hérite l'approche « syndromique », le regroupement des troubles mentaux en de petites entités cliniques[17]. A l'opposé, la psychiatrie allemande organise la catégorisation des mêmes troubles mentaux autour de grand regroupements nosographiques[18], faisant intervenir la notion de « maladies mentales ». Ces maladies mentales sont constituées en fonction de pronostics évolutifs communs (Kraepelin) ou d'une pathogénie[19] hypothétique commune (Bleuler). Il semble que Griesinger (1817-1868), en 1845, dans son Traité des maladies mentales, ait été le premier à présenter une nosologie construite sur l'hypothèse de l'évolution des formes cliniques, ce qui lui permit d'isoler les délires chroniques[20].

Griesinger, premier titulaire du poste de directeur de la clinique médicale du Burghösli, institution qui verra la naissance de la schizophrénie, est également celui qui imposera aux écoles de langue allemande l'idée qu'il n'existe qu'une seule psychose : le modèle de cette psychose unitaire étant celui de la paralysie générale[21].

En Allemagne, c'est d'abord Karl Ludwig Kahlbaüm (1828-1899) qui, dès 1863, s'inspire de l'école de la Salpêtrière française pour interroger l'unicité de la psychose.

[17] Nosologie clinique : étude des caractères distinctifs permettant de définir les maladies.
[18] Nosographie : description et classification méthodique des maladies.
[19] Recherche du mécanisme par lequel les causes qui déterminent les maladies.
[20] Maleval, J.C., « Logique du délire », 2ème édition, Masson, 2000, p.20.
[21] Garrabé, J., « Histoire de la schizophrénie », op.cit., p.34.

Notamment Falret[22], qui en 1854, avait montré qu'il était possible d'isoler et de définir de manière sûre une maladie mentale par sa seule évolution.

Dans la publication de sa « *Classification des maladies psychiques. Essai pour ouvrir la voie à un fondement empirique et scientifique naturel de la psychiatrie en tant que discipline clinique* », il prône l'application à la psychiatrie de la démarche clinique utilisée en médecine somatique. Il nomme cette démarche la « méthode clinique ». Kahlbaüm tente d'individualiser un certain nombre de tableaux de maladies, par une étude systématique et méthodique des signes cliniques, ainsi que leurs modalités évolutives et terminales.

Dans sa classification il distinguera donc une classe particulière de psychoses, celles liées à une phase de l'évolution physiologique, et les dénommera « paraphrénies ». La démence précoce y trouvera naturellement sa place en que « paraphrénia hebetica », et la démence sénile en tant que « paraphrénia senilis », retenant ainsi l'âge d'apparition de la démence, de la description de Morel, comme critère discriminatif essentiel.

C'est à partir de ses travaux que nous aurons les premières descriptions de l'hébéphrénie et de la catatonie. C'est Hecker, élève de Kalbaüm, qui forme le néologisme d'Hébéphrénie, pour souligner que cette maladie est une maladie de la jeunesse[23]. La nouveauté réside en ce que l'état d'affaiblissement intellectuel, où aboutit l'évolution, est annoncé par des signes avant-coureurs[24] que l'on peut observer dès les premier stades de la maladie, et surtout dans la nature même de ces signes : anomalies de la construction syntaxique qui change plusieurs fois durant l'élaboration de longues phrases, sans perte pour autant du fil du cours de la pensée ; impossibilité de formuler celle-ci sous une forme concise ; le malade présente une tendance à rester fixé à un thème ; enfin « *une propension marquée à dévier de la façon normale de parler et d'écrire, à altérer le langage et à parler et écrire un jargon étranger* ». Autrement dit, le grand mérite de Hecker est d'avoir, le premier, isoler les troubles formels du langage comme centraux dans la genèse de l'hébéphrénie.

Après la guerre franco-prussienne (1870-1871), la nécessité d'un système de classification se fait sentir. Schématiquement nous pouvons décrire la situation de la pathologie mentale de cette époque ainsi, selon Jean Garrabé[25] :

- Description clinique d'un état qualifié de « démence juvénile » ou « précoce » en raison de l'âge d'apparition et de la rapidité de l'évolution démentielle, état qu'on ne peut pas expliquer par la théorie, d'ailleurs erronée, appliquée aux folies héréditaires.

- Conviction que les différentes formes que peut prendre la paranoïa, « folie de la pensée », ne sont que les étapes successives, que l'on ne parvient pas à distinguer, de l'évolution en quatre phases, dont une terminale démentielle analogue à celle de la paralysie générale[26], d'une psychose unique sans doute d'origine organique mais dont l'étiologie reste à découvrir.

---

[22] Dans son « Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé ».

[23] Hébé est la déesse de la jeunesse dans le panthéon grec.

[24] Garrabé, J., « Histoire de la schizophrénie », op.cit., p.38.

[25] Idem, p.40.

[26] Nous avons vu la paralysie générale constitue le modèle de la maladie mentale de cette époque. Selon celui-ci, il n'existe que des formes différentes correspondant à des étapes successives d'un seul et même processus inéluctable : prodromique, de début, d'état, terminal (démence).

- Identification d'une folie du jeune adulte caractérisée par l'apparition rapide de troubles formels du langage qui permettent de prévoir l'évolution caractéristique ultérieure comme il est possible de reconnaître l'évolution de la folie circulaire dès les premier accès.

- Tentative de rattacher au même groupe d'autre tableaux cliniques, « folie tonique », « folie de l'être social », apparaissant aussi chez l'adulte jeune mais dont l'évolution capricieuse demeure imprévisible.

b. La démence précoce de Kraepelin

C'est au cours de ces balbutiements de la nosographie psychiatrique, que Kraepelin envisage une nouvelle catégorie nosographique, « la démence précoce »[27].

Emil Kraepelin (1856-1926), remanie la classification des psychoses selon les principes de la méthode clinique de Kahlbaüm, dans la visée d'une nosographie psychiatrique. Entre 1883 et 1908, il publie sept éditions de son « Traité de psychiatrie », la 8ème édition, comprenant quatre volumes, s'échelonne entre 1909 et 1913. Alors que dans la première édition du traité, sa classification est proche de celle d'Esquirol (psychologique), dès la deuxième édition (1887), il considérera que seul le pronostic évolutif peut conduire en médecine mentale à une classification rationnelle. Il distingue alors deux grands groupes nosographiques : les maladies curables (manie, mélancolie, délire aigu, états d'épuisement) et les maladies incurables (folie périodique, délire chronique avec démence). Ce n'est que dans la 6ème édition (1899) de son traité, que Kraepelin réunit la catatonie, l'hébéphrénie et le délire paranoïde dans la « démence précoce », de mauvais pronostic évolutif.

Dans les éditions successives de son traité, Kraepelin tient compte des conceptualisations de ses contemporains. Dans la 5ème et la 6ème édition (1896-1899), la démence précoce est un élément fondamental de la nosologie kraepelinienne. Elle est élaborée de manière empirique avec des formulations successives en fonction des constations de Kraepelin lui-même, ou des commentaires critiques dont il tient compte. C'est dans la 6ème édition que la démence précoce est présentée comme maladie unique pouvant se présenter sous trois formes : hébéphrénie, catatonie, paranoïde. Le critère différentiel étant l'évolution terminale d'affaiblissement psychique.

La démence précoce englobe la paranoïa et le délire chronique sous la forme paranoïde. Extension qui sera vivement critiquée par l'école française de psychiatrie. C'est à partir de 1900 que Kraepelin tient compte des objections qui lui sont faites. D'une part, il diversifie la démence précoce entre hébéphrénie, catatonie et démence paranoïde, qu'il caractérise, à la fois par une atteinte affective spécifique et une évolution déficitaire. D'autre part, il reconnaît les délires chroniques hallucinatoire systématisés, et spécifie la paranoïa.

L'école française finira par intégrer la 8ème édition dans la nosologie des psychoses. Celle-ci satisfaisant à une conception limitée et différenciée des psychoses. En effet, dans cet ultime traité, Kraepelin distingue les « démences endogènes », en lieu et place de la démence

[27] Rappelons que, si aujourd'hui la « démence » se définit comme une détérioration progressive du fonctionnement cognitif, **à l'époque elle est synonyme de « folie »** et signe un mode évolutif des affectations psychiatriques, décrivant ainsi un trouble du jugement acquis par opposition aux déficits intellectuels des affections congénitales.

précoce ; la « paraphrénie », catégorie qui se définie de n'être ni la démence précoce, ni la paranoïa, mais qui reconnait les psychoses délirantes chroniques hallucinatoires. Et la « Paranoïa », équivalent au délire d'interprétation de Sérieux et Capgras.

Outre la chronicité et le défaut d'affaiblissement intellectuel, Kraepelin retient dans la paranoïa, l'importance des intuitions délirantes, des illusions rétrospectives, le délire de référence, les expériences interprétatives, les idées de persécution, de jalousie, d'hypocondrie, et de grandeur. Ainsi que la cohérence, l'appropriation du délire par le sujet, à l'exclusion de tout aspect dissociatif. Il tient la paranoïa pour endogène et constitutionnelle. Et il l'oppose également au délire des quérulants, psychose réactionnelle et psychogène, caractérisé par l'état passionnel plus ou moins obsédant et les faits initiaux réels à l'origine du préjudice. Kraepelin situe ainsi la paranoïa par rapport à la dissociation de la démence précoce d'un côté et de l'autre côté, aux racines de la quérulence dans la réalité sociale[28].

Dans la synthèse nosographique que forme le Traité de Kraepelin, le champ des psychoses se trouve organisé selon une logique évolutive. On retrouve la démence précoce, la psychose maniaco-dépressive et la paranoïa. La première s'achève dans un état démentiel, la seconde a un pronostic meilleur car les accès circulaires n'entraînent pas d'affaiblissement intellectuel, et la paranoïa, bien qu'incurable, n'évolue pas vers la démence.

Ce qui faisait, pour Kraepelin, de la démence précoce une maladie proprement dite, et réduisait la catatonie, l'hébéphrénie et la psychose paranoïde au rang des formes cliniques d'une seule affection, c'était donc le critère de l'évolution plus ou moins rapide, mais inéluctable, vers un affaiblissement qualifié de démence affective : l'évolution garantissant l'unité de la maladie. Finalement, la maladie ne pouvant être définie que par son état terminal, toute psychose deviendra « chronique ». Ainsi sera créé le cadre toujours plus extensif de la « démence précoce ».

La construction du concept[29] :

L'approche des syndromes qui seront englobés dans la future démence précoce, par Kraepelin, se centre essentiellement sur l'aspect déficitaire. Le groupe précurseur de la démence précoce, celui des « processus psychiques de dégénérescence », apparaît dès la 4ème édition du Traité (1893). Kraepelin y distingue la démence précoce, la catatonie et la démence paranoïde. Le point commun de ces trois entités nosographiques est le passage rapide à une faiblesse d'esprit incurable, dans laquelle on peut distinguer certains traits communs comme l'émoussement affectif, la stupidité, et les comportements automatisés et désadaptés de la phase terminale. Dans les formes paranoïdes on distingue le caractère insensé du délire.

A propos de la démence précoce, Kraepelin reprend le trouble décrit par Hecker, la dissociation de la pensée. Sur le plan étiologique, l'hypothèse privilégiée à l'époque fait appel au concept français de la dégénérescence.

Dans la 5ème édition (1896), le terme de « processus psychiques de dégénérescence » est remplacé par celui de « processus démentiels ». Puis dans la 6ème édition (1899), le terme

[28] Postel, J., Quetel, C., « Nouvelle Histoire de la Psychiatrie », Dunod, coll. Idem, 2ème édition, 2012, p.203.
[29] Rancher, B., Zimra, C., Rondepierre, J.P., Viallard, A., Préface à « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies » de E. Bleuler, E. P.E.L. G.R.E.C, traduction française, 1993.

de « démence précoce » qualifie pour la première fois l'ensemble du groupe des psychoses « déficitaires » de l'adulte et du jeune.

C'est dans la 7ème édition (1904) que la démence précoce kraepelinienne connaît sa plus grande extension. Elle reste divisée en trois groupes : formes hébéphréniques, formes catatoniques, formes paranoïdes. Dans les symptômes principaux que décrit Kraepelin, on trouve essentiellement la dissociation, qui va « d'une distraction et d'une versatilité exagérée de la pensée » à « une incohérence du langage avec néologismes, appauvrissement de la pensée et stéréotypies ». Le jugement des malades est « gravement perturbé ». Les idées délirantes et les hallucinations, quasi constantes selon Kraepelin, témoignent rapidement de la dissociation de la pensée en général. Le déficit affectif est un signe capital et absolument constant. La volonté est perturbée par des « barrages », faisant que toute incitation à un acte volontaire est contrariée par une autre, de sens inverse et plus forte, ou par des « impulsions transverses » aboutissant à un autre acte, sans rapport avec celui projeté. D'où les troubles du comportement et de l'activité portant la marque du négativisme et de l'automatisme.

Dans l'ensemble, tous les symptômes portent le sceau de la perte d'unité intérieure des prestations intellectuelles, affectives et volontaires. La perte de son libre arbitre parvient souvent à la conscience du malade sous la forme d'un vécu d'influence.

Kraepelin décrit neuf formes terminales possibles de la démence précoce. Les sept premières n'excluant pas une *reprise évolutive* : la guérison totale, qu'il croit possible ; la guérison avec déficit séquellaire modéré ; l'abêtissement simple ; la faiblesse d'esprit avec incohérence du langage ; la faiblesse d'esprit hallucinatoire ; le dérangement hallucinatoire ; la démence paranoïde avec délire luxuriant et nombreux néologismes.

Seules les deux dernières seraient l'aboutissement irréversible d'une démence précoce ayant conduit « à l'anéantissement de la personnalité psychique en tant qu'entité homogène » et entraîné « le retrait du malade de la communauté psychique avec son entourage ». Soit l'abêtissement radoteur, avec éléments catatoniques associés au déficit mental, incohérence des propos, dissociation totale du comportement et de l'activité, reliquats indigents du délire, bizarreries avec maniérisme, stéréotypies de mouvements, impulsions. Et l'abêtissement apathique ou stupidité apathique, avec émoussement marqué de toutes les performances physiques, et reliquats catatoniques.

On peut donc dire que la démence précoce de Kraepelin se caractérise, non pas tant par des symptômes pathognomoniques, que par la tendance générale à la dissociation de la pensée, de la volonté, des affects et de leurs interrelations.

***La démence précoce, psychose endogène* :**

Kraepelin formulera l'hypothèse d'une « destruction » du cortex cérébral, seule capable, selon lui, d'expliquer « un déclin psychique si extraordinairement rapide ». Et il conclut qu'on ne sait absolument pas quel processus produit ces troubles, mais qu'on est « *particulièrement tenté de penser à une auto-intoxication [...] Auto-intoxication qui pourrait être en relation plus ou moins éloignée avec des processus ayant leur siège dans les organes génitaux* ». Cette relation entre démence précoce et processus génitaux lui est suggérée par la

fréquence de l'apparition des troubles aux périodes critiques de l'existence, notamment la puberté.

L'étiologie endogène de la démence précoce, permet à Kraepelin d'affirmer que le milieu extérieur, aussi bien physique et social, n'en est rien responsable. Seules les maladies exogènes viennent du milieu, que ce soit sous forme d'infections, d'intoxications, ou d'énervements traumatiques. Mais les affections endogènes relèvent uniquement de l'individu qui en est atteint. Cette notion s'accompagne de celle d'incurabilité, qui finit de désengager la société vis-à-vis de son fou. Le milieu n'est pas en cause, et du même coup il ne peut agir sur cette maladie endogène. Il ne peut avoir d'action que sur les causes extérieures, celles qui dépendent de lui, selon le principe fondamentale d'une « thérapeutique scientifique »[30].

On rencontre ici un profond pessimisme quant aux possibilités thérapeutique, en lien avec le contexte répressif des asiles de l'époque. Dans l'introduction de ses leçons cliniques parues en 1900, Kraepelin écrit[31] :

> « Tout aliéné constitue un danger permanent pour son entourage et surtout pour lui-même : un tiers au moins des suicides relèvent des troubles mentaux ; les crimes passionnels, les incendies, plus rarement les agressions, les vols et escroqueries sont commis par des aliénés. […] Une faible partie de ces incurables est seule destinée à une mort rapide ; l'immense majorité continue à vivre pendant des années, et ainsi crée pour la famille et l'Etat une charge de plus en plus lourde, dont les conséquences retentissent profondément sur notre vie sociale ».

En insistant sur l'évolution démentiel de la maladie mentale, Kraepelin entérine l'enferment des aliénés pour protéger une société contre l'envahissement par la folie.

Les deux grands types de psychoses endogènes qui vont être étudiés par Kraepelin sont la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive. A elles deux, elles forment les entités fondamentales de la nosologie psychiatrique.

La démence précoce va englober les divers états morbides caractérisés par une atteinte marquée de la vie affective et de la volonté et une évolution progressive vers une désagrégation complète de la personnalité, prenant un aspect déficitaire. Comme cette affection débute le plus souvent avant l'âge adulte, le terme de « démence précoce » repris à Morel lui parait le meilleur pour la désigner.

La notion de catatonie, avec ses éléments psychomoteurs et même « neurologiques » deviendra la forme clinique centrale de la démence précoce, car elle lui parait donner un substrat solide, quasi anatomique, à l'affection. Il associera la « démence du jeune » (Hébéphrénie) de Hecker à la catatonie « processuelle » de Kahlbaüm, pour argumenter le point de départ habituellement post-pubertaire de l'évolution.

---

[30] EY, H., « Dire qu'une psychose est endogène, c'est dire qu'elle résulte dans son aspect clinique d'une organisation interne de la personne. C'est mettre l'accent sur **la constitution biopsychologique de l'individu**, c'est dire que la structure génotypique sur laquelle s'édifient la personne et son monde est d'une importance majeure, c'est dire que la psychose n'est pas seulement un accident, mais épouse la trajectoire même de l'existence et du destin de l'homme malade. C'est dire enfin et surtout que la psychose réside essentiellement en une altération sinon une aliénation définitive de la personne ». p.227 in J. Postel, C. Quetel, « Nouvelle Histoire de la Psychiatrie », Dunod, coll. Idem, 2ème édition, 2012.

[31] Postel, J., Quetel, C., « Nouvelle histoire de la psychiatrie », op. Cit. p.226.

Kraepelin s'en tient aux données les plus proches de la neurologie, et occulte l'aspect psychopathologique dans son travail. Notamment il ne cite ni les travaux de J.C. Reil (1759-1813), ni ceux de F. Leuret. En effet, dès 1808, Reil décrit un syndrome, la « Narrheit », dont le trouble fondamental est l'atteinte du sentiment corporel, de la représentation de l'image du corps. Tandis que Leuret, en 1834, nomme « incohérents » toute une série de malades délirants dont la caractéristique essentielle est la « perte des associations d'idées ».

Nous avons vu qu'au fur et à mesure des éditions de son Traité, Kraepelin étend le cadre de la démence précoce, en en augmentant le nombre de ses formes cliniques.

Les trois formes fondamentales de la démence précoce sont :

La forme hébéphrénique : c'est l'hébéphrénie proprement dite, ou démence de Hecker, psychose post-pubertaire essentiellement caractérisée par ce que nous appellerions maintenant des phénomènes régressifs : puérilisme, passivité, comportement très infantile, et « désagrégation particulièrement accusée de la personnalité ».

La forme catatonique ou « catatonie » proprement dite. C'est l'affection décrite et isolée par Kahlbaüm, avec son évolution caractéristique : phase de dépression, suivie d'une phase d'excitation, puis apparition de la stupeur catatonique à laquelle succède une période confusionnelle précédant la « démence terminale ».

La forme paranoïde ou délirante : Kraepelin y distinguera une forme grave avec une grande activité hallucinatoire, délires incohérents s'accompagnant d'hallucinations cénesthésiques et « psychiques », et caractérisés en particulier par des phénomènes de « transmission de pensée ». C'est dans cette forme que l'on trouvera l'atteinte la plus grave du « sentiment corporel ».

La forme « paranoïde atténuée » : l'activité délirante et hallucinatoire ne s'accompagne pas aussi rapidement de « désagrégation de la personnalité ». En 1912, Kraepelin en fait le groupe des « paraphrénies », ou l'on retrouvera la paraphrénie « systématique », voisine du délire systématisé de Magnan ; la paraphrénie confabulante qui correspond à certains délires d'imagination de Dupré ; et la paraphrénie fantastique, proche de la précédente mais s'accompagnant souvent d'une atteinte du langage, avec néologismes, délire fantastique incohérent, se rapprochant de la « psychose paranoïde » de l'école française.

Par la suite, Kraepelin ajoutera :

Une forme de démence précoce simple : où l'on ne constate qu'un affaiblissement intellectuel progressif sans atteinte démentielle profonde.

Des formes dépressives : l'une simple, avec inhibition pouvant aller jusqu'à la stupeur. L'autre grave, avec un délire de type mélancolique.

Des formes « pseudo-périodiques » : où l'évolution se caractérise par une certaine périodicité qui peut coïncider chez la femme avec la vie génitale (menstruation, puerpéralité, ménopause).

Des formes démentielles : où prédomine l'atteinte du langage, et en particulier la « schizophasie », qui deviendront avec Chaslin les « folies discordantes verbales ».

Les objections au concept de Kraepelin :

La conception de Kraepelin sur la dementia praecox sera très vite exposée en France puisque, dès 1899, Jules Christian (1840-1907) publie dans les *Annales médico-psychologiques* ses études sur la « démence précoce des jeunes gens ». Et dès 1903-1904 Wladimir Serbski (1858-1917), la « Contribution à l'étude de la démence précoce ». D'après Jean Garrabé dans son « Histoire de la schizophrénie », les objections faites à la conception de Kraepelin convergent sur plusieurs points :

- La difficulté à admettre que des états, dont la clinique est aussi différente que l'hébéphrénie, avec ses troubles du langage, la catatonie, avec ses spectaculaires manifestations psychomotrices, et les délires paranoïdes, avec leur intense activité hallucinatoire, puissent n'être que de simples formes d'une seule maladie.
- Le critère du seul stade terminal comme justifiant l'unification de ces états cliniques. En effet, dès lors, le diagnostic de dementia praecox ne pouvait être affirmé qu'à ce stade, alors que « le diagnostic d'une maladie doit être aussi précoce que possible pour justement en prévoir le pronostic ».
- Se pose la question de savoir si l'affaiblissement intellectuel est une démence.
- Mise en cause de l'étiologie supposée de la dementia praecox. Kraepelin, en effet, faisait l'hypothèse d'une auto-intoxication par des substances d'origine sexuelle, dont il était évidemment incapable, en l'absence de l'hormonologie à cette époque, de préciser la nature.

Bien avant Freud, Christian soulève la question de la libido. Il remarque que c'est dans le psychisme qu'il faut rechercher le trouble de la sexualité des hébéphrènes, et que ce n'est pas l'organisation érotique qui est en cause. Le rôle de l'onanisme dans la genèse de la folie (toujours admise à cette époque en Angleterre) est abandonné. Christian ne retenait ni le critère de la dégénérescence ni la masturbation comme étiologie de la démence précoce. S'il est en accord avec le rapprochement entre la démence précoce de Morel, l'hébéphrénie de Hecker et la catatonie de Kahlbaüm. Il n'admettait pas leur fusion avec la totalité des délires chroniques avec activité hallucinatoire en une seule maladie, due à une auto-intoxication par de mystérieux produits d'origine sexuelle.

Au contraire, Christian attribuait la démence précoce de ses malades nés en 1871 à des facteurs qui seraient considérés de nos jours comme des stress psychosociaux : *« Conçus dans les derniers mois de 1870, ils ont été mis au monde au milieu des pires préoccupations et des privations de toutes sortes occasionnées par la guerre, le siège, et la Commune »*. Finalement, Christian commence à interroger les coordonnées de l'invention de la démence précoce : pourquoi à un certain moment, dans plusieurs pays, s'est-on mis à voir qu'il y avait des jeunes gens qui, après avoir eu un développement intellectuel normal, perdaient, plus ou moins rapidement, à l'entrée à l'âge adulte la capacité de se servir de leurs acquisitions puis celle d'utiliser leurs facultés intellectuelles ?[32] Quant à Serbski, sa critique porte sur la méthode même utilisée.

[32]Garrabé, J., op. Cit. p.31.

Paradoxalement, au moment où Kraepelin abandonne l'analyse psychologique (chercher une signification aux symptômes observés), pour ne plus considérer que les signes objectifs de telle ou telle maladie, les élèves de Charcot, Pierre Janet et Sigmund Freud, sont justement en train d'élucider par l'analyse psychologique ou la psycho-analyse les mystères de la folie hystérique.

En 1900, Séglas (1856-1939) marque définitivement la différence entre les conceptions française et kraepelinienne de la démence précoce. Pour lui, seule fait partie de la démence précoce, la « dementia paranoïde ». C'est-à-dire les délires qui se développent rapidement avec des idées délirantes polymorphes, se traduisant par des discours bizarres, des hallucinations précoces et qui aboutissent à un état d'affaiblissement intellectuel dont le symptôme essentiel est l'incohérence du langage.

En 1911, Bleuler publie son texte sur le « groupe des schizophrénies », considéré comme l'acte de naissance de la schizophrénie moderne. Ce texte propose une nosologie inspirée par celle de Kraepelin en 1896, sans tenir compte des modifications apportées ensuite. S'il conserve le critère évolutif, il forme un groupe de trois psychoses (hébéphrénie, catatonie, paranoïde) qui ont en commun trois caractéristiques : la spaltung (scission), les troubles associatifs et les troubles affectifs.

Entre la fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} siècle, on peut dire avec Georges Lanteri-Laura[33], que la psychiatrie connait une nouvelle crise dans ses représentations théoriques et pratiques. Le paradigme des maladies mentales, qui avait opéré la distinction des affections en proclamant « la non existence de la monomanie » (Falret), se voit remis en cause dans sa valeur explicative : la théorie de la dégénérescence. La question de l'évolution démentielle vient elle-même poser problème. Le psychiatre commence à chercher les mécanismes délirants, à l'exemple de Dupré avec le « mécanisme imaginatif », ou De Clérambault avec l'« automatisme mental ».

En 1882, Magnan propose une sorte de principe classificatoire entre les états mixtes et les psychoses. Dans les états mixtes, on retrouve la paralysie générale, la démence sénile, les lésions cérébrales circonscrites, l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme et autres intoxications. Leurs points communs étant l'étiologie : une atteinte du système nerveux central. Au contraire, les psychoses concernent les pathologies mentales dont les origines restent conjecturales. Il s'agit de la manie, de la mélancolie, des délires chroniques, des folies intermittentes et des folies des dégénérés.

Avec l'invention de la psychanalyse s'ouvre une perspective psychopathologique pour réorganiser le domaine des délires chroniques, en dehors d'une juxtaposition de signes disparates. La sémiologie, au début du XX^{ème} siècle, devient « structure ». En effet, le paradigme des structures psychopathologiques, vient répondre au problème de la classification des maladies mentales posé par Magnan, avec l'opposition du domaine des névroses au domaine des psychoses.

[33] Lanteri-Laura, G., «Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne », Esquisses, éditions Du Temps, 1998.

c. *Le passage de la dementia praecox au groupe des schizophrénies*

La synthèse kraepelinienne est partie d'éléments divers et flous. Elle est « *le point de départ d'une évolution des idées dont la formule générale a été de fonder un groupe d'états psychopathiques sur un critère clinique immédiatement rattachable à un processus et par là, sinon de garantir l'autonomie d'une affection bien caractérisée, tout au moins de présenter ce groupe comme l'expression d'une unité de processus.* »[34] Elle a englobé tous les états qui étaient connu sous le nom de « délire des dégénérés », de « délire chroniques », de mélancolie stuporeuse, de stupidité, de démences vésaniques[35]. Autrement dit, elle est venue « nommer » « *un groupe de folies bizarres et incohérentes avec troubles de l'idéation, du comportement et une évolution vers un état de décomposition de la personnalité où les facteurs dégénératifs héréditaires jouent un grand rôle* »[36].

Dans sa recherche d'un critère et d'un mécanisme, nous avons vu que Kraepelin a d'abord choisi le critère de *l'évolution démentielle*, pour enfin se saisir de l'i*naffectivité*. En effet, c'est en définitive un état d'impuissance instinctivo-affective, d'épuisement des tendances et non plus d'affaiblissement psychique progressive qui impose son unité au groupe. Progressivement, la condition générale des tableaux cliniques est l'état que le processus provoque : le relâchement général des forces affectives, dont le rôle est d'assurer la cohérence, la consistance de l'activité psychique.

Pour introduire le passage de la démence précoce au groupe des schizophrénies, nous donnons la parole à Henri Ey qui, en 1955, dans son article de l'encyclopédie médicale[37] sur la schizophrénie nous dit :

« Peu à peu, pendant la période de construction de la synthèse kraepelinienne, tous les psychiatres se sont intéressés à ce groupe de malades, au sujet des quels on se demandait s'ils étaient de véritables déments, si les troubles affectifs n'étaient pas plus important que les troubles intellectuels, si les syndromes catatoniques et les délires paranoïdes relevaient d'un même trouble fondamental, etc. La fréquentation clinique de ce grand groupe d'aliénés a fini par imposer à l'esprit de tous une signification des deux mots « démence précoce » très différente de leur sens littéral et même de leur sens psychiatrique primitif. C'est ainsi que l'étude clinique de tous ces cas a rompu les liens de la « démence précoce » avec la « démence » et tous les cliniciens ont été impressionnés par l'atmosphère fantastique, d'énigme et de bizarrerie qui émane des « déments précoces ». A cette nouvelle compréhension du concept de « démence précoce » devait fatalement correspondre un nouveau mot. ».

---

[34] 1934, Evol. Psych., VI, 3-24, Position actuelle des problèmes de la Démence précoce et des états schizophréniques, Henri EY. In Etudes cliniques et psychopathologiques, Schizophrénie, coll. Les empêcheurs de tourner en rond, 1996.

[35] « Formes de démence secondaires à une longue évolution de troubles mentaux », EY, H., Op. Cit. In Etudes cliniques et psychopathologiques, Schizophrénie, coll. Les empêcheurs de tourner en rond, 1996.

[36] Op. Cit.

[37] Ey, Henri, 1955, Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie. Groupe des schizophrénies. Historique, 37 281 C10. In Etudes cliniques et psychopathologiques, Schizophrénie, coll. Les empêcheurs de tourner en rond, 1996.

Eugen Bleuler (1857-1939)

Maître de psychiatrie en Suisse, à la fois comme professeur à l'université de Zurich, et comme directeur de la clinique du Burghölzli, Eugen Bleuler fut le premier à introduire les découvertes freudiennes dans la clinique auprès des psychotiques. C'est à Burghölzli que furent appliquées, dès avant 1910, les premières tentatives de traitement des psychotiques par la psychanalyse, avec Jung et Abraham.

Bleuler prend son poste de médecin-directeur au Burghösli en 1898. Elève de Wilhelm Wundt (1832-1920), lui-même héritier de la théorie associationniste, il veut comprendre les malades et mieux connaître les particularités de leur langage. Premier psychiatre à s'être intéressé de près aux théories de Sigmund Freud (1856-1939), il invite ses collaborateurs à s'engager avec lui dans cette recherche. Parmi ces assistants, Carl Gustav Jung (1875-1961), qui restera au Burghösli jusqu'en 1911, et Karl Abraham (1877-1925), qui le quittera en 1907 pour s'installer à Berlin comme psychanalyste.

Le concept de schizophrénie a été inventé par Bleuler en 1911. Dans le contexte de la psychiatrie de l'époque, le concept que Bleuler dégage est une réponse au traité de Kraepelin, qui en 1900 avait établi une théorie fondée sur la démence précoce. La critique de Bleuler porte sur le côté démentiel qui domine dans l'élaboration kraepelinienne. Mais ce qui est révolutionnaire est l'application de l'analyse psychologique à l'étude de la démence précoce. Bleuler ne prétend pas décrire les signes objectifs d'une maladie, au contraire il revient à la psychopathologie. Ce n'est pas sans rapport avec la psychanalyse :

> « Il est envisageable que l'ensemble de la symptomatologie soit déterminée psychiquement, et qu'elle puisse se développer sur de légères déviations quantitatives de la norme, à peu près de même que, chez certaines personnes, la tendance à des symptômes hystérique est si grande qu'elles deviennent hystérique à l'occasion des difficultés courantes de l'existence, alors que l'être humain moyen ne peut le devenir qu'en cas de traumatismes psychiques tout à fait particuliers »[38].

L'œuvre entière de Bleuler en est profondément imprégnée: « *Une part importante de la tentative d'approfondir plus avant la pathologie n'est rien d'autre que l'application à la démence précoce des idées de Freud* »[39]. Bleuler a été le premier clinicien de la psychiatrie à reconnaitre la valeur de la psychanalyse, bien que sur beaucoup de points il ne soit pas d'accord avec Freud. Pas d'accord sur l'importance du traumatisme infantile et sur celle de la sexualité ; pas d'accord non plus sur l'origine psychogène de la schizophrénie. En dépit de ces divergences, c'est bien grâce à Bleuler (et de son assistant C. G. Jung) que la psychiatrie s'est enrichie de l'apport freudien. Parce qu'il a su réaliser la synthèse d'une psychiatrie traditionnelle fondée sur l'observation clinique rigoureuse et prolongée de la population de malades asilaires qu'il avait à sa disposition, et d'une perception claire du rôle fondamental joué par l'inconscient freudien dans le développement des psychoses.

---

[38]Bleuler, E., La théorie, in « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies » de E. Bleuler, E. P.E.L. G.R.E.C, traduction française, 1993.

[39] Bleuler, E., Avant-propos à « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies », op. Cit.

Bleuler situe dès l'introduction à « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies » son programme : « *Les maladies « secondaires », inguérissables, remplissent depuis toujours nos asiles de fous. Aussi savoir lesquelles des formes aiguës mènent à des états terminaux incurables et lesquelles ne le font pas est devenu l'une des questions les plus brûlantes de la psychiatrie* »[40]. Une maladie au singulier (démence précoce) ne saurait équivaloir à plusieurs maladies (groupes des schizophrénies). Dans son titre « Dementia praecox order gruppe der schizophrenien », « order » veut dire que le second doit remplacer le premier, mais dans une perspective nouvelle qui exclut d'avance toute synonymie.

Dès lors, Bleuler dessine les coordonnées épistémologiques à partir desquels il critique la conception de Kraepelin : si Esquirol ou encore Morel avaient déjà prêtés attentions aux tableaux symptomatiques de la « démence précoce », on ne retrouve pas d'unité dans ce qui mène à l'abêtissement. A l'époque où il écrit, la croyance selon laquelle les psychoses, voire *la* psychose, devaient avoir une évolution déterminée, commence à s'effriter. Notamment avec Kahlbaüm qui, nous l'avons vu, est le premier à ranger les tableaux symptomatiques dans des tableaux de maladie (« *Classification des maladies psychiques* »). Il évoque la création de la démence précoce de Kraepelin comme une tentative d'unifier les « psychoses abêtissantes » dans un groupe. Bien qu'il apporte les limites nécessaires à une conception nosologique, Bleuler critiquera le manque de maniabilité du concept.

Le terme de schizophrénie est donc une réélaboration de ce que Kraepelin avait appelé Démence précoce. Bleuler contestait une conception trop déficitaire de ce qu'il préférait appeler schizophrénie, c'est-à-dire scission mentale, à partir des travaux de ses contemporains (Stransky, Otto Gross, etc.). Marqué de l'influence psychanalytique, il tenait à envisager le maximum de potentialités d'évolution favorable.

C'est ainsi que Bleuler introduit ses travaux de recherche concernant la schizophrénie. Il s'agit de mettre en place les conditions d'un nouvel aperçu de la nature des psychoses, dans le contexte épistémologique de l'époque. Mais surtout, il s'agit d'interroger le pronostic défavorable indissociable du concept nosologique tel que Kraepelin l'a construit. En effet, « *certains, abstraction faite de la diversité des tableaux apparents, ne pouvant se satisfaire d'un concept nosologique qui semblait, à l'origine, s'étayer sur l'évolution, et qui inclut pourtant des cas à issue tant favorable que défavorable* »[41].

En ce qui concerne l'invention du mot « schizophrénie » pour venir à la place de « démence précoce », il écrit :

« Nous ne pouvons malheureusement nous soustraire à la désagréable tâche de forger un nouveau terme pour ce groupe nosologique. Celui qui est en usage jusqu'à présent est trop peu maniable. On ne peut s'en servir que pour dénommer la maladie, mais non les malades, et l'on ne peut former d'adjectif qui puisse qualifier les caractéristiques propres à cette maladie. […] Mais il existe encore une autre raison matérielle, bien plus importante, pour laquelle il m'a semblé inévitable de mettre une nouvelle dénomination aux côtés de celle actuellement en usage : l'ancien nom a été créé à une époque où tant le concept de démence que celui de précocité pouvaient s'appliquer à presque tous

[40] Bleuler, E., introduction, op. Cit.
[41] Idem.

les cas qu'on y incluait. Il n'est plus adapté à l'étendue actuelle du concept nosologique, car il ne s'agit ni uniquement de malades que l'on puisse qualifier de *déments*, ni exclusivement d'abêtissements *précoces* »[42].

La schizophrénie de Bleuler regroupe les trois formes (paranoïde, hébéphrénique, catatonique) de la démence précoce décrite par Kraepelin en 1896, auxquelles est ajoutée, pour des raisons à la fois cliniques et théoriques, la forme dite simple. Bleuler reprend aussi, mais sous un autre angle, la distinction faite par Kraepelin entre symptômes fondamentaux et symptômes accessoires.

« Toutes les tentatives visant à scinder le grand nombre de cas et de tableaux d'états apparents en sous-groupes distincts et pouvant être délimités sont restées infructueuses jusqu'à présent.

Aussi réunissons-nous sous le nom de *démence précoce* ou *schizophrénie* tout un groupe de maladies qui peuvent être nettement distinguées de toutes les autres du système kraepelinien ; elles ont beaucoup de symptômes communs et un même pronostic de direction ; mais leurs tableaux d'état peuvent être extrêmement divers. […] Pour la première fois, nous avons des limites sur lesquelles on peut s'entendre, et nous savons aussi où l'on ne peut tracer de limites avec les moyens actuels.

Le développement du concept de démence précoce représente une bonne part du développement de la psychiatrie théorique en général. »[43].

La démence précoce selon Bleuler englobe donc la majorité des psychoses, par opposition aux « concepts nosologiques symptomatiques ». Autrement dit, pour Bleuler, confusion, paranoïa, folie hallucinatoire, ainsi que manie et mélancolie ne désignent pas des maladies, mais des « complexes symptomatiques ».

Dans le méli-mélo nosologique de son époque, il fait de la construction du concept de Kraepelin le véritable concept nosologique. Ce concept a des symptômes qui n'appartiennent qu'à lui, et qui sont toujours présents dans son cas. C'est d'eux que ce groupe tient de « réelles frontières ». Par ailleurs, il ajoute qu'il correspond à la réalité du fait que les critères sont concrètement faciles à trouver. Néanmoins, à l'intérieur du groupe les « combinaisons symptomatiques » sont interchangeables, ce qui amène Bleuler à faire des « tableaux d'états » et non à conceptualiser des maladies. Notamment en ce qui concerne le différentiel entre la paranoïa et la schizophrénie.

Dans le diagnostic, « *ce qui importe, c'est donc moins le symptôme isolé pris en soi que son intensité et son extension, et surtout son rapport à l'environnement psychologique* ».

La théorie bleulérienne de la schizophrénie :

Bien que Bleuler prenne soin de préciser dans son ouvrage qu'il s'inscrit dans le droit-fil de la nosographie kraepelinienne, - « *Toute l'idée de la démence précoce vient de Kraepelin ; c'est aussi presque uniquement à lui qu'on doit la classification et la mise en relief des divers symptômes* »[44] - avec son néologisme, Bleuler fait rupture avec les

[42] Bleuler, E., op.cit.
[43] Bleuler, E., op. Cit.
[44] Bleuler, E., Avant-propos, op.cit.

conceptions de l'époque. On note toutefois que dans la filiation de la démarche de Kraepelin, il s'appuie sur l'hypothèse d'une analogie fondamentale de la médecine de l'esprit et de la médecine du corps, ce qui l'amène à proposer une thèse du processus causal organique.

Pour Bleuler, la schizophrénie est due à une maladie cérébrale dont la cause et les lésions sont encore mal connues. Il décrit un certain nombre de symptômes qui d'après lui, sont des manifestations directes et immédiates de l'affection organiques causale, les symptômes primaires. L'auteur se propose donc de repérer un groupe plutôt qu'une entité morbide, subsumé par un concept qui en désignerait le signe pathognomonique : la schize ou scission de la psyché.

« J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le démontrer, la scission (Spaltung) des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour des raisons de commodités, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe contienne vraisemblablement plusieurs maladies »[45].

Bleuler définit ainsi son domaine :

« Nous désignons sous le nom de démence précoce ou schizophrénie un groupe de psychoses qui évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s'arrêter ou rétrocéder à n'importe quel stade, mais qui ne permet sans doute pas de *restitutio ad integrum* complète. Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique et qu'on ne rencontre nulle part ailleurs.

« Il existe dans tous les cas une *scission plus ou moins nette des fonctions psychiques* : si la maladie est franche, la personnalité perd son unité ; c'est tantôt l'un et tantôt l'autre des complexes qui représente la personne : l'influence réciproque des divers complexes et aspirations est insuffisante ou tout à fait absente ; les complexes psychiques ne confluent plus, comme chez le sujet sain, en un conglomérat d'aspirations ayant une résultante homogène, mais un complexe domine temporairement la personnalité, tandis que d'autres groupes de représentations ou d'aspirations sont écartés par clivage et totalement ou partiellement inopérants. Les idées aussi ne sont souvent pensées qu'en partie, et des fragments d'idées sont assemblés de façon impropre en une nouvelle idée. Même les concepts perdent leur intégrité, sont privés d'une ou plusieurs composantes, souvent essentielles ; dans certains cas ils ne sont même constitués que de quelques représentations partielles.

« Souvent, *l'activité associative* n'est donc déterminée que par des fragments d'idées et de concepts ; ne serait-ce que pour cela elle revêt, outre son caractère incorrect, quelque chose de bizarre, d'inattendu pour un sujet sain ; souvent aussi, elle s'arrête subitement au milieu d'une pensée, ou quand elle devrait passer à une autre idée, pour autant qu'elle est consciente, du moins (barrage) : au lieu de la suite surgissent parfois de nouvelles idées, que ni la conscience du patient lui-même, ni l'observateur ne peuvent mettre en rapport avec contenu idéique précédent »[46].

Au sujet des causes de la schizophrénie, dans son traité, Bleuler avance avec prudence : est-ce une infection, une constitution héréditaire ou encore est-ce dû à une prédisposition individuelle ?

[45] Bleuler, E., « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies », op. Cit. p.44
[46] Op.cit.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Cependant, selon lui « l'hérédité doit bien jouer un rôle dans l'étiologie de la schizophrénie ». Dès ce début du XX^{ème} siècle on voit le recours statistique se profiler pour résoudre la question de l'hérédité : « *pour le moment, la voie statistique est la seule qui soit accessible pour résoudre ces problèmes* ». La quantité des facteurs utilisés et les différences de modes de comptabilisation créent des désaccords. Que Bleuler résous grâce au concept de « schizophrénie latente » qui lui permet d'arguer une prédisposition héréditaire de la maladie mentale :

« Car il est vraisemblable, dit-il, qu'une grande partie de ces anomalies qualifiées de maladies nerveuses étaient des schizophrénies latente.

« La prédisposition héréditaire joue donc sûrement un rôle important parmi les causes de la schizophrénie. Mais nous ne savons pas en quoi consiste ces prédispositions, ni de quelle façon elles pourraient s'exprimer par ailleurs ; elles semblent être spécifiques de la schizophrénie »[47].

Si l'âge juvénile est une prédisposition particulière depuis Kraepelin, Bleuler ajoute la question de la « prédisposition individuelle ». L'intelligence n'est pas en rapport avec une quelconque prédisposition. Il exclut également les circonstances extérieures, il s'agit selon lui de « corrélations psychiques qui ne déterminent pas la maladie mais la rendent manifeste ». On perçoit que Bleuler ne parvient pas à consentir aux hypothèses freudiennes, au contraire :

« On ne saurait encore déterminer avec certitude s'il existe même des *causes psychiques* de la schizophrénie ; mais vraisemblablement faut-il répondre par la négative. Si les anamnèses sont bien faites, on trouve d'une façon si régulière des signes de la maladie antérieurement au trauma psychique qu'il devient difficile d'accorder à celui-ci une valeur causale. Et dans la plupart des cas il est également évident d'emblée que la relation amoureuse malheureuse, la rétrogradation d'emploi, etc. étaient la conséquence et non la cause de la maladie, pour autant qu'il y aurait le moindre rapport.

« Et pourtant, l'idée de l'étiologie psychique de cette maladie ne cesse de resurgir, d'une part parce que celle-ci fait trop souvent suite à un événement vécu déplaisant, et d'autre part parce que, même après son éclosion manifeste, aggravations et améliorations dépendent indubitablement d'influences psychiques, et aussi parce que les symptômes renvoient à un rapport avec l'événement vécu, l'amoureux dédaigné assouvissant ses souhaits dans ses délires ou produisant des stéréotypies qui lui permettent de s'occuper, du moins symboliquement, de l'objet de ses aspirations.

« Il résulte indubitablement de tout cela que des vécus psychiques naturellement presque tous de nature désagréable peuvent provoquer des symptômes schizophréniques. Mais il est extrêmement improbable que la *maladie* soit réellement produite par eux »[48].

En effet, en ce qui concerne la maladie Bleuler fait l'hypothèse d'une perturbation anatomique ou chimique du cerveau. Selon lui, elle évoluerait de façon généralement chronique, mais avec des poussées aigues et des stabilisations, ce qui détermine les symptômes primaires (relâchement associatif, éventuellement tendance aux hallucinations et aux stéréotypies, etc.). Toutefois, il évoque le trauma psychique comme possible déclencheur de la maladie, tout comme il évoque les influences psychiques du dehors comme pouvant provoquer des améliorations.

[47] Bleuler, E., Neuvième chapitre – les causes, in « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies », op. Cit.
[48] Idem.

Selon cette conception, la terminaison est « quelque chose qui ne tient pas seulement à la maladie, mais qui dépend aussi de certaines contingences intérieures et extérieures ».

La psychopathologie de Bleuler. Le groupe des schizophrénies.

Dans son ouvrage publié en 1911, Bleuler regroupe donc un certain nombre de troubles psychiatriques déjà décrits. Les psychoses réunies dans ce groupe se caractérisent par :

- Une altération de la pensée,
- Altération du sentiment et des relations du monde extérieur
- Une scission plus ou moins nette des fonctions psychiques.
- Un processus psychique : « le relâchement des associations ».

Bleuler a essayé de distinguer les troubles primaires, témoignant directement des troubles organiques de base, et les troubles secondaires réactifs :

Troubles primaires : Troubles des associations ; troubles de l'affectivité ; ambivalence des sentiments, de la volonté, de l'intelligence ; autisme (détachement du monde extérieur concentration sur le monde intérieur du sujet).

Troubles secondaires : Troubles sensoriels (illusions et hallucinations) ; idées délirantes ; troubles amnésiques ; troubles de la personnalité ; troubles de l'écriture et du langage ; troubles somatiques syndrome catatonique ; symptômes aigus (états maniaques, bouffées délirantes, états confusionnels).

Si les troubles primaires sont essentiels, ils sont peu connus, et des recherches ultérieures devraient en compléter la liste selon Bleuler. Au contraire, les signes secondaires emplissent de leur description et de leur interprétation la plus grande partie de l'ouvrage.

Les différentes formes de la schizophrénie sont :

La catatonie : Bleuler l'a inclut dans le groupe des schizophrénies, bien qu'il ne décrive les états catatoniques que dans les signes accessoires, avec deux extrêmes : les états hyperkinétiques et les états akinétiques. Par ailleurs Bleuler montre que certains patients présentant une catatonie présentent également un état crépusculaire. Selon lui, le pronostic de la catatonie serait défavorable.

L'*hébéphrénie* : ce qui est particulièrement caractéristique de cette affection, selon Hecker, est la stupidité terminale, avec des troubles massifs du langage oral et écrit, anomalie de la construction syntaxique, longues phrases à la syntaxe complexe sans perte du cours de la pensée, impossibilité de formuler sa pensée sous une forme concise, tendance à rester toujours fixé sur le même thème, voire tendance au jargon, prononciation bizarre parfois. Par la suite apparaît un effondrement massif des performances. Les troubles apparaitraient entre 18 et 22 ans. C'est à titre de symptôme accessoire que Bleuler l'inclut dans le groupe des schizophrénies.

La schizophrénie paranoïde : nous avons vu que le terme est dû à Kraepelin, qui le dérive du terme paranoïa afin de qualifier une forme de délire chronique distingué du délire typiquement paranoïaque. Trois caractéristiques sont à retenir : l'existence d'une activité hallucinatoire, l'évolution vers un affaiblissement psychique conçu comme terminal, et la causalité endogène. A cela, Bleuler ajoute sa propre description : il existe des hallucinations auditives verbales et des hallucinations corporelles ; les idées délirantes sont sans unité logique, non systématisées, donnant l'impression d'un délire chaotique ; par ailleurs il existerait un déficit. A noter également, que Bleuler considérait que la paranoïa elle-même devait être incluse de façon au moins partielle dans les schizophrénies, au contraire de ce que soutenait Freud.

La schizophrénie simple : est caractérisée par le côté peu repérable, discret des symptômes, qui doivent néanmoins être présents a minima.

La maladie ne présuppose pas pour Bleuler de facteurs psychiques préalables indispensables. Seul le facteur causal organique supposé est le *primum movens*, qui produit quelques signes primaires. La psychogénie des symptômes secondaires ne représente pas un facteur causal de la maladie, mais seulement soit une amplification des troubles primaires, soit une tentative de colmatage : « *Presque toute la symptomatologie de la démence précoce qui a été décrite jusqu'à maintenant est secondaire et, en un certain sens contingente. C'est pourquoi la maladie peut rester longtemps asymptomatique* ».

La distinction très classique entre symptômes fondamentaux et symptômes accessoires prend ici une signification nouvelle. Les uns et les autres ne sont pas simplement juxtaposés. Ils n'entrent pas non plus dans une série temporelle (Kraepelin) où les uns sont ceux qu'on retrouve au terme de l'évolution alors que les autres peuvent disparaître en cours de route. Pour Bleuler les uns et les autres sont synchrones dans une relation dynamique.

« Certains symptômes de la schizophrénie sont présents à chaque instant et dans chaque cas, bien que, comme tout autre symptôme pathologique, ils doivent avoir atteint un certain degré pour pouvoir être en tout état de cause diagnostiqués avec certitude. Naturellement, nous ne parlons ici que des grands complexes symptomatiques en tant qu'ensembles. Par exemple, le trouble spécifique des associations est toujours présent, mais non chacune de ses manifestations parcellaires. L'anomalie des associations se manifeste tantôt sous la forme de barrages, tantôt sous celle d'émiettements des idées, tantôt sous celle de n'importe quelles autres manifestations schizophréniques.

« Outre ces symptômes permanents spécifiques, ou symptômes fondamentaux, nous trouvons une foule d'autres phénomènes, plus accessoires, comme les idées délirantes, les hallucinations ou les symptômes catatoniques, qui peuvent faire défaut par moments, ou même pendant toute l'évolution d'un cas de la maladie, tandis que d'autres fois ils déterminent seuls et en permanence le mode sur lequel la maladie se manifeste »[49].

La difficulté est de distinguer le symptôme primaire (trouble des associations), cliniquement identifiable, du processus qui le produit (Spaltung). Dans un premier temps, le terme de « Spaltung » désigne à la fois symptôme primaire et processus. Pour établir la distinction, Bleuler est amené à postuler l'existence d'un processus antérieur à la

[49] Bleuler, E., Symptomatologie, op. Cit.

« Spaltung », la « Zerspaltung »[50] (fission). Mais à peine affirmée, Bleuler doit reconnaître que la distinction est, dans la pratique, bien difficile à maintenir. Il y a là incontestablement une zone d'ombre à laquelle s'ajoute une inconnue : « Nous ne connaissons même pas encore avec certitude les symptômes primaires de l'affection cérébrale schizophrénique » et plus loin « ce qu'est le processus schizophrénique, cela nous ne le savons pas ».

Bleuler laisse ouvert le choix entre deux interprétations : ou bien la rupture des associations peut être le fait d'un processus organique, et le complexe idéoaffectif ainsi isolé du reste de la personnalité fonctionne comme un corps étranger et devient pathogène ; ou bien la charge affective contenue dans le complexe est telle qu'elle provoque la rupture des associations (psychogenèse). Quelle qu'en soit la nature, l'important pour Bleuler est d'affirmer l'existence d'un processus. La Spaltung reste donc entourée d'une certaine obscurité. En France, les termes qui ont prévalu sont ceux de « dislocation » pour désigner le processus, et de « discordance » pour désigner les aspects cliniques du processus.

Dans sa hiérarchie bipolaire des symptômes, les symptômes primaires seraient l'indice d'un processus morbide, alors que les secondaires constituent tous les symptômes de la démence précoce jusqu'ici décrits. Ils peuvent tous être compris comme les produits du mécanisme de défense du Moi face à un processus. Dans son analyse des contenus des délires et dans celle des troubles psychomoteurs, Bleuler reprend le vocabulaire freudien : déplacement, condensation, symbolisation, etc. Le processus libère et fait apparaître, selon lui, dans la conscience vigile les contenus inconscients normalement inhibés et métamorphosés par les mécanismes de défense. Le contenu des hallucinations et des idées délirantes est psychogène. Désirs et craintes refoulées réapparaissent sous formes d'idées délirantes et sont niés comme appartenant au sujet.

Si l'ambition à trouver une étiologie organique ne venait pas nous contredire, nous pourrions dire que, dès 1911, Bleuler fournit une vue d'ensemble de la clinique psychanalytique de la schizophrénie. Cependant, si Bleuler se sert des hypothèses freudiennes, c'est pour étayer l'hypothèse d'une infection ou auto-intoxication à la base du « complexe symptomatique » dont le trouble des associations est le pivot.

Les symptômes fondamentaux sont constitués par le trouble schizophrénique des associations et de l'affectivité, par une tendance à placer sa propre fantaisie au-dessus de la réalité et à se retrancher de celle-ci (autisme). La tendance aux ruptures associatives serait donc d'ordre primaire, alors que le choix des associations perturbées serait plutôt secondairement déterminé par les complexes affectifs. La subordination d'un symptôme aux complexes indiquerait sa nature secondaire, alors que le signe primaire serait sans contenu psychique.

Ce relâchement des associations serait cause d'un affaiblissement des fonctions logiques, ce qui rendrait compte de la prédisposition pathologique à la fragmentation de l'esprit, au délire. L'affaiblissement logique se ferait au profit des affects, ou complexes affectifs. Il en résulterait une tendance aux associations dites superficielles, approximatives, telles qu'association par assonance, consonance, prononciation, confusion conceptuelles, symbolisme au sens jungien.

[50]Postel, J., et Quetel, C., « Nouvelle Histoire de la psychiatrie », op. Cit. p.346

Le plus caractéristique des troubles associatifs semble être pour Bleuler *le barrage* : il est discernable quand l'association s'arrête brusquement. Si elle reprend ensuite son cours sans nul lien avec la pensée antérieure, le barrage devient coq-à-l'âne. De tels troubles conduiraient à une rupture de la cohésion de la pensée. Et seraient à l'origine des conceptions délirantes, dont la forme serait déterminée, secondairement, par l'intervention des complexes idéo-affectifs. Ce sont les troubles associatifs qui entraineraient une dissociation des fonctions psychiques, en sorte que la pensée du schizophrène deviendrait dominée par certains systèmes de complexes indépendants qui compromettraient son unité.

En résumé, selon Bleuler, la pensée des schizophrènes est morcelée, incohérente, illogique et déterminée secondairement dans ses contenus par des complexes affectifs.

La pensée schizophrénique

« Dans la schizophrénie, les voies associatives acquises ont perdu de leur solidité : des associations que l'on fait habituellement de façon régulière n'ont pas lieu ; à leur place est associer un matériel qui, normalement, n'est pas en rapport avec l'idée de départ ».

La scission est donc la condition préalable de la plupart des manifestations de la maladie. Toutefois, avant cette scission systématique des idées, Bleuler émet l'hypothèse d'un relâchement primaire du tissu associatif. Il en conclut que la scission schizophrénique n'est « qu'une exagération de processus physiologiques ».

D'un point de vue clinique l'altération des associations est repérable par le côté insolite et illogique de la pensée du schizophrène, comme si deux idées se rencontrant par hasard se réunissaient en une pensée, dont la combinaison serait déterminée par les circonstances.

Bleuler prend l'appui sur la production d'un jeune schizophrène, qui écrivit spontanément ce qui suit :

« A l'époque de la Nouvelle Lune, venus est dans le ciel d'août de l'Egypte et illumine de ses rayons les ports marchands, Suez, Le Caire et Alexandrie, dans cette ville le califat historiquement célèbre se trouve le musée des monuments assyriens de Macédoine. Y croissent, outre les colonnes de maïs pissang, l'avoine, le trèfle et l'orge également des bananes, des figues, des citrons, des oranges et des olives. L'huile d'olive est une sauce liqueur arable, avec laquelle les Afghans les Maures et les Musulmans pratiques l'élevage des autruches. Le pissang indien est le whisky des Parsis et des arabes. Le Parsi ou Caucasien possède tout autant d'influence sur son éléphant que le Maure sur son dromadaire. Le chameau est le sport des Juifs et des indiens. En inde pousse admirablement l'orge, le riz et la canne à sucre c'est-à-dire l'artichaut. Les brahmanes vivent en castes au Belachistan. Les Tchirghizes habitent la Mandchourie de Chine. La Chine est l'eldorado du pawnee. »[51]

Ce qui détermine les idées ici n'est pas la « représentation du but » qui fait défaut. La cohésion des idées semble plutôt assurée par une sorte de concept générique, ici l'Orient, dont

[51] Bleuler, E., dixième partie – la théorie, op. Cit

on a tiré les files ensuite, selon les caprices du hasard, en les reliant par des formes grammaticales. De là découle l'idée d'une hiérarchie des associations : seraient tenues pour fortes les associations dites logiques et pour faibles les associations dites verbales. La pensée schizophrénique porte les séquelles de ce déficit primaire : le schizophrène, comme le rêveur, se replie dans son monde intérieur, et c'est l'autisme. L'affaiblissement des contraintes logiques a pour conséquences que les « complexes » s'y satisfont sans difficulté.

Outre le trouble de l'association des idées, et de la dissociation des fonctions psychiques, il existerait un troisième symptôme fondamental : les troubles affectifs. Ces derniers sont de deux ordres, d'une part l'indifférence, d'autre part les réactions discordantes.

Le trouble affectif schizophrénique semble indépendant du trouble de la pensée pour Bleuler. Néanmoins, il s'appuie sur les conceptualisations freudiennes des mécanismes de défense du moi pour théoriser la tendance au clivage d'affects.

Il ne spécifie que l'*autisme* comme conséquence directe de la scission schizophrénique, les autres anomalies des affects étant des exagérations de ce qu'on retrouve également chez les sujets sains, et notamment, l'hystérique. Ainsi, beaucoup de schizophrènes présentent en certaines périodes une très grande indifférence qui peut aller jusqu'au désintérêt complet pour les fonctions les plus essentielles. Quant aux discordances entre la pensée et l'affect elles se manifestent par exemple lors du rire immotivé.

Une part essentielle des symptômes schizophréniques provient donc des complexes chargés d'affects :

> « Ce qui détermine la symptomatologie, c'est le complexe chargé d'affect qui, de son côté, dépend néanmoins souvent de penchants innés : seul celui qui a la pulsion de jouer un rôle donné dans le monde, que ce soit en politique, dans la religion ou dans la science, peut déterminer ses symptômes pathologiques par un complexe correspondant. *Une* tendance pulsionnelle est néanmoins commune à tous les hommes, la sexualité, qui, avec tout ce qui en dépend, représente une grande part de notre Moi. C'est pourquoi nous rencontrons le complexe sexuel dans tous les cas, tantôt seul, tantôt associé à d'autres »[52].

Bleuler infère une causalité inconsciente aux motifs des hallucinations et autres erreurs sensorielles des schizophrènes, « non seulement leur contenu exprime une idée, mais elles dépendent aussi de représentations au niveau de leurs détails accessoires ». C'est à partir de l'interprétation des symptômes schizophréniques dans le sens de la symbolique freudienne qu'il parvient à expliquer le mécanisme de l'altération de la réalité (condensation et déplacement). Derrière nombre des divers symptômes de la maladie, il y a des souhaits, des craintes et des aspirations, et les obstacles qui s'y opposent. Il y ajoute plus loin l'angoisse en relation avec les symptômes.

A la fin de ce qui constitue la partie théorique de son ouvrage il avance même que « *la symptomatologie qui nous saute aux yeux n'est sûrement en partie (et peut-être globalement) rien d'autre que l'expression d'une tentative plus ou moins ratée de sortir d'une situation insupportable* ».

[52] Bleuler, E., op.cit.

Si Bleuler ne théorise pas le concept de négativisme, il est néanmoins à la base de son pessimisme thérapeutique. En effet, selon lui le rapport des schizophrènes au monde extérieur est devenu différent, et dans l'ensemble hostile. Les patients vivent dans leur monde autistique. Aussi, Bleuler a-t-il l'idée qu'ils ressentent « comme des perturbations déplaisantes tous les stimuli en provenance de l'extérieur auxquels ils ne peuvent pas faire barrage ».

Les symptômes secondaires semblent être la cause de l'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie, selon Bleuler. En effet, ce sont eux qui rendent la psychose manifeste et amènent à demander une aide psychiatrique. Ils peuvent être présents durant toute l'évolution, ou seulement au cours de périodes de celle-ci. « *Sont avant tout secondaire, en tant que conséquence directe du relâchement des associations : l'utilisation, pour penser, de simples fragments conceptuels, avec ses résultats inexacts, les déplacements, les symbolisations, les condensations, la dissociations de la pensée. Ce type de scission a ses lois, purement psychiques : sont perturbées les fonctions qui entrent en conflit avec certains besoins affectifs du patient* »[53].

Les plus connus sont les hallucinations et les idées délirantes. Le langage parlé et écrit et une série de fonctions corporelles sont parfois altérés. Tous ces troubles peuvent être transitoires ou de longue durée. Alors qu'on avait délimité des maladies particulières à partir de ces symptômes, ces manifestations pouvant donner l'impression de psychoses aigues autonomes, pour Bleuler ce ne sont que des épisodes ou des exacerbations survenant au cours d'une évolution plus longue.

« Ce qui est caractéristique des hallucinations de la schizophrénie, c'est la prééminence de l'ouïe et des sensations corporelles. Presque chacun des schizophrènes des asiles entend des Voix par intermittences ou en permanence. Presque aussi fréquentes sont les perceptions illusoires correspondant aux différents organes du corps »[54].

Le contenu des hallucinations schizophréniques est décrit à travers le prisme de l'erreur sensorielle par Bleuler, mais témoignent d'un intérêt pour la diversité clinique des phénomènes pathologiques :

« Les patients *entendent* souffler, mugir, bourdonner, cliqueter, tirer, tonner, faire de la musique, pleurer et rire, chuchoter, parler, appeler ; ils *voient* divers objets, des paysages, des animaux, des gens et toute sortes de formes impossibles ; ils sentent et goutent tout ce qui peut agir sur ces sens d'agréable ou de désagréable ; ils touchent des objets, des animaux et des gens et sont atteints par des gouttes de pluies, du feu, des balles ; ils ressentent tous les tourments, et sans doute aussi toutes les choses agréables que nos sensations corporelles peuvent nous transmettre »[55].

Bleuler en conclut sur le drame du schizophrène pour lequel :

« Ce qui est quotidien, c'est que les Voix menacent, invectivent, critiquent et consolent en mots hachés ou en courtes phrases ; que les malades voient des persécuteurs ou des personnages

[53] Bleuler, E., Dixième partie – La théorie, op. Cit.
[54] Bleuler, E., Chapitre 2 – les symptômes accessoires, op. Cit.
[55] Op.cit.

célestes, certains types d'animaux, du feu et de l'eau, et puis quelque environnement souhaité ou craint : le paradis, l'enfer, un château, une caverne de brigands ; qu'ils sentent de l'ambroisie ou un poison ou un immondice quelconque dans leur nourriture ; qu'ils soient environnés de vapeurs toxiques ou d'un merveilleux parfum qui les emplit de béatitude ; qu'ils éprouvent le plaisir d'amour ou les tourments d'un corps profané par toutes les influences physiques ».

L'intérêt de cet inventaire à la Prévert, réside dans l'analyse psychologique de ces phénomènes pathologiques. Ainsi les « *les hallucinations auditives les plus communes sont celles du langage. Les Voix de nos malades recèlent leurs aspirations, leurs craintes, et l'ensemble de l'altération de leur rapport au monde extérieur* ». Mais aussi de la portée clinique de ces commentaires : « *les Voix fournissent aussi des renseignements sur elles-mêmes ; elles disent qui elles sont, quel air elles ont, où elles sont, etc.* ». Plus loin il ajoute que « *les Voix sont souvent localisées dans le corps, [...]. Un polype peut être motif à situer les Voix dans le nez ; une colite les met en rapport avec l'abdomen ; une respiration ronflante, une éructation les relient aux organes correspondants. Dans le cas des complexes sexuels, le pénis, l'urine dans la vessie, le nez profèrent des mots obscènes.* ».

Nous voyons ici la spécificité de la schizophrénie au niveau du corps et de la langue à travers la singularité des témoignages des patients : « les Voix du cœur se sont enracinées en chapelet sur mon corps » ; « je reçois aussi beaucoup de Voix, et ce de telle façon que souvent il pleut littéralement sur moi » ; « comme si elles heurtaient avec un son, si bien que ça donne un coup aux nerfs ».

Dans la symptomatologie à double étage de Bleuler, les troubles secondaires peuvent être les conséquences directes des troubles primitifs, ou bien des réactions psychiques aux troubles primitifs. Dans ce cas, pour l'interprétation des symptômes, il adjoint l'étude d'un mécanisme psychologique : l'autisme[56]. L'autisme de la schizophrénie est un symptôme nouveau, dans lequel deux éléments sont à considérer : la prolifération d'une pensée subjective à type affectif et le désintérêt du monde extérieur qui en est la conséquence. L'autisme est le produit de l'influence des travaux de Freud sur l'œuvre de Bleuler. Notamment l'analyse des rêves. Voici ce que Bleuler en dit dans son Traité :

« Les schizophrènes les plus graves, qui ne cultivent plus aucune relation, vivent dans un monde en soi, ils se sont enfermés dans leur chrysalide avec leurs souhaits, qu'ils considèrent comme exaucés, ou avec les souffrances de leur persécution, et ils limitent le contact avec le monde extérieur autant qu'il est possible.

« Nous appelons autisme ce détachement de la réalité, combiné d'une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure.

« Dans des cas moins prononcés, la réalité a seulement perdu plus ou moins d'importance sur le plan effectif ou sur le plan logique. Les malades sont encore impliqués dans le monde extérieur, mais ni l'évidence ni la logique n'ont d'influence sur leurs souhaits ni leur délire. Tout ce qui est en

[56] A noter qu'il ne s'agit pas de l'autisme tel qu'il sera ensuite conceptualisé par Léo Kanner.

contradiction avec les complexes n'existe tout simplement pas pour leur pensée ni pour leur sensibilité »[57].

« L'autisme est à peu près la même chose que ce que Freud appelle *autoérotisme*. Mais comme la libido et l'érotisme sont pour cet auteur des concepts beaucoup plus larges que pour d'autres Ecoles, ce terme ne peut guère être utilisé ici sans donner lieu à de nombreuses méprises. Le terme autisme dit pour l'essentiel, en positif, la même chose que ce que P. Janet qualifie, en négatif, de « perte du sens de la réalité ». Mais nous ne pouvons accepter sans autre forme de procès cette dernière expression, parce qu'elle prend ce symptôme d'une façon beaucoup trop générale. Le « sens de la réalité » ne fait pas totalement défaut au schizophrène, il échoue seulement pour les choses qui se sont précisément mises en opposition avec ses complexes. »[58]

A noter, bien que l'autisme ait été introduit en rapport avec la schizophrénie, Bleuler n'en fait pas un symptôme fondamental de celle-ci.

Démence précoce et hystérie

C'est à partir de l'analogie entre démence précoce et hystérie que s'ouvrira le débat quant aux destins de la libido, mais aussi quant à l'extension du concept de schizophrénie à toutes les maladies nerveuses. En effet, dans *Dementia praecox* Bleuler n'hésite pas à étendre le concept en y incluant notamment l'hystérie, les hypocondries, manies et autres mélancolies.

Jean-Claude Maleval[59] retrace le débat entre hystérie et psychose. Notamment la question du différentiel entre folie hystérique, démence précoce, et hystérie ordinaire, que Freud discute dans ses diverses correspondances.

Dès 1895, dans une lettre à Fliess, Freud différencie la folie hystérique de l'hystérie ordinaire, et cherche à cerner sa spécificité : du fait de l'échec de la défense, les représentations traumatiques n'y seraient pas refoulées, les affects déplaisants liquidés, tandis que les hallucinations s'y montreraient hostiles au moi et à la défense[60]. Plus tard, il mentionne les « hallucinations hystériques » dans l'interprétation des rêves. Il partage l'opinion classique sur le polymorphisme des troubles puisqu'il parle tantôt de « mélancolie hystérique », dans une lettre à Fliess du 16.01.1899, tantôt de « paranoïa hystérique » dans une lettre à Jung du 12.02.1911[61] et qu'il remarque un cas où une patiente « imite » la démence précoce[62]. De plus, dans « Etudes sur l'hystérie », il y a des exemples de manifestations hallucinatoires et délirantes surgissant dans le cours de cette affection.

Ainsi, Anna O[63] souffre d' « hallucinations horribles et terrifiantes » qui lui représentent des serpents noirs, des têtes de morts, des squelettes etc. D'autre part, il y a une

[57] Bleuler, E., op. Cit, p.106.
[58] Bleuler, E., op. Cit. Note de bas de page n°168, p.106.
[59] Maleval, J.-C., « Folies hystériques et psychoses dissociatives », Éditions Payot et Rivages, rééd. 2007, Paris
[60] Freud, S., Manuscrit H du 24.01.1895, in « Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904 », Edition complète, Presses universitaires de France, 2007, Paris.
[61] Freud, S., « Correspondances Freud et Jung II (1906-1914), coll. Connaissance de l'inconscient, nrf. Gallimard, 1992, Paris.
[62] Lettre de Freud à Jung du 12.04.1909 dans les correspondances.
[63] Pseudonyme d'une patiente d'E. Breuer.

période où ses propos se désagrègent jusqu'au mutisme. Quand elle se remet à parler, elle n'emploie plus que des langues étrangères. C'est ainsi qu'elle introduit l'expression « talking cure ».

Emmy Von N., une patiente de Freud, elle, a des visions d'animaux et de cadavres. Freud écrit à ce propos :

« On pourra, presque sans conteste, donner au cas de Mme Emmy Von N. le nom d'hystérie. L'apparition facile des délires et des hallucinations avec une activité mentale pourtant intacte, les modifications de la personnalité et de la mémoire au cours du somnambulisme artificielle, l'insensibilité des extrémités douloureuses, certains faits d'anamnèse, les troubles ovariens etc., ne permettent pas de douter de la nature hystérique de la maladie, ou tout au moins de la malade »[64]

Dans les écrits ultérieurs de Freud, le concept de psychose hystérique tend à se faire rare, pour quasiment devenir nulle dans ses derniers travaux. Les indications les plus tardives à ce sujet concernent la « Gradiva », quand il parle en 1911 d'un cas de « paranoïa hystérique ». Il fait mention d'un mécanisme hallucinatoire hystérique. Toutefois, le 21 Avril 1907, dans sa correspondance avec Jung, il écrit : « *vous observerez qu'il serait incorrect de dire que l'hystérie se transforme en démence précoce, elle est bien plutôt interrompue et remplacée par la démence précoce* ». Doit-on entendre que Freud rejette hors de l'hystérie tout état délirant et hallucinatoire ? Ce n'est pas le cas, car le 23 mai 1907 il affirme au même correspondant :

« Dans l'hystérie, (…), l'hallucination de l'idée de ce qui est désiré avec subjugation du moi, a lieu, en tant qu'épisode de courte durée dans la crise, par une régression allant de la représentation d'objet surinvestie à la perception. Cette labilité caractérise l'hystérie. Le refoulé devient, temporairement seulement le refoulant. Pendant son cours, toute hystérie peut se transformer en psychose aiguë hallucinatoire ».

Non pas en démence précoce, mais en « amentia » (confusion mentale). Donc, à ce moment, Freud reconnaît l'existence de manifestations délirantes et hallucinatoires aiguës de nature hystérique. En revanche, quand le délire devient chronique, alors le diagnostic de démence précoce est approprié car il s'agit d'un autre fonctionnement psychique.

Bref, Freud envisage sous l'angle de la défense du moi l'existence du processus déréalisant dans la névrose. Les états de clivage du moi (déréalisation et morcellement) auraient pour but d'éviter la rupture entre les différentes instances psychiques, quand elles se trouvent en conflit. Il en est déduit que le moment nodal de la folie hystérique est la survenue dans le réel d'un événement qui éveille la culpabilité inconsciente du sujet, du fait de la réalisation de souhaits refoulés que l'événement semble représenter. La projection hystérique est une défense pauvre face au retour du refoulé. C'est un mécanisme qui suscite d'une part l'émergence des éléments refoulés dans la réalité, et d'autre part, qui maintient à distance de la conscience d'une manière particulière l'événement traumatique présent. La censure opère par magnification et projection de l'événement traumatique.

[64] Freud, S., E. Breuer, « Etudes sur l'hystérie », 1895, cité par J. C. Maleval, op. Cit.

Ce résumé des travaux de Freud sur l'hystérie indique les tentatives de récupération des notions par Bleuler. En effet, les symptômes des deux maladies tirent, selon lui, leur forces de complexes sexuels refoulés mais, alors que dans la névrose la libido est accrue, il en va tout autrement dans la démence précoce, où le sujet est replié sur lui-même, va et vient sans but, ne parlant à personne. C'est donc l'auto-érotisme qui distingue la démence précoce de l'hystérie selon Freud. Dans la démence précoce, l'inhibition du développement aurait été telle que les individus n'auraient jamais dépassé le stade de l'auto-érotisme infantile, ils n'auraient jamais atteint l'amour objectal.

Dans son introduction au concept de schizophrénie, Bleuler n'hésite pas, pourtant, à dire que de :

« La folie maniaco-dépressive et l'hystérie, et peut être aussi bien, dans une certaine mesure, de la paranoïa, nous ne connaissons donc jusqu'à présent que des symptômes qui peuvent aussi se voir dans la démence précoce. La différence entre ces psychoses et la démence précoce consiste seulement en un plus du côté de la démence précoce. Tous les autres états psychotiques ont leurs symptômes spécifiques, qui ne se voient pas dans la démence précoce ».

Autrement dit dans l'hystérie, les symptômes principaux et l'évolution sont explicables psycho-génétiquement à partir d'exagérations d'affects liés à certaines représentations. Ce qui singularise la démence précoce est la tonalité schizophrénique de ces mêmes symptômes, soit qu'ils semblent caricaturaux selon l'auteur, et se combinent aux symptômes spécifiques de cette maladie.

On peut donc en conclure que Bleuler a bâti son concept aussi bien sur l'hystérie que sur la démence précoce. D.F. Allen[65] fait remarquer que Bleuler a intégré l'hystérie crépusculaire (syndrome de Ganser) dans « sa confédération ténébreuse », faisant de la notion moderne de schizophrénie un décalque de la folie hystérique de jadis. En effet, en s'appuyant sur l'insatisfaction du désir, conceptualisé par Freud comme le pivot du délirium hystérique, et sur l'onirisme, Bleuler signe la disparition de l'hystérie dans les méandres de la schizophrénie[66].

[65] Allen, David F., *Critique de la raison psychiatrique: éléments pour une histoire raisonnée de la schizophrénie* (Toulouse: Érès, 1999).
[66] Maleval, J.-C., « Folies hystériques et psychoses dissociatives », Éditions Payot et Rivages, rééd. 2007, Paris.

1.1.2. Le concept et ses remaniements épistémologiques en psychiatrie

a. Les destins de la libido

Le forçage d'Eugen Bleuler

Nous avons rendu compte de la description clinique de Bleuler, à la fois pour profiter de sa richesse, mais aussi comme support à nos questions. En effet, on ne peut que constater que Bleuler ne parvient pas à définir la maladie qu'il conceptualise. Il finit par sortir du cadre de la démence précoce de Kraepelin, pour y inclure un grand nombre de syndromes disparates. Outre la démence précoce et les paraphrénies, on retrouve le délire sénile de préjudice, la plus grande partie des manies et des mélancolies hallucinatoires, la plus grande partie des paranoïas, la plupart des hypocondries incurables, beaucoup de folies morales, de psychose d'emprisonnement, de confusion mentale, etc. Par ailleurs, on ne peut que souligner que la schizophrénie latente, comprenant beaucoup de cas prétendus normaux ouvre d'inquiétantes perspectives. On peut conclure, avec un certain nombre de ses contemporains, que l'extension nosographique ne correspond guère à la précision de la description clinique. Il fait de la schizophrénie le refuge pour tous les cas douteux, ou pour l'usage économico-politique de la psychiatrie (voire à ce sujet l'URSS et la schizophrénie torpide).

D'emblée le concept paraît susceptible de recouvrir une grande partie, sinon toute, de la pathologie mentale, névroses comprises. Eugène Minkowski, assistant de Bleuler avant d'émigrer en France en 1915, consacre en 1921 trois gros articles à l'œuvre de son maître. Il n'hésite pas à écrire : « la schizophrénie n'est pas *une* maladie, mais *la* maladie mentale ». Cette extension, cette tendance à l'hégémonie était parfaitement prévisible et déjà contenue dans le concept lui-même.

En 1926, lors du XXXème congrès des Aliénistes de Langue Française à Genève consacré à la schizophrénie, Bleuler reprend l'évolution de ses conceptions[67]. Il y fait part de la parenté de la schizophrénie avec la folie discordante française. Il précise que pour lui la schizophrénie englobe toutes les psychoses délirantes chroniques, excepté la paranoïa. Mais surtout, il ne s'agit plus pour lui d'un groupe de psychoses mais d'une maladie unique dont les trois symptômes pathognomoniques sont : le relâchement des associations, un trouble de la sphère affective, et l'autisme.

Le système bleulérien marque la rupture avec les cadres nosographiques rigides[68]. Tout est affaire, dit Bleuler, de variations quantitatives du processus. Ce sont ces variations, en plus ou moins, de l'intensité des symptômes fondamentaux qui déterminent les formes cliniques de la même affection. L'un des pôles est fortement chargé en symptômes secondaires avec très peu de symptômes primaires, et l'on rejoint les formes pseudo-névrotiques de la schizophrénie. L'autre pôle est pratiquement dépourvu de symptômes

[67] Garrabé, J., « Histoire de la schizophrénie », op.cit. pp. 114-116.
[68] Postel, J., et Quetel, C., « Nouvelle histoire de la psychiatrie », op.cit., Dunod, 2012, p.347.

secondaires, seuls apparaissent les symptômes fondamentaux, et l'on rejoint les formes asymptomatiques de la schizophrénie, la schizophrénie simple. D'un côté, les névroses, de l'autre les sujets apparemment normaux ; entre les deux, toutes les formes possibles et imaginables de psychoses. Ce sont encore les variations en plus ou en moins des symptômes primaires qui déterminent la gravité de l'évolution.

Enfin, l'exploit logique de Bleuler semble être d'affirmer une localisation organique sans preuve, mais néanmoins déterminante. En effet, c'est en toute tranquillité qu'il relègue le psychisme à un statut secondaire, tout en affirmant que « ce qu'est le processus schizophrénique, cela nous ne le savons pas »[69]. Avec David Franck Allen, nous pouvons dire que Bleuler a suivi une « logique d'identité »[70] entre hystérie et démence précoce. Ceci, probablement, à partir des publications concomitantes de Jung sur la libido et de Freud sur le cas Schreber[71] en 1911. En effet, on peut dire que l'invention du concept de schizophrénie est une production du discours analytique, au sens d'un rejet, un surgeon du discours analytique[72]. « *Au fond, c'est le résultat d'une mise au travail des concepts analytiques sur le matériau kraepelinien, par les bon soins de Bleuler* », nous dit Jacques-Alain Miller.

Nous avons vu que Bleuler, alors qu'il rédige son ouvrage sur la schizophrénie, est imprégné des théorisations freudiennes. Cependant, il hésite à admettre le terme de sexualité au sens freudien. Il craint, dit-il, que le terme d'auto-érotisme n'écorche les oreilles bien pensantes de ses collègues. Dans la Lettre 110F du 15 Octobre 1908[73], Freud relate à Jung sa discussion avec Bleuler lors d'un diner où, pour trouver un terme moins malséant Bleuler propose celui d'autisme. Comme on le voit la référence à l'éros y est gommée.

Bleuler et son collaborateur Jung avaient eu l'intention de promouvoir le principe d'une interprétation possible des phénomènes psychiatriques à l'aide des mécanismes isolés par Freud. Il s'agissait par exemple de montrer que tel propos dépourvu de sens, tel mot inventé ou raisonnement illogique n'était pas le fruit d'un pur hasard, mais était l'effet de l'un ou l'autre mécanisme qui caractérise la vie psychique, lorsqu'elle n'est plus soumise au supposé pouvoir régulateur et unificateur du moi : condensation, déplacement, association d'idées sur la base d'une similitude phonétique, expressions métaphoriques prises à la lettre, etc.

Alfredo Zenoni, dans son article « Penser la schizophrénie aujourd'hui »[74], remarque que cet intérêt pour le déchiffrage est loin d'être en continuité avec les hypothèses freudiennes sur l'origine de la folie, mais :

> « N'était que l'envers d'un projet clinique visant à en ramener toute la symptomatologie à un trouble fondamental, d'ordre essentiellement intellectuel, le trouble de l'association des idées. Il était

[69] Op. Cit. p.24.
[70] Allen, D.F., op.cit. p.140.
[71] A noter que dans son texte Freud s'éloigne de son élève proposant une distinction entre schizophrénie et paranoïa, voire même un refus du néologisme bleulérien, préférant le terme de paraphrénie à celui de schizophrénie.
[72] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », Quarto n°10, revue de psychanalyse publiée en Belgique, Février 1983.
[73] Freud, S., Jung, C.G. « Correspondances. (1906-1914) », Connaissance de l'inconscient, nrf, éditions Gallimard, 1992.
[74] Zenoni Alfredo, « Penser la schizophrénie aujourd'hui", Cahiers de psychologie clinique, 2003/2 n°21, p.61-72. DOI : 10.3917/cpc.021.0061

inadmissible que l'homme pût être divisé, « schizé » du fait de son humanité même, à cause de la libido spécifique qui l'anime, comme cela avait été mis en évidence pour les névroses. Les mécanismes freudiens étaient seulement invoqués pour illustrer une déstructuration du pouvoir de synthèse du moi et de la conscience qui ne pouvait laisser supposer d'autre étiologie que de nature organique ou toxique ».

L'histoire des relations entre Freud et Bleuler doit, par ailleurs, nous inviter à nuancer les rapports de Bleuler avec la psychanalyse. Celui-ci, nous dit Minkowski, « *tout en reconnaissant le rôle des complexes dans la genèse des symptômes, n'a jamais admis une conception purement psychoanalytique de la schizophrénie* »[75]. Ce qui nous semble important de retenir de l'œuvre de Bleuler est le point de vue psychopathologique, l'étude des mécanismes schizophréniques, l'analyse psychologique du comportement particulier des schizophrènes s'imposant sur la description clinique des cas de cette affection.

La société viennoise, Freud, Jung, Abraham

La correspondance entre Sigmund Freud (1856-1939) et Carl Gustav Jung (1875-1961) commence à partir de 1907, lorsque Jung envoi à Freud un exemplaire de son ouvrage « Sur la psychogenèse de la démence précoce ». La première lettre de Jung annonce à Freud l'envoi de ce travail qui entend appliquer les idées freudiennes à la démence précoce. Dans sa réponse, Freud encourage Jung à s'occuper des psychotiques, mais il fait valoir que ce qui reste essentiel pour lui c'est la différence entre paranoïa et démence précoce.

« J'espère apprendre beaucoup de choses dans cet écrit de vous annoncé depuis longtemps sur la dementia praecox – répond Freud[76]. Je n'ai pas encore de position sûre quant à sa distinction d'avec la paranoïa ni quant à toutes les dénominations récentes dans ce domaine et je confesse une certaine incrédulité à l'égard de la communication de Bleuler selon laquelle les mécanismes de refoulement sont démontrables de la *dementia* mais pas dans la paranoïa. Mon expérience, certes, est plus mince dans ce domaine ; j'essaierai donc là de vous croire ».

Si Freud a certainement reconnu et encouragé les travaux de l'Ecole de Zurich, il en est donc resté éloigné. Les échanges entre les deux hommes présagent de leur future rupture. Jung est partagé entre les positions freudiennes et « les égards envers le public savant allemand ». Et c'est finalement sur la question de la libido que va s'opérer la rupture.

Dans la démence précoce, les complexes affectifs revêtiraient une forme particulière que Jung croit repérer grâce à ses méthodes diagnostiques d'associations. Dans la démence précoce, les complexes seraient fixés, isolés de la personnalité totale. Pour Jung, la spécificité de la démence précoce aurait, de plus, pour cause la présence d'une toxine qui détériorerait le cerveau de façon plus ou moins irréparable, paralysant par là les fonctions psychiques les plus élevées. Là où Freud opère un partage rigoureux entre démence précoce et paranoïa, Jung en fait une démence précoce restreinte.

---

[75] Minkowski, E., « La schizophrénie », Petite bibliothèque Payot, 2002, p.29.
[76] Freud, S., Jung, C. G., « Correspondances. (1906-1914) », op. Cit. p.52

Dans leur correspondance, on note que, ce que Freud tente de transmettre à Jung, et également à Bleuler, c'est le concept d'auto-érotisme, comme ce qui serait l'essence de la dementia praecox. Autrement dit ce qu'il en est de la libido et de ses déplacements dans la formation de la démence précoce, et en même temps ce qui différencie démence précoce et paranoïa. Pour Freud, il s'agit d'expliquer la partie paranoïaque de la démence (ce qu'il fera dans son travail sur Schreber). De plus, dans la suite de leurs échange, en 1908, il dit « *j'écris paranoïa et non dementia praecox car je tiens la première pour un bon type clinique, la seconde pour un mauvais terme nosographique* ».

Freud propose à Jung le concept de « refoulement par détachement de la libido » pour expliquer la paranoïa et la schizophrénie. Freud envisage alors trois cas :

Dans le premier, le refoulement réussit définitivement, avec retour de la libido sur le mode auto-érotique, c'est le cas de la démence précoce. Le deuxième cas envisage l'échec de la projection. La libido pour une part est dirigée vers l'auto-érotisme et, pour l'autre, recherche à nouveau l'objet à l'extrémité perceptive. Le refoulement se transforme en rejet, ceci se produisant, dans la démence précoce, chez le paranoïde. Dans le troisième cas « *le refoulement échoue complètement [...] la libido nouvellement arrivante gagne l'objet désormais devenu perception, produit des idées délirantes extrêmement fortes, la libido se change en croyance, la transformation secondaire du moi se déclenche ; cela donne la paranoïa pure, dans laquelle l'auto érotisme ne parvient pas à se constituer entièrement* »[77] .

Ce que Jung ne supporte pas c'est donc la mise en cause de la fonction de la réalité dans la démence précoce, et notamment que cela tienne au refoulement de la libido comme sexuelle. Et c'est sur cette question du partage entre démence précoce et schizophrénie que la libido constituera une frontière entre psychiatrie et psychanalyse.

Donc si Freud rend hommage à Bleuler et à Jung d'avoir montré que des cas purement psychiatriques peuvent être éclairée par la psychanalyse, il ne satisfait pas de l'interprétation des symptômes. Ce qui intéresse Freud c'est la causalité psychique, ce à quoi les deux psychiatres zurichois s'opposent catégoriquement.

A l'inverse, dans ses écrits (1908), Karl Abraham (1877-1925) est favorable aux théories sexuelles de Freud, comme à même de rendre compte de la clinique de la démence précoce. Il fait une analogie entre démence précoce et hystérie quant au contenu des symptômes. Les événements de type sexuel, traumatisme réel ou impression moins violente, ne sont pas à l'origine de la maladie, ne sont pas cause de l'apparition des idées délirantes et des hallucinations mais leur fournissent un contenu individuel. Il faut donc supposer une prédisposition individuelle spécifique, primaire, qui consisterait en une apparition prématurée de la libido, ou bien en une imagination accrue préoccupée par la sexualité. Abraham propose donc une thèse constitutionnaliste où la spécificité de la démence précoce tiendrait à une anomalie prédisposante de la sexualité infantile.

[77] Freud, S., Jung, C. G., letter 25 F, 23 Mai 1907, in « Correspondances. (1906-1914) », op.cit.

La correspondance avec Freud commence en 1908, celui-ci faisant part de quelques remarques face au schématisme d'Abraham[78] :

- L'élément contraignant résiderait dans le fait que ces traumatismes donnent forme à la symptomatologie de la névrose.
- Il est scabreux de parler de constitution sexuelle anormale, quand cette constitution anormale est la constitution infantile générale.
- Dans la démence précoce, il faudrait postuler un retour à l'auto-érotisme. Retour partiel, qui plus est.
- Que la démence précoce ne soit rien d'autre qu'une « inhibition dans le développement de la personnalité, un développement insuffisant vers l'amour d'objet » n'est guère soutenable, pour autant que le terme de personnalité appartient à la psychologie des surfaces.

Toutefois, Abraham s'en est tenu à une conception constitutionnaliste (prédisposition innée), déficitaire (inhibition du développement psycho-sexuel) et pessimiste quant au recours thérapeutique : la psychanalyse ne lui parait pas être une méthode efficace.

Freud, « Du mécanisme de la paranoïa »[79]

Dans la troisième partie de son écrit sur Schreber, on peut dire que Freud énonce sa clinique de la paranoïa et de la schizophrénie. Dans ce texte, Freud expose sa théorie libidinale des psychoses :

> « Comme nous voyons dans nos analyses que les paranoïaques cherchent à se défendre contre une telle sexualisation de leurs investissements pulsionnels sociaux, nous sommes forcés d'en conclure que le point faible de leur évolution doit se trouver quelque part aux stades de l'autoérotisme, du narcissisme et de l'homosexualité et que leur prédisposition pathogène, peut-être plus exactement déterminable encore, réside en cet endroit »[80].

Il évoque la démence précoce de Kraepelin, en soulignant entre parenthèse son équivalence avec la schizophrénie, pour questionner les différences avec la paranoïa. Notamment quant à la forme, l'évolution, et les fixations libidinales correspondantes.

Pour Freud, le trait distinctif de la paranoïa (ou de la démence paranoïde) doit être recherché ailleurs que dans les complexes. Cette critique adressée à Bleuler, avance notre propos au sujet de l'intérêt prévalent de Freud pour le mécanisme formateur des symptômes.

---

[78] Bleuler, E., Avant-propos, op.cit.
[79] Freud, S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », in « Cinq psychanalyse », PUF, Bibliothèque de psychanalyse, 2003, pp. 304-321.
[80] Op. cit. p.307

« *Des investigations récentes ont attiré notre attention sur un stade par lequel passe la libido au cours de son évolution de l'auto-érotisme à l'amour objectal* ». Ce stade consiste en ceci que :

« L'individu en voie de développement rassemble en une unité ses pulsions sexuelles qui, jusque –là, agissaient sur le mode autoérotique, afin de conquérir un objet d'amour, et il se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps, pour objet d'amour avant de passer au choix objectal d'une autre personne »[81].

Ce que Freud relève ce sont des possibilités de « fixations » au cours de cette évolution normale entre l'auto-érotisme et l'amour objectal. Ces fixations fournissant les bases d'une prédisposition ultérieure à telle ou telle psychonévrose.

« Les personnes qui ne se sont pas entièrement libérées du stade du narcissisme et qui, par suite, y ont une fixation capable d'agir à titre de prédisposition pathogène, ces personnes-là sont exposées au danger qu'un flot particulièrement puissant de libido, lorsqu'il ne trouve pas d'autre issue pour s'écouler, sexualise leurs pulsions sociales et ainsi annihile les sublimations acquises au cours de l'évolution psychique »[82].

Il s'agit pour Freud de repérer le mode qu'affecte le processus du refoulement, en lien avec le développement de la libido. Il trace alors les contours des trois cas que nous avons évoqués plus haut : auto-érotisme, narcissisme, amour objectal. Pour Freud, le processus propre au refoulement dans la démence paranoïde consiste dans le fait que la libido se détache de personnes ou objets auparavant aimés. Cela lui permet, à partir du cas Schreber et de l'analyse de ses investissements libidinaux, de conclure que :

« Le malade a retiré aux personnes de son entourage et au monde extérieur en général tout l'investissement libidinal orienté vers eux jusque -là ; aussi tout lui est-il devenu indifférent et comme sans relation avec lui-même ; c'est pourquoi il lui faut s'expliquer l'univers, au moyen d'une rationalisation secondaire, comme étant « miraculé, bâclé à la six-quatre-deux ». La fin du monde est la projection de cette catastrophe interne, car l'univers subjectif du malade a pris fin depuis qu'il lui a retiré son amour.

« […] Et le paranoïaque rebâtit l'univers, non pas à la vérité plus splendide, mais du moins tel qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le rebâtit au moyen du travail délirant. *Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction* »[83].

C'est là que Freud conceptualise le mécanisme propre à la psychose, « la projection » dans le texte, que Lacan reprendra ensuite sous le nom de « forclusion » : « ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors ».

[81] Op. Cit. p.306.
[82] Idem p.307.
[83] Freud, S., op. cit. pp.314-315.

Freud propose donc une clinique comparative à partir de l'hypothèse du détachement de la libido comme « mécanisme essentiel et régulier de tout refoulement ». À l'appui, il évoque la vie psychique normale, non seulement les deuils, mais une dynamique « des états d'âme » où « nous retirons sans cesse notre libido de certaines personnes ou de certains objets, sans pour cela tomber malades »[84]. Il en résulte que le détachement de la libido ne saurait être le facteur pathogène de la paranoïa, il doit présenter en outre un caractère qui lui est spécifique. Freud argumente sa position à partir du destin de la libido ainsi détachée de l'objet.

Pour un être normal, la libido cherchera un substitut. Jusqu'à ce qu'elle le trouve, la libido libérée restera flottante dans le psychisme, où elle produira des états de tension et influera sur l'humeur. Dans l'hystérie, la libido libérée se transforme en influx nerveux somatique (conversion) ou en angoisse. Dans la paranoïa, la clinique nous enseigne quant au destin de la libido devenue libre : le délire des grandeurs, dans la plupart des cas de paranoïa, nous indique que la libido se fixe sur le moi. Il y a un retour au stade du narcissisme. Pour Freud, c'est donc du côté d'un trouble de la libido spécifique qu'on trouve le caractère distinctif de la psychose : « *je considère comme infiniment plus probable d'expliquer la relation modifiée du paranoïaque avec le monde extérieur uniquement ou principalement par la perte de l'intérêt libidinal* »[85].

Dans son article de 1924, « Névrose et Psychose »[86] Freud tend à dégager une clinique différentielle des névroses et des psychoses à partir de la partition de l'appareil psychique en un Moi, un Surmoi et un Ça. Si dans la névrose le moi est entré en conflit avec le ça, c'est selon les ordres de son surmoi et de la réalité. La formation du symptôme et la mise en œuvre du refoulement, sont les conséquences de son allégeance aux exigences du surmoi et de la réalité, « plus fortes que les revendications pulsionnelles du ça ».

En ce qui concerne le mécanisme de la psychose, Freud propose l'hypothèse d'un conflit entre le moi et le monde extérieur. Dans la psychose, le moi « se met au service du ça en se retirant d'un fragment de réalité »[87]. Il se réfère à trois types de psychoses : l'*amentia* de Meynert ou confusion hallucinatoire aigüe, la schizophrénie et la mélancolie. Dans la première le moi se crée « *autocratiquement un nouveau monde [...] bâti suivant les désirs du ça, et le motif de cette rupture avec le monde extérieur, c'est que la réalité s'est refusée au désir d'une façon grave, apparue comme intolérable* ». Dans la schizophrénie, le mécanisme de la psychose tend vers « la perte de tout commerce avec le monde extérieur », le délire, quant à lui, intervient comme pour colmater « une faille dans la relation du moi au monde extérieur ». Autrement dit comme « tentative de guérison ou de reconstruction ». La mélancolie, quant à elle, ressortirait d'un conflit entre le moi et le surmoi. Le mécanisme par lequel le moi se détache du monde extérieur est celui de la forclusion : « un retrait par le moi de l'investissement qu'il avait placé au-dehors »

[84] Op. Cit. P.316.
[85] Idem, p.318.
[86] Freud, S., « Névrose et Psychose », in « Névrose, psychose et perversion », Presses universitaires de France, 2010
[87] Freud, S., « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », in « Névrose, psychose et perversion », op.cit.

« L'étiologie commune, pour l'éclatement d'une psychonévrose ou d'une psychose, demeure toujours la frustration, le non-accomplissement d'un de ces désirs infantiles éternellement indomptés […]. Cette frustration vient toujours, en dernière analyse, du dehors ; […]. L'effet pathogène est ceci ou cela suivant que le moi, dans cette tension conflictuelle, reste fidèle à son allégeance vis-à-vis du monde extérieur et cherche à bâillonner le ça, ou qu'il se laisse dominer par le ça et arracher du même coup à la réalité »[88].

Freud formule les structures de névrose et de psychose, certes à partir de l'échec de la fonction du moi, mais également comme tentatives de solution au conflit entre le moi et les différentes instances. Névrose et psychose sont déjà « un effort pour réconcilier ensemble les différentes revendications ». Névrose et psychose sont donc l'une comme l'autre des expressions de la rébellion du ça contre le monde extérieur, nous dit Freud[89]. Il résume sa position en une formule : « *la névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer* ». Autrement dit, elles sont toutes deux des tentatives de remplacer la réalité indésirable par une réalité plus conforme au désir. La différence entre l'une et l'autre concerne la situation initiale du conflit pathogène dans la topique, « *suivant que le moi a cédé à sa dépendance par rapport au monde réel ou à son allégeance à l'égard du ça* ».

La psychose est donc une modalité de défense contre « le fragment de réalité repoussé [qui] revient sans cesse forcer l'ouverture vers la vie psychique ». C'est à l'examen des différents mécanismes qui ont pour fonction de détourner de la réalité et d'en reconstruire une autre que Freud invite la psychiatrie[90]. Soit, à un repérage structurel névrose-psychose à partir de la topique et à une clinique différentielle des modalités du sujet à parer au retrait de la libido du monde extérieur dans la psychose même.

Freud est donc très au courant des élaborations de l'école zurichoise au moment de son travail, et s'interroge sur la parenté entre sa conception de la paranoïa et celle de la démence précoce. Dans un premier temps, il y fait part de sa position quant aux élaborations nosologiques de l'époque :

« Je pense que Kraepelin a eu parfaitement raison de séparer une grande partie de ce qui jusqu'alors avait été appelé paranoïa et de la fondre avec la catatonie et d'autres entités morbides en une nouvelle unité clinique, bien qu'à la vérité le nom de « démence précoce » soit particulièrement mal choisi pour désigner celle-ci »[91].

Il poursuit en indiquant son désaccord quant à l'invention du mot « schizophrénie » par Bleuler. Sa critique porte atteinte directement à la théorie bleulérienne qui veut définir et limiter un syndrome à partir de l'hypothèse de son mécanisme. L'interprétation de Bleuler porte, de plus, à conséquence sur l'indépendance de l'entité clinique :

---

[88] Op. Cit. p.285.
[89] Freud, S., "La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », in « Névrose, psychose et perversion », op. cit.
[90] Idem.
[91] Idem, p.319.

« Le terme de schizophrénie, créé par Bleuler pour désigner le même ensemble d'entités morbides, prête également cette critique : le terme de schizophrénie ne nous paraît bon qu'aussi longtemps que nous oublions sons sens littéral. Car sans cela il préjuge de la nature de l'affection en employant pour la désigner un caractère de celle-ci théoriquement postulé, un caractère en outre, qui n'appartient pas à cette affection seule et qui, à la lumière d'autres considérations, ne saurait être regardé comme son caractère essentiel. »[92]

Par ailleurs, nous avons vu plus haut, que Freud tient à maintenir une différence entre paranoïa d'un côté et démence précoce de l'autre. C'est pourquoi, au lieu de schizophrénie, il propose le terme de « paraphrénie », afin de maintenir le rapport entre la démence précoce et la paranoïa.

Freud poursuit avec ce qui nous semble fondamental pour une clinique différentielle de ces deux maladies. Bien que pour les deux le refoulement ait le même caractère spécifique - « le détachement de la libido du monde extérieur et sa régression vers le moi » -, la paranoïa se distingue de la démence précoce « *par une autre localisation de la fixation prédisposante et par un autre mécanisme du retour du refoulé (formation des symptômes* ». A partir des travaux d'Abraham, également assistant de Bleuler au Burghösli, et de ceux de Jung, il avance sa théorie :

« Le fait que la libido se détourne très nettement du monde extérieur constitue un caractère particulièrement net de la démence précoce. De ce caractère, nous inférons que le refoulement s'est effectué par détachement de la libido. La phase d'agitation hallucinatoire nous apparaît ici encore comme dénotant un combat entre le refoulement et une tentative de guérison qui cherche à ramener la libido vers ses objets. […] Mais cette tentative de guérison, que les observateurs prennent pour la maladie elle-même, ne se sert pas, comme le fait la paranoïa, de la projection, mais du mécanisme hallucinatoire (hystérique). C'est là un des deux grands caractères différentiels de la démence précoce d'avec la paranoïa, […]. L'évolution terminale de la démence précoce, lorsque cette affection ne reste pas trop circonscrite, nous fournit le second caractère différentiel. Elle est, en général, moins favorable que celle de la paranoïa, la victoire ne reste pas, comme dans cette affection, à la reconstruction, mais au refoulement. La régression ne se contente pas d'atteindre le stade du narcissisme (qui se manifeste par le délire des grandeurs), elle va jusqu'à l'abandon complet de l'amour objectal et au retour à l'autoérotisme infantile. La fixation prédisposante doit, par suite, se trouver plus loin en arrière que dans la paranoïa, être située quelque part au début de l'évolution primitive qui va de l'autoérotisme à l'amour objectal »[93]

Le mécanisme de la paranoïa est donc la projection, alors que dans la démence précoce, il y a essentiellement des hallucinations comme mécanisme hystérique. A ce sujet, Jacques-Alain Miller note, dans sa conférence « Schizophrénie et paranoïa » de 1982[94], que lorsque Freud à cette époque emploi le terme « hystérique » cela veut dire « interprétable ». Autrement dit, les hallucinations présentent dans la démence précoce peuvent effectivement être analysées, tel que s'y emploi Bleuler.

[92] Idem.
[93] Idem, p. 319-320.
[94] OP. Cit. Miller, J.A., « Schizophrénie et paranoïa », p.20

Enfin, le second critère différentiel tient à leurs évolutions respectives : la paranoïa se conclut par une reconstruction du monde (cas Schreber), tandis que dans la démence précoce le « refoulement » s'étend sans limite. Et à cet égard, il met en cause un point de régression différent de la libido, pour l'un le narcissisme, pour l'autre, l'autoérotisme.

Avec J.A. Miller nous concluons que ce tableau différentiel a deux conséquences du point de vue clinique : tout d'abord, un malade peut commencer par présenter des symptômes paranoïaques et cependant évoluer jusqu'à la démence précoce. Autrement dit, il énonce la possibilité d'une évolution de la paranoïa à la schizophrénie. Ensuite, il avance la possibilité pour les phénomènes paranoïaques et schizophréniques de se combiner. De telle sorte que le tableau clinique offert par Schreber devient une « démence paranoïaque ». Enfin, la position du sujet, dans cette dimension-là, n'est pas comme dans les psychonévroses de défense telle que Freud les définit en 1894-96. Il définit le sujet comme défense contre un trop de libido. Par exemple l'hystérie passe par la représentation au corps, (la complaisance somatique de l'hystérie) ; l'obsessionnel reste dans la pensée ; et le paranoïaque rejette dans le monde extérieur la représentation insupportable. On peut dire que le schizophrène est le seul à ne pas se présenter sur le mode de la défense.

Freud poursuivra son élaboration de la schizophrénie dans son article de 1915 sur « L'inconscient »[95]. Il s'agit d'une synthèse de ce que Freud a avancé de la première topique : inconscient – préconscient – conscient. Il y avance ses hypothèses pour la construction logique des faits psychiques, notamment en ce qui concerne la pulsion, le refoulement et l'inconscient. C'est dans la partie qui concerne « l'identification de l'inconscient », que Freud avance l'analyse de la démence précoce comme voie d'accès à une conception de l'inconscient : « *Seule l'analyse d'une des affections que nous nommons psychonévroses narcissiques promet de nous fournir des conceptions grâce auxquelles l'énigmatique Ics sera rapproché de nous et rendu, pour ainsi dire, saisissable* »[96].

Il y poursuit son travail de différenciation des affections, d'une part en rappelant la spécificité du mécanisme schizophrénique (repli sur le moi, sans objet), et d'autre part en abordant la question du transfert : « L'inaptitude de ces patients au transfert – dans les limites du procès de la maladie -, l'inaccessibilité thérapeutique qui en résulte pour eux […] »[97], comme critère supplémentaire venant à l'appui de l'hypothèse d'un abandon des investissements d'objet. Etant donné que le sujet dément précoce est resté fixé à un stade « primitif », on peut formuler l'hypothèse que l'autre n'est pas constitué pour lui.

Alors que précédemment, Freud interrogeait le rapport du schizophrène à la libido, ce qu'il interroge plus spécifiquement ici ce sont donc les rapports entre les deux systèmes psychiques, conscient et inconscient : « *Quant au rapport entre les deux systèmes psychiques, il a sauté aux yeux de tous les observateurs que, dans la schizophrénie, sont manifestées*

[95] Freud, S., "l'inconscient", in Métapsychologie, éd. Puf, Œuvres complète/Psychanalyse, 2010, pp 79-86.
[96] Idem, p.78.
[97] Nous reviendrons plus loin sur le pessimisme thérapeutique de Freud quant au traitement de la schizophrénie par la psychanalyse.

comme conscientes beaucoup de choses, dont, dans les névroses de transfert, nous ne pouvons prouver l'existence dans l'Ics qu'en recourant nécessairement à la psychanalyse »[98].

L'inconscient « à ciel ouvert » du schizophrène permet à Freud d'interroger la structure de la langue (l'articulation), et surtout de sortir de l'idée que ce que disent ces sujets est insensé, en indiquant un rapport au langage qui leur est spécifique :

« Chez les schizophrènes, on observe, surtout, dans les stades initiaux si instructifs, nombre de modifications du langage, dont certaines méritent d'être considérées d'un point de vue déterminé. Le mode d'expression fait souvent l'objet d'un soin particulier, il devient « recherché », « maniéré ». Les phrases subissent une désorganisation particulière de leur mode de construction, par quoi elles nous deviennent incompréhensibles, de sorte que nous tenons les déclarations des malades pour insensées. Dans le contenu de ces déclarations, une relation aux organes du corps ou aux innervations du corps passe souvent au premier plan. A cela on peut adjoindre que, dans ces symptômes de la schizophrénie, qui ressemblent à des formations de substitut de l'hystérie ou de la névrose de contrainte, la relation entre le substitut et le refoulé présente cependant des particularités qui nous déconcerteraient dans les deux névroses en question »[99].

A ce sujet, Freud nous livre l'histoire de l'une des patientes de son élève, le Dr V. Tausk. Il s'agit de l'histoire du « tourneur d'yeux ». Une jeune fille schizophrène, qui fait des reproches à son bien-aimé. Elle dit ne pas du tout le comprendre et ne pas être d'accord avec lui. Voilà comment elle le dit : « *Elle ne peut pas du tout le comprendre, il a à chaque fois un autre air, c'est un hypocrite, un tourneur d'yeux, il lui a retourné les yeux, maintenant elle a les yeux retournés, ce ne sont plus ses yeux, elle voit maintenant le monde avec d'autre yeux* »[100]. Freud rajoute, « en accord avec Tausk je souligne à partir de cet exemple que la relation à l'organe (à l'œil) s'est arrogé la substitution du contenu tout entier ». Autrement dit, le lien entre le signifiant « tourneur d'yeux » et l'organe, l'œil, s'est arrogé la signification, toute entière.

« Dans la schizophrénie, les mots sont soumis au […] processus primaire psychique. Ils sont condensés et transfèrent les uns aux autres leurs investissement, sans reste, par déplacement ; le procès peut aller si loin qu'un seul mot, […], assume la représentation de toute une chaîne de pensées »[101].

C'est-à-dire que ce qui s'est perdu, c'est la signification portant sur le partenaire de la jeune fille, qui la regarde de travers, et ce qui reste c'est « le tourneur d'yeux ». Le signifiant tout seul, dépouillé en quelque sorte de la signification, mais connecté à l'organe.

C'est le défaut de l'articulation dans la langue qui a pour conséquence que le langage se connecte directement avec le corps : « le discours schizophrénique a ici un trait hypocondriaque, il est devenu langage d'organe ».

Dans son élaboration de la première topique, il ressort que le schizophrène, néglige les relations de mots aux représentations de choses, jusqu'à « se contenter des mots à la place des choses ». L'investissement de la représentation mot est telle que cela constitue « *la première*

[98] Op. Cit. P.79.
[99] Freud, S., op. Cit. p.79.
[100] Idem, p.80.
[101] Idem, p. 81.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

des tentatives de restauration ou de guérison qui dominent de façon si frappante le tableau clinique de la schizophrénie »[102].

Avec le terme de schizophrénie, Bleuler permet de penser qu'il y a quelque chose qui ne tient pas ensemble, qui est coupé, clivé, aussi bien dans le champ du corps (hypocondrie) que de la langue. Dans la langue elle-même, quelque chose ne tient pas, et Bleuler l'a repéré en notant le caractère étrange de la langue du schizophrène, qui ne semble pas concerné par le sens. On a là la dimension métonymique, le coq-à-l'âne, où le sujet dit une phrase qui s'associe sur des choses, purement phonétiquement par exemple. C'est-à-dire sans que ce soit le sens qui fasse la connexion, mais quelque chose de tout à fait insensé, comme l'association purement phonétique. Avec Freud, on en déduit que ce qui se perd c'est le principe de l'articulation, en tant que la rétroaction. La rétroaction c'est le deuxième signifiant qui donne sens au premier dans la langue. Et donc ce qui se perd dans la métonymie, c'est cette fonction de rétroaction. Le sujet est en quelque sorte dispersé dans la langue. Lacan ajoutera « la souffrance du psychotique, c'est sa dispersion même ».

b. Critiques et prolongements en Allemagne

La dichotomie entre symptômes fondamentaux et symptômes accessoires constitue l'apport théorique majeur de Bleuler, dans la mesure où elle reflète la prise en compte des impératifs de la clinique autant que de l'investigation clinique. En accordant une égale attention à la compréhension des déterminations psychiques, qui relèvent du sujet dans sa singularité, d'une part. Et à l'impératif d'explication causale, c'est-à-dire à la nécessité de rendre compte scientifiquement des manifestations propres d'un trouble désormais bien identifié par ses symptômes, ses mécanismes, son évolution, d'autre part. Bleuler donne à la schizophrénie une vaste extension clinique et une véritable dimension ontologique[103]. L'influence de la psychanalyse l'a conduit à admettre l'intervention d'une forme de causalité psychique dans l'expression des symptômes secondaires, tout en restant fermement attaché à une conception organiciste en ce qui concerne les symptômes primaires.

On peut donc dire que le mérite de la conceptualisation de la schizophrénie par Bleuler, est de placer la psychopathologie au cœur de la réflexion psychiatrique. C'est au prix de la délimitation nosologique qu'elle a ouvert un débat qui a traversé le siècle, suscitant, selon les lieux et les époques, des évolutions diverses, voire divergentes.

En Allemagne, dès 1924, un article d'Oswald Bumke[104] (1877-1950) expose les enjeux épistémologiques du concept. Tout en saluant l'aspect novateur de la conception de Bleuler, il se demande comment concilier une théorie qui postule l'existence de transitions graduelles entre la schizophrénie (morbidité) et la normalité avec l'hypothèse d'un processus

[102] Idem, p.86.
[103] Baud, Patrick. Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2003, no. Mèd. 10339. P.13.
[104] Op. cit. p.15.

ayant une origine organique cérébrale. Il formule le problème de l'oscillation sans fin entre deux thèses contradictoires, l'une accordant aux facteurs constitutionnels, l'autre aux facteurs externes, un rôle déterminant ou exclusif dans la genèse du tableau clinique de la schizophrénie. Ses objections l'amènent à parler plutôt de « réactions schizophréniques » : aux facteurs héréditaires devraient, pour que se manifeste le trouble, s'ajouter des facteurs exogènes.

Kurt Schneider[105] (1897-1967), l'un des maîtres de l'école de Heidelberg, a quant à lui tenté d'ordonner les symptômes de la schizophrénie en fonction de leur contribution au diagnostic. Ses travaux, en distinguant des symptômes de premier rang et de deuxième rang, ont eu une influence considérable sur les initiateurs et rédacteurs du manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-III.

Sont considérés par Schneider comme symptômes de premier rang, pathognomoniques de la schizophrénie, l'énonciation (ou écho) de la pensée, les hallucinations sous forme de voix dialoguant entre elles, de voix commentant le comportement du sujet, le vol de la pensée, l'imposition de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, de même que l'imposition ou le contrôle des sentiments, des impulsions et de la volonté. Ces symptômes ne constituent pas, insiste Schneider, des « troubles fondamentaux » au sens de Bleuler, leur valeur est exclusivement diagnostique et ils n'ont aucune signification quant à la théorie de la maladie. Qu'un seul de ces symptômes soit présent et nous sommes autorisés à parler de schizophrénie. À la condition que soit écartée une maladie physique sous-jacente susceptible de produire de telles manifestations psychotiques.

Patrick Baud[106], dans sa thèse, « Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie », évoque le pragmatisme et la simplicité de la position du psychiatre allemand quant aux moyens de parvenir au diagnostic de schizophrénie. Notamment parce qu'il accorde un poids plus important à l'état clinique du patient qu'au critère évolutif. Tandis que Jean Garrabé[107] avance que la clinique des symptômes schizophréniques de premier rang ainsi établie est une clinique uniquement syndromique : clinique instantanée qui ne donne aucune signification aux faits cliniques. Toutefois, K. Schneider théorise en faisant remarquer que certains de ces symptômes peuvent se comprendre en ayant recours à la notion de perte des limites du Moi, de perméabilité de la barrière entre le moi et le monde.

Henricus Rümke[108] (1893-1967), un autre professeur de psychiatrie allemand du début du XXème siècle, propose une toute autre démarche. En 1941, il développe la notion de « praecoxfeeling », à partir d'une interrogation sur les voies empruntées par un psychiatre lorsqu'il porte le diagnostic de schizophrénie. Il nomme « praecoxfeeling » l'impression, péniblement ressentie par le clinicien, qui naît de l'impossibilité d'établi avec le patient schizophrène un contact authentique, et il la considère comme le guide diagnostique le plus important. Le diagnostic se voit basé, non sur le contenu de la pensée, mais sur des changements formels dans la dynamique du patient (posture, expression faciale, motricité, intonation de la voix), qui induit une expérience spécifique chez l'investigateur. L'approche de Rümke part du principe que le phénomène fondamental de la schizophrénie réside dans un

[105] Op. cit. p.16.
[106] Baud, Patrick, op. cit. p.17.
[107] Garrabé, J, « Histoire de la schizophrénie », op.cit. p.176.
[108] Baud, P., op. cit. p.17.

affaiblissement de « l'instinct de rapprochement », qui pousse tout être humain à établir un contact avec autrui. La capacité d'empathie est donc défaillante dans la schizophrénie, ce qui entraîne une absence de réciprocité dans la tentative d'établir une relation, et induit un sentiment de « détresse » chez le clinicien.

Dans la suite des successeurs de langue allemande à Bleuler, Patrick Baud fait une place particulière à Karl Kleist (1879-1960). En effet, ce psychiatre a tenté de comprendre la schizophrénie à partir d'une théorie localisationniste. Autrement dit, il considère la schizophrénie comme une maladie organique due à des lésions dégénératives dans des régions cérébrales circonscrites. Pour cela, il a étudié les troubles du langage chez les schizophrènes, les comparant à des patients souffrant de lésions cérébrales d'origines diverses (traumatiques, vasculaires). Comme il constate dans les deux cas les mêmes variétés d'aphasie, il lui semble évident que les troubles du langage rencontrés chez les patients schizophrènes témoignent de l'existence de lésions neuronales, situées dans les régions du cortex cérébral dévolues à la production et à la réception du langage.

c. Le concept de schizophrénie dans la psychiatrie française

Eugène Minkowski (1885-1972)

« Le fou « déraisonne » bien moins souvent qu'on ne le croit,
peut-être même ne déraisonne-t-il jamais »
Eugène Minkowski[109]

Eugène Minkowski, élève de Bleuler, introduira en la modifiant l'œuvre de son maître en France après la première guerre mondiale. Notamment en publiant, dans le premier numéro de *L'Evolution psychiatrique* (1925), un article : « La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels». Il publiera le premier livre en français sur la schizophrénie en 1927, puis le « Temps vécu » en 1933, où il oppose la pathologie du temps (syndrome de Cotard) à une souffrance spatialisée (rationalisme morbide).

Dans la préface à l'édition de « La schizophrénie » des éditions Payot & Rivages (2002), D. F. Allen[110] nous dit qu'il s'agit là d'une des rares définitions sérieuses de la schizophrénie. Notamment, parce qu'au contraire de Bleuler, il ne s'oriente pas d'un ensemble de symptômes, mais à partir de la notion de structure. D'autre part, Jacques Lacan réalisera un compte-rendu du « Temps vécu » en 1935, sous le titre « Psychologie et esthétique »[111], où il souligne la valeur des travaux de Minkowski pour la psychiatrie de l'époque : « *La contribution scientifique porte sur les données de la pathologie mentale. […]*

[109] Minkowski, E., « La schizophrénie », Petite bibliothèque Payot, 2002, p.99.
[110] In Allen, D.F., Préface de Minkowski, E., « La schizophrénie », Petite bibliothèque Payot, 2002, pp.11-23.
[111] Lacan, J., « Psychologie et esthétique », dans Recherches philosophiques 1935, fac. 4, p. 424-431, http://aejcpp.free.fr/lacan/1935-00-00b2.htm

On trouvera ici des apports précieux pour son progrès : ils le sont d'autant plus que dans l'état actuel de la production psychiatrique en France un tel travail est exceptionnel ».

Autrement dit, dans l'état de la psychiatrie de son époque, où « stagnations intellectuelles », « l'académisme cousinien » rivalisent avec « l'atomisme associationniste », l'œuvre de Minkowski ouvre de nouvelle perspectives.

« La nouveauté méthodique des aperçus du Dr Minkowski est leur référence au point de vue de la structure […]. Il ne s'agit point-là d'enregistrer les déclarations du sujet que nous savons dès longtemps […] ne pouvoir, de par la nature même du langage, qu'être inadéquates à l'expérience vécue que le sujet tente d'exprimer. C'est bien plutôt malgré ce langage qu'il s'agit de « pénétrer » la réalité de cette expérience, en saisissant dans le comportement du malade le moment où s'impose l'intuition décisive de la certitude ou bien l'ambivalence suspensive de l'action, et en retrouvant par notre assentiment la forme sous laquelle s'affirme ce moment »[112].

L'influence exercée par Minkowski se retrouve, d'abord autour de la revue *L'Evolution psychiatrique*, dont il fut un membre fondateur, mais aussi aux Etats-Unis. Ronald D. Laing dans « Le Moi divisé » se réfère aux deux ouvrages de Minkowski et, dans une longue étude, dit clairement que celui-ci avait été le premier dans l'histoire de la psychiatrie à faire une « tentative sérieuse de reconstruction de l'expérience vécue de l'autre »[113].

L'étude de Minkowski sur la schizophrénie n'est pas sans rapport avec son propre vécu :

« La schizophrénie a vieilli depuis sa naissance, j'ai vieilli avec elle […]. Et c'est ainsi qu'en me proposant d'écrire ce livre, j'ai dû me rendre compte rapidement que mon âge psychiatrique me poussait irrésistiblement à donner non pas un exposé historique et objectif, mais ma conception personnelle de la question. […] En m'inspirant des idées des autres, en étudiant et en observant mes malades, en réfléchissant sur les données recueillies ainsi, je me suis trouvé un jour, sans m'en apercevoir moi-même, en présence d'une conception sur la schizophrénie qui faisait corps avec toute ma pensée scientifique, que je serais hors d'état de détacher de ma personne, pour laquelle je saurais dire ce qui y est à moi et ce qui ne m'appartient point. […] Je n'y ai admis que ce que j'ai pu passer au crible de ma propre expérience et refondre dans le creuset de ma propre pensée. C'est dire que je donne une œuvre subjective ici, œuvre cependant qui tend de toutes ses forces vers l'objectivité. »[114]

Œuvre subjective à laquelle Lacan rend hommage dans son commentaire du « Temps vécu » : « *d'une synthèse de sa vie scientifique et de sa vie spirituelle – synthèse si rare de nos jours, où on a pris l'habitude d'ériger une barrière infranchissable entre la prétendue objectivité de la science et les besoins spirituels de notre âme* »[115].

Minkowski distingue deux côtés dans la notion bleulérienne de la schizophrénie : le côté structural et le côté psychanalytique. Le niveau structural a pour objet, après avoir étudié

[112] Lacan, J., op. cit. p.2.
[113] Laing, R. D., « Minkowski and schizophrenia », *Review of Existential Psychology*, IX, 1963, p.207, in Allen, D.-F.,, Preface de Minkowski, E.,, « La schizophrénie », Petite bibliothèque Payot, 2002, p.20.
[114] Minkowski, E.,, op. cit. pp.30-31
[115] Lacan, op.cit. p.1.

les phénomènes cliniques de la structure de la personnalité, de voir comment ces phénomènes se comportent et se regroupent quand l'un d'eux fait défaut. « *Comment ils font face à l'atteinte portée dans ce cas à la synthèse de la personnalité, et quelles sont les attitudes morbides qui en résultent* »[116]. Du côté de la psychanalyse, il range la recherche dans le passé de l'individu de ce qui a déterminé le contenu psychologique des symptômes. Résolument hostile à la psychanalyse, c'est le côté structural que Minkowski cherche à mettre en relief.

Dans son ouvrage « La schizophrénie », il tente donc d'en révéler la structure, et cela en s'écartant des idées de Bleuler, notamment en ce qui concerne le trouble initial de la maladie (relâchement des associations selon Bleuler). Pour Minkowski, c'est de *la perte de contact avec la réalité* que se déduisent les symptômes et les manifestations les plus caractéristiques de la schizophrénie.

Selon Minkowski, depuis que Kraepelin a fusionné plusieurs formes cliniques particulières sous le terme de démence précoce, est né le besoin de ramener ce groupe nosographique à un trouble fondamental commun. Les expressions comme « discordance » (Chaslin), « perte de l'unité intérieure » (Kraepelin), « schizophrénie » (Bleuler) impliquent toutes l'idée que l'atteinte est portée non pas à telle ou telle fonction, mais bien plus à leur cohésion. Ce qui reste en suspens est la question du « facteur du psychisme normal » auquel doit être rapporté le trouble fondamental de la démence précoce. « *Ces expressions ne sont, au fond, par elles-mêmes qu'une constatation de fait, une désignation du désordre particulier que présentent les déments précoces ou schizophrènes* »[117].

C'est influencé par la philosophie de Henri Bergson[118], que Minkowski recourt à la notion de *contact vital avec la réalité*. Cela pour séparer le processus schizophrénique de la notion d'affaiblissement intellectuel. Il s'agit pour lui, non seulement d'une hypothèse explicative, mais surtout d'une hypothèse de travail.

« Bleuler précisait les symptômes cardinaux de la schizophrénie, se rapportant à l'idéation, à l'affectivité et aux volitions du malade. Mais, en même temps, grâce à la notion de l'autisme, les facteurs se rapportant aux relations avec l'ambiance commençaient à jouer un rôle de plus en plus important dans sa conception. Le manque de buts réels et d'idées directrices, l'absence de contact affectif orientaient le concept dans une nouvelle voie. Tous ces troubles semblaient converger vers une seule et unique notion, celle de *la perte du contact vital avec la réalité* »[119]

Il s'agit de rapporter le processus fondamental de la schizophrénie aux facteurs irrationnels de la vie, à côté desquels passent les sciences exactes, comme la physiologie. Le contact vital avec la réalité vise l'essence de l'homme, dans ses rapports avec le monde. Cette perspective phénoménologique est ce qui singularise l'approche de la maladie mentale par Minkowski, et ce qui lui confère la paternité de cette notion en tant que point central de la

[116] Minkowski, E.,, op. cit. p.30.
[117] Minkowski, E.,, op.cit. pp.103-104
[118] L'opposition fondamentale entre l'intelligence et l'instinct.
[119] Idem, p.106.

schizophrénie. Par ailleurs, c'est le point à partir duquel il se sépare de la filiation à Bleuler[120] pour élaborer sa propre théorie de la schizophrénie. « Note personnelle » à partir de laquelle, également, il présentera la notion de schizophrénie en France.

D'après Bergson, l'intelligence et l'instinct sont les deux facteurs de notre psychisme. Le premier se rapporte à l'espace, le second à la durée vécue. Ils s'entre-pénètrent pour former un tout harmonieux, chacun venant compléter l'autre « *en limitant, d'une façon naturelle et appropriée, son champ d'action* »[121]. La question de Minkowski porte sur l'influence des processus morbides qui, « *agissant bien souvent d'une façon élective, dissocient, pour ainsi dire, les diverses fonction et nous les montrent à l'état nu* »[122]. C'est donc à partir des idées du philosophe, quant à l'opposition entre l'intelligence et l'instinct, que le psychiatre va tenter de repérer en quoi diffèrent le processus schizophrénique et l'affaiblissement intellectuel propre à la démence. Il réalise une étude différentielle entre les paralytiques généraux et les schizophrènes. La paralysie générale étant un syndrome où l'affaiblissement intellectuel ne s'enchevêtre pas à d'autres modifications physiologiques, telles que la vieillesse.

> « Je demande à un paralytique général arrivé à la période de gâtisme : « Où êtes-vous ? » il répond : « ici ». […] j'insiste : « Mais où ici ? » Le malade frappe du pied, pour indiquer l'endroit où il se trouve, ou le montre de son index, ou enfin d'un geste indique la chambre qu'il occupe. « Mais ici », nous dit-il, paraissant même étonné et agacé par notre insistance.
>
> « Il ne s'agit point là d'une réaction contingente, mais d'une manifestation que nous retrouvons chez ces malades avec une fréquence surprenante.
>
> « Le schizophrène, lui, s'il répond en général à la question posée, le fait d'habitude correctement, en mentionnant l'endroit où il se trouve. Par contre, combien de fois nous dit-il que, tout en *sachant* où il est, il ne *se sent* pas à la place qu'il occupe, qu'il ne se sent pas dans son corps, que le « j'existe » n'a pas de sens précis pour lui. »[123]

Minkowski distingue des facteurs de deux ordres différents intervenant dans notre orientation dans l'espace. Le premier est statique, et situe les objets les uns par rapport aux autres dans l'espace géométrique. L'autre est dynamique, *« le moi agissant pose, à chaque instant, devant soi-même la notion fondamentale du « moi-ici-maintenant » et en fait un point absolu, un véritable centre du monde* ». En conséquence, le paralytique général est désorienté dans l'espace « statique », tandis que le schizophrène, bien qu'il sache où il est, le « moi-ici »

---

[120] Idem, p. 109, « Nous retrouvons l'idée d'une perturbation profonde des rapports avec le monde extérieur d'un bout à l'autre du livre de Bleuler sur la schizophrénie. Bleuler cependant met au premier plan les symptômes cardinaux et élémentaires de cette affection, concernant l'idéation, l'affectivité et les volitions du malade, et tout en insistant sur la perte de contact avec la réalité (autisme), il ne fait cependant de cette perte le trouble générateur dont découleraient tous les autres. Le contact vital avec la réalité n'est pas pour lui un facteur régulateur essentiel de la vie auquel on pourrait subordonner les autres fonctions psychiques. Fidèle à l'associationnisme, il défend, dans sa théorie de la schizophrénie, l'opinion qu'un trouble particulier dans les associations des idées est le trouble premier de cette affection. Il cherche ensuite une base organique pour ce trouble ».

[121] Minkowski, E., op.cit. p.113.

[122] Idem, p.112.

[123] Idem, pp.115-116.

fait défaut. D'où, selon l'auteur, la dépersonnalisation, comme défaillance du moi, et une atteinte des connaissances dont il ne parvient plus à faire un usage pragmatique.

Le schizophrène souffre donc d'une atteinte des facteurs se rapportant à la « durée vécue ». La clinique permet à Minkowski d'articuler son hypothèse aux dires des malades qui semblent « *traduire le statisme qui les envahit progressivement et dont ils souffrent* ». La déchéance du schizophrène ne saurait être une démence, au sens d'une défaillance des fonctions intellectuelles, mais davantage une discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique.

Minkowski s'intéresse donc aux distorsions dans la relation espace-temps chez ses patients schizophrènes. Il tente de relier temps et espace pour en faire un point focal de la psychopathologie. « *Nous verrons de cette façon comment le schizophrène, privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée, tend à construire son comportement de facteurs et de critères dont le domaine propre, dans la vie normale, est uniquement la logique et les mathématiques* »[124].

Dans son ouvrage, Minkowski fait part d'une observation clinique en particulier. Il s'agit d'un instituteur de trente-deux ans qui vient consulter. Il n'a ni hallucinations, ni idées délirantes, mais « *son attitude profondément morbide* » amène Minkowski à porter le diagnostique de schizophrénie. Il se plaint de :

« « Décomposition physiologique » qu'il ressent douloureusement, de « vide dans la tête » qu'il attribue à une salivation exagérée ; sa voix le « suggestionne » ; elle est comme « morte » et produit l'impression d'une « voix de revenant ». Tout son être d'ailleurs ainsi que sa voix, nous dit-il, subissent une « régression » ; il se sent reporté à l'époque d'il y a quinze ans, époque à laquelle il débutait dans l'enseignement comme jeune suppléant »[125].

« Le malade nous raconte que, depuis des années, déjà, il s'intéresse beaucoup aux problèmes philosophiques ; il avait pris l'habitude d'inscrire ses réflexions et a réuni ainsi un stock considérable de notes. Nous lui demandons s'il avait lu beaucoup d'œuvres philosophiques. Voici la réponse : « Non, au contraire, je m'étais imposé le devoir de ne pas lire, pour ne pas déformer ma pensée ». Il fuyait d'ailleurs aussi les hommes « pour ne pas être troublé dans ses réflexions ». […] Il s'isole du monde pour puiser en lui-même la source de ses pensées philosophiques. […] une de ses découvertes consiste à faire « découler l'esprit de l'action des acides sur les terminaisons nerveuses »[126].

« Notre malade nous dit qu'il avait pris l'habitude de « passer tous ses actes au crible de ses principes ». […] Le fait de venir nous consulter au Dispensaire est un « suicide moral » pour lui, puisque « l'homme doit réagir seul, par sa propre volonté ».[127]

Minkowski tente de préciser ce qui singularise l'attitude morbide de son malade. Notamment ce qui concerne l'atteinte du sentiment de la vie, « où nous puisons la source de la notion des limites et de la mesure »[128] :

[124] Minkowski, E., op. Cit. p.127.
[125] Idem, p.127.
[126] Idem, p.128.
[127] Idem, p.132.
[128] Idem, p.130.

« Son élan personnel, au lieu de chercher à s'intégrer à la réalité, en fait en quelque sorte table rase et, privé ainsi de son point d'appui naturel, se perd, comme on dit, dans les nuages ; sans être philosophe, ni même philosophe manqué, notre instituteur se noie dans ses réflexions philosophiques. En même temps, il *rationnalise*, jusqu'à l'extrême limite, le facteur de l'isolement qui se trouve intimement lié à tout élan personnel, fuit réellement, pour « ne pas être troublé dans ses pensées », les livres et les hommes et se prive ainsi d'un secours dont personne ne saurait se passer, du contact avec la réalité.

« La richesse, la mobilité de la vie disparaissent ainsi. Nous avons à la place une formule abstraite qui détermine une attitude profondément morbide de l'individu. Quelque puissante que soit une intelligence, elle ne saurait se suffire à elle-même. Vouloir penser et agir sans tenir compte ni des idées d'autrui, ni des contingences extérieures, mène au point de vue intellectuel, à l'erreur, et, au point de vue pratique, à l'absurde. […]

« Tout acte de la vie est envisagé du point de vue de l'antithèse rationnelle du oui et non, ou plutôt du bien et du mal, ou du permis et du défendu, ou de l'utile et du nuisible. Nous parlons dans ce sens d'attitude antithétique. Elle est le résultat du manque du sentiment irrationnel d'harmonie avec soi-même et avec la vie […], et implique ainsi la disparition totale de la notion de limites et de mesure. L'individu régit sa vie uniquement *d'après des idées* et devient doctrinaire à outrance. Autant une telle attitude peut être bonne quand il s'agit de problèmes mathématiques, autant elle est morbide et dangereuse là où notre pensée devient pragmatique et doit guider nos décisions et nos actes. »[129]

Le rationalisme morbide apparaît comme une atomisation de toute axiologie, de toute tentative de signification, où la perte de contact vital avec la réalité laisse le champ libre à un raisonnement régi par l'identité, qui entraîne le recours à des catégories logiques illégitimes[130]. Minkowski poursuit son observation en relevant la logique du sujet et ses « conséquences monstrueuses, en raison même de leur généralisation » :

« Sa régénérescence morale, nous conte-t-il, commence en 1918, dans un camp de prisonniers en Allemagne. Il cherche alors « à se détacher de la matérialité et à se déterminer dans ses actes par des principes impersonnels. Il faut arriver à la sagesse, c'est le véritable bonheur, mais pour cela il faut être seul, il faut se soustraire à tout élément perturbateur ». C'est sous l'influence de ces idées que commence à se produire la transformation de sa personnalité ; il adopte un système consistant à appliquer un principe par semaine, comme celui de la justice, de la tempérance et surtout du silence. Il cesse presque de parler et ne répond aux questions posées que quand ceci correspond à ses principes. « Ses actes étaient réglés à la minute, il avait l'esprit constamment occupé et, en passant ses paroles au crible de ses principes, ne répondait aux autres et ne parlait spontanément que quand ces principes le lui permettaient. » Ses troubles actuels, dit-il, datent de l'instant où il s'est laissé entraîner à parler « impulsivement », ce qui est contraire au programme de rationalisme exclusif qu'il s'était tracé.»[131]

Le point de départ de sa maladie a été pour lui « la violence faite à son élocution ». Minkowski articule l'effort de son patient pour parer à la délocalisation de l'objet pulsionnel (la voix notamment), à la perte d'un « facteur régulateur de la vie ». Son système, s'il semble tenir du point de vue « intellectuel », déforme son rapport au monde. Le psychiatre évoque la

[129] Minkowski, E.,, op.cit., pp.130-131.
[130] Allen, D.-F., "Critique de la raison psychiatrique », op.cit. p.171.
[131] Minkowski, E.,, op.cit., pp.132-133.

disharmonie dans le psychisme de l'instituteur qui se repère dans les détails, dans « un désordre au joint le plus intime du sentiment de la vie »[132].

Par ailleurs, Minkowski relève la désertification de ses relations, le caractère illimité de la sphère de ses intérêts, et la bizarrerie de ses attitudes. A partir d'autres cas de sa pratique, Minkowski remarque un détachement de l'activité pragmatique, une altération de « la durée vécue », une emprise morbide de la logique sur les pensées et la conduite. Il y voit l'influence d'une pensée purement spatiale, dont est exclu l'irrationnel ou le changement propre à « la mobilité de la vie ». Il en conclut que les troubles essentiels de la schizophrénie sont de deux ordres. Une atrophie des facteurs qui relèvent du sentiment de la vie, et « une hypertrophie compensatoire de tout ce qui a trait à l'intelligence »[133].

« Le contenu de la psychose », est une notion de psychopathologie générale marquée par l'analogie entre rêve et folie. Notamment de l'époque où la folie était avant tout une « perte de la raison ». Cette notion s'est vue « dépoussiérée », dans le champ de la psychiatrie, par les travaux de Bleuler et de Jung, sous l'influence de Freud. Minkowski s'y réfère à propos de la fonction du langage. En effet, « *rêve et folie sont des phénomènes du même ordre, en tant qu'ils ne cherchent, ni l'un ni l'autre, à s'intégrer d'une façon, adéquate, à la réalité ambiante ; ils se forgent de ce fait leur propre langage* »[134].

Il s'agit de déchiffrer le contenu de la psychose, le sens des manifestations incohérentes, en les ramenant aux « complexes »[135]. Minkowski exclu l'idée que ce contenu soit la cause de la psychose, voire même celle de la psychogenèse des troubles. La portée de ce contenu est pour lui, essentiellement, la traduction de la pensée du schizophrène. En effet, la pensée autiste[136] n'a qu'une portée subjective, elle ne sert qu'à l'individu lui-même : « *La pensée autiste des schizophrènes ne poursuit aucun but réel ; elle est régie par les facteurs que contient le noyau profond de leur psychisme et peut ne plus être rapportée par l'individu à aucune pensée réaliste ; elle entre alors en jeu comme telle* »[137].

Minkowski vient étayer la perspective freudienne quant au langage du schizophrène. Le symbole est mis à la place de ce qu'il doit symboliser, sans rapport avec la chose. « Je suis la clef principale », ou encore « je suis la Suisse », sont des fragments dont le sens nous échappe, mais associés selon la logique propre au sujet. Une malade de Jung, nous dit-il, disait ainsi « polytechnique double », pour désigner l'ensemble des qualités qu'elle s'attribuait, ainsi que les avantages que celles-ci auraient dû lui apporter dans la vie. Dès lors, pour Minkowski, le langage du schizophrène se sert des mêmes mécanismes que dans le rêve (condensation et déplacement).

---

[132] Lacan, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », in « Ecrits », Seuil, Champ freudien, 1966, p.558.
[133] Minkowski, E., op.cit. p.144.
[134] Idem, p.157.
[135] Idem, note de bas de page, p.51. : « Nous appelons « complexe », dans le domaine du psychisme morbide, un groupe de souvenirs, de représentations ou d'idées, muni d'une lourde charge affective et détaché des liens qui auraient dû le relier normalement à l'unité du devenir psychique de l'individu. [...] ».
[136] C'est-à-dire, « la pensée qui ne cherche plus à s'adapter à la réalité et qui, au contraire, est détournée de celle-ci », op. Cit. p.167.
[137] Op. cit. p.168.

Toutefois, il critique le raccourci étymologique qui a assimilé la schizophrénie et l'autisme à l'intériorisation et à la rêverie. Il pointe là l'emprise exercée par les conceptions physiologiques de la personnalité humaine, pour lesquelles la perte de contact avec la réalité implique nécessairement un repli sur soi, une attitude passive et immobile. Les états passifs d'intériorisation, de rêve ou de rêverie ne sauraient épuiser l'autisme. Minkowski, introduit ici la notion « du cycle de l'activité personnelle » :

« La continuité mouvante qu'est le devenir ambiant ne cesse de baigner de toutes parts l'élan personnel, dans les divers stades de son cycle évolutif. Par-dessus l'opposition foncière entre le « moi » et le devenir ambiant, elle fait un avec lui ; tout en lui, pour cette raison, est continuité, mobilité, relativité, vie, progrès.

« C'est dans ce contact intime avec le devenir ambiant que peut se produire une rupture. Les facteurs de syntonie[138] peuvent venir à manquer. Ceci aura pour conséquence la dégradation schizophrénique de l'activité du sujet, dans ses diverses formes »[139].

La syntonie et la schizoïdie sont des concepts issus des travaux de Kretschmer et de Bleuler sur la folie maniaco-dépressive et la schizophrénie. Minkowski s'y réfère dans la mesure où ce sont pour lui des « principes vitaux » qui gomment la différence entre le normal et le pathologique. Il ne se contente pas de préciser le côté déficitaire, le mode d'évolution, ou encore l'énumération des symptômes qui permettent de décrire en quoi les fous sont fous. Au contraire, à partir de ces deux notions, qui visent également le comportement normal, Minkowski tend à délimiter les concepts nosographiques. « *Il faut préciser, nous dit-il, les caractères spécifiques de chaque forme étudiée, car ce qui importe ce ne sont pas les symptômes mais l'état mental qui les conditionne* ». Pour cela il se réfère à la méthode des aliénistes français (Binet et Simon), qui consiste « *à chercher l'essentiel, l'âme de l'aliéné, et à mettre au second plan les attitudes, les gestes, les paroles, l'infinie détail* »[140].

C'est donc à une psychopathologie de la schizophrénie et de la folie maniaco-dépressive, basée sur ces deux notions, que tendent les travaux de Minkowski. Du point de vue clinique, elles servent selon lui à remédier à l'extension démesurée du concept de Bleuler, et à « l'absence de limites bien déterminées »[141]. La syntonie sert au diagnostic différentiel, en tant qu'elle ne peut appartenir au processus schizophrénique.

Pour conclure sur l'œuvre de Minkowski, nous ajouterons qu'au-delà de la pertinence théorique de son propos, c'est, d'une part, à sa position de scientifique que nous portons de l'intérêt :

« Une fois le diagnostic de schizophrénie posé, ce qui importe tout autant, sinon davantage, que de savoir que le malade est schizophrène, c'est de voir jusqu'à quel point il ne l'est pas. […] En psychiatrie, avec le diagnostic, l'analyse clinique ne fait que commencer.

[138] Ils concernent « l'intuition de la mesure et des limites » (p.61), « la faculté de comprendre ses semblables, [etc.] » (p.87), en opposition avec la schizoïdie qui concerne les « actes à court-circuit (Kretschmer) » (p.185).
[139] Op. cit. P.183
[140] Op. cit. p.84.
[141] Idem, p.89.

« L'aliéniste qui, fidèle à la tradition, cherche avant tout et à tout prix à *étiqueter* d'une façon univoque son malade reculera effrayé devant de telles directives. […]

« […] Car à une étiquette, d'une précision trompeuse, nous préférons une incertitude, un « je ne sais pas » passager, posant devant nous des problèmes nouveaux et rendant nécessaires des recherches supplémentaires. »[142]

Et, d'autre part, à la perspective humaniste de sa pratique psychiatrique. Les notions de syntonie et de schizoïdie se rapportant avant tout à l'affectivité et à l'activité du sujet. Au diagnostic « par raison », il joint un « *diagnostique par sentiment ou mieux pénétration* »[143]. C'est à partir des travaux de L. Binswanger sur les « Problèmes posés en psychiatrie par la psychologie moderne » (1924) qu'il précise la méthode proposée. Il s'agit de désintellectualiser la conception de l'aliénation mentale, pour enrichir l'expérience « *de tout ce que peut nous fournir le sentiment non seulement comme objet, mais aussi, mais surtout même, comme instrument de nos connaissances* »[144].

« Il ne s'agit aucunement de constater ce que *je* ressens en présence d'un de mes semblables, si *je* puis vibrer à l'unisson avec lui, si *je* sens de la sympathie ou de l'antipathie pour lui. Non, nous restons des psychologues et des psychiatres que seule une longue expérience peut former. Mais être psychiatre ne veut pas dire uniquement savoir énumérer des symptômes. Nous sommes des êtres vivants, et cette vie continue à palpiter jusqu'aux extrêmes limites de la dégradation des forces psychiques. C'est elle que nous voulons *connaître* et dans ce but nous voulons nous servir courageusement de tous les moyens que la nature a mis à notre disposition. Qui saurait nous en blâmer ? Nous voulons chercher « l'essentiel », « l'âme de l'aliéné », et il faut pour cela que la « *pénétration* » vienne se joindre à l'observation extérieure, […]. « Nous connaissons la vérité non seulement par la raison, mais encore par le cœur », tous les deux étant « capables de nous instruire » (Pascal). »[145]

Henri Ey (1900-1977)

Henri Ey est considéré comme un des maîtres de la psychiatrie du XXème siècle. Il fera de l'hôpital de Bonneval un pôle d'attraction analogue au Burghösli. L'œuvre d'Henri Ey témoigne du souci de constituer la psychiatrie comme une science autonome, capable d'opérer la synthèse cohérente des sources où elle s'alimente, et capable aussi de résister aux forces centrifuges qui menacent son unité. Il succèdera à E. Minkowski comme secrétaire général de la société et rédacteur de la revue L'Evolution Psychiatrique.

C'est sous l'influence de ces deux psychiatres que la psychiatrie française change de paradigme[146]. En effet, le champ de la psychiatrie se réorganise à partir de la notion de structure. C'est-à-dire, l'affirmation de la valeur opératoire d'une organisation des éléments, irréductible à la somme de ses parties. Ce courant se retrouve dans des branches hétérogènes

[142] Minkowski, E., op.cit. Pp.90-92.
[143] Idem, p.95.
[144] Idem, p.99.
[145] Idem, pp.98-99.
[146] Lanteri-Laura, G., « Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne », Esquisses, éditions Du Temps, 1998, Chapitre 3 « Les grandes structures psychopathologiques ».

de la connaissance : la Gestalt-théorie, la linguistique de Saussure, l'anthropologie sociale ou encore la neurologie globaliste (Jackson). La sémiologie psychiatrique s'en trouve changée. Elle ne constitue plus une juxtaposition discrète de quelques éléments disposés côte à côte. La psychopathologie devient la discipline essentielle, permettant d'organiser le domaine des connaissances psychiatriques entre ce qui est du domaine de la névrose ou de la psychose.

Avec E. Minkowski et Henri Ey nous avons deux conceptions qui se confrontent, en même temps qu'elles s'élaborent et s'articulent l'une à l'autre. Si le premier s'oriente de la temporalité et de l'espace, le second s'appuie sur l'organo-dynamisme, soit l'organisation du sujet humain, et ses désorganisations pathologiques éventuelles, comme toujours en devenir.

Georges Lanteri-Laura[147] expose la représentation du monde d'Henri Ey comme une « cosmogonie » structurée en trois niveaux : la matière inerte (atomes), le monde vivant (la structure), le monde de l'esprit (l'espèce humaine en tant que résultat d'une évolution). Il en résulte pour H. Ey que la « déstructuration » est la « clef de toute pathologie », et en particulier de la pathologie psychiatrique. A partir du concept jacksonien de « dissolution », il distingue deux types de désordres du système nerveux central : négatif (ce qui se trouve détruit) et positif (de ce qui se libère). Sa conception vient opposer neurologie et psychiatrie, l'une correspondant à une déstructuration partielle, tandis que l'autre serait globale. Dès lors nous en venons à sa formule célèbre selon laquelle « la psychiatrie est une pathologie de la liberté », dans la mesure où elle atteint l'homme dans ce qu'il a de plus spécifique.

Jean Garrabé[148] distingue deux périodes dans l'œuvre et la vie du psychiatre. L'une est l'époque bleulérienne, où il se consacre essentiellement à la schizophrénie paranoïde. L'autre est l'époque néo-jacksonienne, où s'élabore sa conception organo-dynamique.

Henri Ey a fait de nombreux écrits sur les psychoses schizophréniques, le premier, datant de 1926, étant notamment la traduction abrégée de l'ouvrage de Bleuler publié en 1911. En effet, jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale, H. Ey s'attachera à faire connaître aux psychiatres français la conception d'Eugène Bleuler, considérant son ouvrage comme « la Bible des études psychiatriques modernes »[149].

Tout d'abord, il critique les travaux de Minkowski qui, bien qu'intéressants, sont trop psychologiques. Selon lui, dès 1926, l'interprétation lésionnelle a l'avantage de s'appliquer à tous les symptômes essentiels, alors que le psychologique conduit à « des hypothèses invérifiables »[150] du point de vue pragmatique. On voit que dès 1926, Ey privilégie le point de vue neurologique. En 1934, dans son article « Position actuelle des problèmes de la Démence précoce et des Etats schizophréniques »[151], il expose son projet de donner une nouvelle

---

[147] Idem.

[148] Garrabé, J., Introduction, in « Schizophrénie : Etudes cliniques et psychopathologiques », Henri Ey, Collection Les empêcheurs de tourner en rond, édité par Synthélabo, 1996.

[149] Ey, H., « Position actuelle des problèmes de la Démence précoce et des Etats schizophréniques », 1934, in « Schizophrénie : Etudes cliniques et psychopathologiques », op. cit. p.64.

[150] I-1926 – *Annales Méd. Psych.,* I 355-365. Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler, par P. Guiraud et Henri Ey, in « Schizophrénie : Etudes cliniques et psychopathologiques », Henri Ey, Collection Les empêcheurs de tourner en rond, édité par Synthélabo, 1996.

[151] In « Schizophrénie : Etudes cliniques et psychopathologiques », op. cit. pp.61-79.

orientation à la psychiatrie de l'époque, « embouteillée » par la multiplicité des travaux et des doctrines contradictoires, ce qui jette un discrédit sur ses méthodes.

Alors que Bleuler repousse l'origine « constitutionnelle » des schizophrénies, dans son ouvrage de 1911, en indiquant que la question de la prédisposition est une voie en impasse. Ey remarque, dans son article, que c'est précisément la voie dans laquelle il s'est engagé dans la suite de ses travaux. Ce qu'il appelle la « phase constitutionnaliste » du problème de la schizophrénie, constitue l'étape à partir de laquelle le tableau clinique se vide de tout processus. Il s'agit de la conception caractérologique et constitutionnelle intégrale de Kretschmer, qui repose sur l'hérédité des malades et la structure de leur corps, et à laquelle Henri Claude (1869-1945) et Minkowski se sont rattachés.

Minkowski porte le mouvement phénoménologique, dont le principe est double selon H. Ey. En négatif, il consiste à rejeter toute interprétation rationaliste, en positif, il prescrit de pénétrer dans le psychisme du malade avec lui. Ce courant « antinosographique » amène, selon H. Ey, à la volatilisation du concept de schizophrénie dans la notion de types de réactions (caractères schizoïde, attitudes autistiques, schizophrénies aigües, etc.).

Il en expose trois types[152]: les réactions *psychiques* qui mettent l'observateur en rapport de compréhension avec la personnalité du malade. Les réactions *exogènes* (processus), qui sont au contraire irréductibles à la compréhension, et correspondent selon lui aux signes secondaires de Bleuler. Dont le mérite est de présenter la symptomatologie du processus comme fait de la réaction de la personnalité à ce processus. Les réactions *endogènes* (constitutionnelles) qui dépendent de l'idée que l'on se fait de la constitution et qui concerne les facteurs dégénératifs.

La critique essentielle de H. Ey concerne l'idée qu'à l'origine du développement schizophrénique se trouverait une « prédisposition », « un caractère », un « psychotype » ou encore un « biotype ». Il critique notamment les études de Minkowski, indiquant que la perte de contact vital avec la réalité est une résultante et non une propriété essentielle de la schizophrénie. Sa critique est d'autant plus sévère qu'il considère que c'est « abâtardie à ce point » que la notion de schizophrénie s'est vue appliquée à toutes les « *« désadaptations » du comportement et à toutes les formes d'anomalies psychiques qui, dans l'aliénation comme dans les névroses, se caractérisent par une prévalence des valeurs imaginaires et subjectives* »[153].

Il en déplore les conséquences aux Etats-Unis, les écoles américaines (Adolf Meyer notamment) accordant toujours plus exclusivement aux facteurs du milieu le privilège de l'action pathogène. Il évoque à cet égard une « mythologie écologique »[154], qui a fini « *par disperser la structure même de la schizophrénie dans une infinité de « maladsjustments » aux conditions d'existence* ». En 1955, Ey fait donc part de la dissolution du concept de schizophrénie en une série de réactions « autistiques », d'attitudes « d'introversion », ou de comportements « négativistes ». Il en impute la cause au privilège donné aux « impressions cliniques », au détriment de l'analyse structurale.

[152] Idem, p.68.
[153] Ey, H., « Groupe des schizophrénies », 1955, In « Schizophrénie : Etudes cliniques et psychopathologiques », op. cit. p.159
[154] Idem, p.160.

La conception d'H. Ey s'oppose donc, d'une part, aux théories mécanistes, et d'autre part aux théories constitutionnelles, « *dans la mesure où précisément elles lient trop étroitement les symptômes, le tableau clinique à leurs conditions lésionnelles ou biologiques* ». Il préfère une conception unitaire, qui unit l'acquis et l'héréditaire :

« L'essentiel du problème général de la D. P. et des états schizophréniques n'est pas de savoir s'il s'agit d'un processus ou d'une constitution, mais de se faire une idée de l'importance de la réaction psychique dans le mécanisme schizophrénique. A ce point de vue tout le monde paraît à peu près d'accord, et les psychanalystes eux-mêmes : le mécanisme schizophrénique admet une réaction psychique mais il reste essentiellement lié à un processus acquis ou congénital. *C'est donc d'un processus schizophrénique qu'il faut parler avec ce qu'il comporte précisément d' « organicité » à sa base et de « psychogenèse » dans le déterminisme de ses symptômes* »[155].

Outre les questions constitutionnelles, H. Ey pose à l'origine des confusions et de la méconnaissance du concept bleulérien, « *le désir d'en rester à l'opinion primitive de Kraepelin* ». Ainsi que les interprétations erronées de la théorie de Bleuler. Alors que pour Bleuler la schizophrénie était « un groupe *d'états de discordance psychique* rompant *le contact avec le réel »,* en France l'idée s'est imposée qu'il s'agissait là *«* d'un état *psychopathique* dû *à une rupture de contact avec l'ambiance* ». Dès lors, il s'agit pour H. Ey de résoudre ce problème en dégageant les caractères essentiels de la conception bleulérienne. D'une part, il énonce ce qui fait le noyau du groupe des schizophrénies : « *l'état de discordance, d'ataxie intrapsychique irréductible dans son fond à un mécanisme purement psychogénétique* ». Ainsi, il résout le conflit entre organogenèse et psychogenèse. La conception bleulérienne se range sous leur double aspect.

Par esprit de consensus, Ey range le groupe des schizophrénies dans celui des psychoses discordantes. Ce groupe représente « l'aspect clinique des processus qui provoquent la dislocation schizophrénique »[156]. L'entité clinique se trouve essentiellement caractérisée par cette « discordance ou dislocation schizophrénique de l'activité psychique ». Celle-ci se manifestant par un désordre dans les registres de l'activité intellectuelle, affective et comportementale. En ce qui concerne son mécanisme, il s'agit du processus schizophrénique bleulérien, « *c'est-à-dire que la plus grande partie des symptômes représentent une réaction psychique de la personnalité du malade, soit à l'égard d'une processus toxi-infectieux acquis, soit à l'égard d'un processus dégénératif* »[157].

Le syndrome de discordance permet à H. Ey de faire admettre un groupe de faits cliniques, expurgés de la psychogenèse, ressortant du mécanisme schizophrénique dégagé par Bleuler. Il vise ici l'insertion de la psychiatrie dans les disciplines médicales, encourageant les recherches biologiques.

[155] Op. cit. p.69.
[156] Op. Cit. Note de bas de page n°10. P.71.
[157] EY, H., « Position actuelle des problèmes de la Démence précoce et des Etats schizophréniques », 1934, in « Schizophrénie : Etudes cliniques et psychopathologiques », op. cit. p. 71.

En ce qui concerne ses formes cliniques, il tend à limiter le concept en y incluant quatre types cliniques[158] : le groupe hébéphréno-catatonique ; le groupe schizomaniaque (H. Claude) et schizopraxique[159] ; le groupe schizophrénique délirant (démence paranoïde) et le groupe des paraphrénies.

Le groupe des psychoses discordantes se voit caractérisé « par un état d'anarchie psychique ». Il se déploie, dans la clinique, en une série de formes, pour lesquelles H. Ey ne cesse de poser la question de leur insertion ou non dans le groupe. Ainsi, si la schizophrénie délirante et la schizophrénie praxique en sont les formes les plus typiques, le groupe des paraphrénies et des états hébéphréno-catatoniques restent soumis à interrogations.

Il formule l'hypothèse d'un mécanisme propre aux paraphrénies, dans la mesure où il y a un double caractère d'activité délirante et d'intégrité du fond mental et de la structure de la personnalité. Seules celles où l'on observe des néologismes, des éléments de schizophasie, semblent rattachables au groupe des psychoses discordantes. La même question se pose quant au groupe de l'hébéphrénie et de la catatonie, notamment s'il contient le noyau de discordance ? Dès lors, il envisage le groupe des psychoses discordantes comme :

> « Une série de formes de réactions à un processus qui se manifeste sous la forme d'états d'autant plus voisins de l'hébéphréno-catatonie qu'il est lui-même plus intense, rapide, et s'installe précocement chez un individu donné et qui au contraire détermine des formes cliniques voisines des paraphrénies dans la mesure où il est moins brutal, moins cataclysmique et plus tardif »[160].

Le groupe des psychoses discordantes ne peut donc être ramené à une affection isolée, dans la mesure où il représente une série d'états, de syndromes dont l'étiologie peut être multiple et le mécanisme admettre des degrés et des variations. H. Ey abandonne définitivement le terme de Démence précoce, au profit de celui de psychose discordante, et garde le néologisme bleulérien dans son sens fondamental de mécanisme spécifique au groupe de psychoses ainsi délimité.

En 1957, au deuxième Congrès Mondial de Psychiatrie, tenu à Zurich, Henri Ey fait état du rapport des psychiatres français aux conceptualisations bleulérienne, notamment les implications du refus du concept par certains psychiatres tels qu'Henri Claude ou Paul Guiraud. Ne pouvant s'entendre sur la définition de la schizophrénie, la psychiatrie française, jusqu'à l'avènement des psychotropes, s'est trouvée divisée entre ceux qui, d'une part, jugeait la notion trop vague et trop étendue, - accordant une place excessive aux facteurs psychologiques, surestimant l'important du déterminisme psychogénétique -, et, d'autre part, ceux qui tentaient de délimiter le concept avec précision, pour lui donner une pertinence opérationnelle, notamment dans la recherche étiopathogénique.

---

[158] Idem, p.72.

[159] « [...] une forme de trouble du comportement, avec impulsions, mutisme, négativisme, vagues idées délirantes, explosions motrices contrastant avec l'inactivité habituelle, bizarrerie des gestes, de la mimique et de la conduite », op.cit. p.75.

[160] Idem, p.76.

1.1.3. Le déclin du concept de schizophrénie

a. Les approches biologiques en psychiatrie

Le discours de la psychiatrie biologique affirme que tous les troubles mentaux peuvent et doivent être compris comme des maladies du cerveau. Il y a évidemment des cas où des symptômes d'apparence psychiatrique ont des causes cérébrales identifiables et traitables. Les progrès de la neurobiologie, de l'imagerie cérébrale et de la neurochirurgie permettent de traiter ces cas qui semblaient relever de la psychiatrie et apparaissent maintenant relever de la neurologie. Mais peut-on en déduire que, dans un futur proche, tous les troubles psychiatriques pourront être décrits en termes neurologiques, puis soignés sur les bases de ces nouvelles connaissances ? Si c'était le cas, la psychiatrie biologique représenterait alors, effectivement, une rupture épistémologique dans l'histoire de la psychiatrie[161].

Dans sa thèse de médecine, Patrick Baud étudie les rapports que la notion de schizophrénie, dans ses différentes formes conceptuelles, a entretenus avec les hypothèses et théories biologiques. Il formule la problématique suivante : « *les approches biologiques – qualifiées selon les époques de « somatiques », « organiques » ou « médicales » - ont certes généré des procédures thérapeutiques, mais ont-elles aussi contribué à façonner le concept de schizophrénie ?* »[162]Nous nous baserons sur ses travaux[163] afin d'aborder ce versant des débats autour de la notion de schizophrénie. Il s'agit de tenir compte du postulat de Bleuler qu'il existe un processus organique ou biologique à la schizophrénie, et de ses conséquences dans ce que nous avons avancé comme le déclin du concept de schizophrénie.

La thèse de Patrick Baud se prête à notre réflexion dans la mesure où elle s'inscrit dans une perspective scientifique. Il s'agit pour l'auteur de repérer les coordonnées de la « crise permanente » du concept de schizophrénie, en passant par l'examen des relations entre le discours clinique et psychopathologique et le discours biologique sur la schizophrénie. Pour cela, il tient compte de l'inadéquation de l'application d'une méthode ressortissant du domaine de la biologie à des concepts relevant de la psychopathologie. Dès lors il introduit son propos en soulignant que :

«Demander à la biologie de découvrir l'étiologie de la schizophrénie, d'en comprendre la physiopathologie, n'a de sens que si le cadre nosologique adopté est compatible avec ses méthodes de recherches, ses techniques, ses concepts opérationnels. Toute entité clinique en psychiatrie – […] – doit être préalablement construite comme une catégorie clairement délimitée et précisément définie, s'il s'agit d'en révéler les bases biologiques. […] Si la définition de la schizophrénie est fondée sur la clinique et la psychopathologie, rien n'assure que cette pertinence classificatrice rencontre celle de ses

[161] Gonon, F., « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », Revue Esprit, Novembre 2011.
[162] Baud, Patrick. Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2003, no. Mèd. 10339. Introduction.
[163] Qui concernent les recherches médicales et biologiques conduites dans les années trente et dans l'immédiat après-guerre, et l'introduction, dans les années cinquante, des neuroleptiques dans le traitement des psychoses, et enfin l'adoption généralisée, à partir de 1980, des critères standardisés visant à opérationnaliser le diagnostic en psychiatrie.

hypothétiques fondements biologiques, qui pourraient demeurés inaccessibles. Si au contraire on adopte une définition subordonnée aux impératifs de la recherche biologique, comme c'est aujourd'hui le cas dans les efforts visant à créer une nosologie génétique, c'est la fonction organisatrice de la clinique qui pourrait en souffrir. »

La recherche de l'étiologie de la schizophrénie se retrouve dans de nombreux domaines. Ceux indiqués par Kraepelin, tels que l'hérédité et la neuropathologie, mais aussi dans les domaines de l'endocrinologie, du métabolisme intermédiaire ou de la biochimie. Ces recherches ont menées à des constructions théoriques diverses et proposant des paradigmes pluriels. Elles ont en commun l'ambition de trouver l'étiologie de la schizophrénie dans un désordre somatique, mais elles se distinguent les unes des autres par leurs hypothèses de base, leurs outils conceptuels, leurs techniques expérimentales.

L'hypothèse toxique d'Henri Baruk (1897-1999)

Henri Baruk a attaché son nom à l'étude de la catatonie expérimentale, qui représente selon lui « le début d'une méthode nouvelle en psychiatrie : la méthode expérimentale de Claude Bernard appliquée à l'étude des troubles mentaux »[164]. A la suite de ses travaux il a proposé une hypothèse toxique à la schizophrénie. Ce courant de recherche, qui s'étend de la fin des années vingt jusqu'à l'immédiat après-guerre, a porté essentiellement sur les désordres psychomoteurs dans la schizophrénie.

H. Baruk a une position anti-nosologique. Il considère les troubles mentaux dans une perspective syndromique proche de celle d'Adolf Mayer[165]. Il étudie l'évolution de la schizophrénie et critique le pronostic de chronicité en soulignant le fait que « certaines schizophrénies ont une tendance spontanée à la guérison ». Il insiste sur l'importance des traitements moraux, plutôt que sur les thérapies de chocs (convulsio-thérapies, etc.). Ainsi que sur l'importance de la recherche des causes et du traitement étiologique, plus efficaces selon lui.

Dans ses études il se base sur des données psychophysiologiques, à partir de « l'étude des réactions pharmacodynamiques chez les schizophrènes » et de « la découverte de psychoses expérimentales chez l'animal », ce qui a abouti à la découverte de « la catatonie expérimentale ».

Avant ces travaux, l'extrême variabilité des troubles psychiques et les changements brusques du tableau clinique ne se laissaient guère expliquer par une lésion organique et donnaient traditionnellement des arguments en faveur du déterminisme purement psychologique des psychoses, nous dit P. Baud. Sur la base de ses recherches expérimentales, en 1939, Baruk peut expliquer cette variabilité par les « oscillations incessantes de la pénétration, de l'absorption ou de l'élimination du toxique ». Un même toxique, souligne-t-il, peut provoquer, selon les doses, le sommeil, des troubles psychomoteurs, des crises nerveuses de gesticulation ou encore des crises organiques (comme des crises d'épilepsie). « *Il existe*

[164] Cité par Baud, P., in Op.cit. p.41.
[165] Adolf Mayer considère les troubles mentaux « non comme des entités, mais comme des réactions à des causes très variées physiques ou morales ».

entre les troubles psychonévropathiques et les troubles organiques plus une différence de degré qu'une différence de nature », conclut-il.

L'hypothèse majeure issue de l'ensemble de ces travaux soutient que les troubles rencontrés en clinique psychiatrique, ou reproduits expérimentalement chez l'animal, qui peuvent se manifester par des états divers, dont la catatonie, constitue le tableau le plus extrême, sont causés par un poison, endogène ou exogène, ayant une activité dissociative sur le psychisme humain.

D'autre représentant de ce courant, De Giacomo et De Jong, suggèrent que ce poison est produit par l'organisme lui-même (mescaline ou acide lysergique), ce qui ouvre la transition, au tournant des années cinquante, vers le paradigme biochimique des recherches sur la schizophrénie.

L'ère biochimique de la schizophrénie

L'ère biochimique de l'histoire de la schizophrénie commence en 1952 avec la découverte des neuroleptiques. L'exploration de ce nouveau domaine permet de proposer de nouveaux modèles de la schizophrénie à partir de l'étude de la synapse.

La chlorpromazine, utilisée d'abord en anesthésiologie par Laborit, se révèle avoir sur le psychisme un effet de « désintéressement », qui amène à poser la question de son usage en psychiatrie. Ce sont Jean Delay (1907-1988) et Pierre Deniker (1917-1998) qui mettent en évidence l'originalité du produit et, en 1952 avec l'école de Sainte Anne, qui publient une série de communications dont le retentissement est mondial. Ils proposent cette même année le terme de neuroleptique, « qui tient le nerf », pour désigner cette nouvelle famille de médicaments.

En 1954, Hans Steck (1891-1980) fait observer que la chlorpromazine, outre un effet antipsychotique, provoque un syndrome extrapyramidal comparable à celui qui caractérise la maladie de Parkinson. C'est pourquoi les français maintiendront le terme de neuroleptique, là où les américains feront usage de celui de « tranquilizer », sans faire de différence entre ces tranquillisants majeurs et d'autres, mineurs, qui ne provoquent rient de tel.

Delay et Deniker proposeront une psychopharmacologie reposant sur l'effet des drogues sur le psychisme. L'enjeu de ces découvertes tient à une problématique multiple :

> « Pourquoi certaines substances, les psychodysleptiques, provoquent-elles des manifestations qui ressemblent si étrangement à certaines formes de la psychose naturelle ? Pourquoi d'autres substance, les neuroleptiques, effacent-elles les manifestations cliniques de ces mêmes formes, et peut-on déduire des réponses à ces questions un nouveau modèle de la schizophrénie, modèle biochimique ou mieux, nous allons voir pourquoi, synaptique ? »[166]

Dans son ouvrage sur la schizophrénie, Jean Garrabé[167] met en évidence le bouleversement occasionné par la découverte des systèmes neuronaux dopaminergiques par

[166] Garrabé, J., « L'histoire de la schizophrénie », op. cit. p. 202.
[167] Op. cit. p. 203.

Carlsonn dans les années cinquante. En effet, ce sont les récepteurs dopaminergiques qui sont impliqués dans l'action thérapeutique des neuroleptiques. Les recherches fondamentales en psychiatrie biologique se déploient. Bien qu'on ne puisse explorer directement les systèmes dopaminergiques d'un schizophrène, il y a un faisceau convergent d'arguments en faveur d'une hyperactivité dopaminergique, en particulier mésolimbique, dans les formes paranoïdes de schizophrénies. C'est en se basant sur cette hypothèse que vont être proposés de nouveaux modèles.

En France, Lecrubier[168] transpose la distinction bleulérienne des symptômes, basée sur la psychopathologie, sur le plan neurobiologique. Sans tenir compte de l'erreur épistémologique que cela constitue, il formule une conception bipolaire de la schizophrénie, où les symptômes positifs sont liés à un hyperfonctionnement et les symptômes négatifs à un hypofonctionnement du système dopaminergique. Se déploie une psychopathologie quantitative dont le but est d'établir une relation de causalité directe entre un syndrome et une atteinte organique précise.

Avec la découverte du troisième récepteur dopaminergique via la méthode génétique, dans les années soixante-dix, un lien s'établi entre les théories basées sur la biologie moléculaire de la dopamine et les études génétiques. Les chercheurs s'engagent alors à estimer la vulnérabilité génétique de la schizophrénie, notamment avec la recherche de marqueurs spécifiques.

Dans une monographie parue en 1963, Smythies[169] présente les hypothèses biochimiques de la schizophrénie. Selon lui le débat qui concerne les causes, physiopathologiques ou psychopathologiques, de la schizophrénie est stérile, et il propose de s'en tenir à trois principes simples.

Tout d'abord, il considère que l'entité clinique schizophrénie est destinée à se fragmenter en différentes maladies à mesure que les causes seront connues. Le diagnostic, en conséquence, ne reposera plus sur les symptômes, mais sur la connaissance de ces causes. Ensuite, il avance qu'en psychiatrie, les causes sont presque toujours multiples. Dans la mesure où le capital génétique d'un individu interagit, via son système nerveux, avec ses expériences de vie d'une manière extrêmement complexe. L'environnement, la culture, et l'ensemble des conditionnements auxquels le sujet est soumis doivent être pris en compte. Il évoque notamment les situations de stress qui s'accompagnent de sentiments de honte, de culpabilité ou de rejet, et qui menacent ou fragilisent le moi. Smythies interprète les expériences précoces révélées par la psychanalyse à la lumière des découvertes éthologiques. Pour lui, « *il serait absurde de prétendre que les réponses au problème de la cause de la schizophrénie ne résident que dans la biochimie, ou dans la psychopathologie freudienne, ou dans les théories de l'apprentissage ou toute autre discipline unique. Les facteurs génétiques, métaboliques, physiopathologiques, le conditionnement les [déterminants] culturels ont toute leur importance* »[170]. A partir de ces considérations, il semble que Smythies nous suggère que le désordre métabolique de la schizophrénie repose sur les mécanismes physiologiques de

[168] Op.cit. p.208.
[169] Baud, P., op.cit. pp. 47-50.
[170] Smythies, cité par Baud, P., op. cit. pp.47-48.

réponse au stress, en particulier ceux qui organisent les émotions complexes de la honte et de la culpabilité.

Le troisième principe de Smythies permet de résoudre le problème des causes multiples soulevé plus haut. Il évoque à son appui, nous dit P. Baud, « la structure hiérarchique de la science », qui lui permet de prévoir la réduction de toute la théorie freudienne en termes physiologiques. Il s'agit là d'une conception toujours d'actualité, illustrant le nouveau paradigme de la psychologie[171], selon laquelle l'inconscient et les concepts freudiens sont *a priori* réductibles à leurs équivalents neurophysiologiques, lesquels devraient décrire ce qui réellement se produit dans les centres cérébraux en cause lorsque par exemple une idée douloureuse est réprimée.

C'est donc à partir de ces trois principes généraux que Smythies présente son hypothèse de travail : dans la schizophrénie les mécanismes métaboliques ou physiologiques de la réponse au stress seraient défectueux, en particulier ceux qui conduisent à des sentiments de honte et de culpabilité[172]. Nous exposerons brièvement les fondements de la théorie biochimique que nous propose Smythies, en tenant compte de l'actualité qu'elle a conservée.

- Il existerait une anomalie fondamentale, génétiquement déterminée, dans certains cycles métaboliques, induisant la mise en jeu de mécanismes biochimiques compensatoires. Cette anomalie peut influencer d'autres mécanismes métaboliques ou physiologiques qui sont de quelque façon sous sa dépendance. En conséquence, plus d'un système métabolique peut être perturbé.

- Une maladie schizophréniforme peut aussi ne pas être causée par une anomalie métabolique, mais résulter d'une erreur génétique dans des mécanismes cérébraux locaux. Ces anomalies génétiques peuvent être en relation avec la construction des neurones ou leur manière de réagir. Le déficit génétiquement déterminé peut être localisé à certaines régions du cerveau, qui ne sont pleinement sollicitées que lorsque l'organisme est confronté à certains types de stress, notamment à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Nous retrouvons ici l'hypothèse d'une simple différence de « degré » entre les personnalités dites « normales » et schizophrènes. Dans la mesure où les désordres métaboliques, en rapport avec l'expression et le contrôle des émotions, ici supposés ne sont pas propres uniquement à la schizophrénie.

- Smythies fait le projet d'une explication biochimique ou physiologique mettant en évidence les facteurs chimiques qui sous-tendent les désordres du conditionnement et les effets de l'anxiété ou de la honte sur le comportement.

Neurologues, biologistes et universitaires ouvrent ici une conversation commune où se trouve l'espoir de réduire le sujet de la psychologie à un système d'apprentissage. Notamment à partir des découvertes des modalités d'inscriptions de l'expérience dans le système nerveux (plasticité). C'est l'ère des neurosciences à laquelle Smythies a contribué. Les recherches

[171] Laurent, E., « Lost in cognition, Psychanalyse et sciences cognitives », Psyché, éditions Cécile Defaut, 2008.
[172] Baud, P., op. cit., p.48.

visent à repérer la lésion biochimique postulée, soit par l'étude du métabolisme des patients, soit par l'étude du mode d'action des drogues au niveau neuropsychopharmacologique. Au moins trois théories biochimiques se sont constituées à partir de cette époque. L'une postule un désordre du métabolisme de l'adrénaline, la seconde un désordre sérotoninergique, la troisième un désordre du métabolisme de la mélatonine.

Le Département de psychiatrie et de Neurologie de l'Université de Tulane, en Louisiane, ouvre ce programme de recherche d'une approche unifiée du comportement humain, dès le début des années cinquante. Pour cela elle recourt à des expérimentations animales et à des interventions neurochirurgicales sur des patients schizophrènes. Les auteurs, embarrassés par l'hypothèse freudienne d'une pulsion d'ordre sexuelle, préfèrent postuler que la force dynamique du comportement est liée à la satisfaction des besoins métaboliques, ce qui orientera leurs recherches.

Ils développent à leur usage un concept opérationnel de la schizophrénie. Ils proposent d'utiliser l'expression « schizophrénie décompensée »[173] pour désigner les critères kraepeliniens de la démence précoce, et le terme « schizophrénie basale » pour désigner les symptômes fondamentaux de Bleuler. Les auteurs considérant la schizophrénie basale en termes de degré, ils feront des essais de stimulation électrique[174] pour savoir si l'on peut influencer le processus fondamental. Leur hypothèse est que la conjonction entre des facteurs génétiques et des facteurs émotionnels précipitant, entraine une altération de certains circuits nerveux et une perturbation du développement ultérieur des fonctions psychologiques.

Pour résumer, P. Baud nous dit qu'ils font l'hypothèse que des anomalies physiologiques, à début plus ou moins précoce, interfèrent avec le développement émotionnel et intellectuel.

« Des situations de stress peuvent alors, chez ces sujets, précipiter une décompensation. Des considérations sur les résultats de la chirurgie du lobe frontal les conduisent à penser que c'est à la suite de décharges corticales que les régions sous-corticales deviendraient dysfonctionnelles. Ainsi une stimulation électrique de la partie basale de la région septale pourrait restaurer une activité normale, sous corticale, puis corticales, amenant le sujet à une appréciation meilleure de la réalité. Il passerait d'un état de rêverie à un état lucide et vigile »[175].

Paul Guiraud (1882-1974), de son côté, rejette le cadre nosographique français. Il est selon lui trop hétérogène, résultant d'une accumulation historique de critères de classification clinique, anatomique, étiologique. Or, dit-il, « *pour être homogène une classification devrait être exclusivement symptomatique ou exclusivement biologique* ». Collaborateur d'Henri Ey, notamment pour l'article de 1926, « Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler »[176], il critique lui aussi le désordre de la psychiatrie de son temps. Pour cela, il s'appuie sur le modèle de la physique moderne et affirme l'identité du corps et de l'esprit. Guiraud propose à

[173] Voire Baud, P., op. cit. pp.50-54.
[174] Intervention chirurgicale consistant à placer des électrodes de stimulation dans le septum basal, à demeure.
[175] Baud, P., idem, p.54.
[176] Ey, H., Guiraud, P., « Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler », in « Schizophrénie : Etudes cliniques et psychopathologiques », Henri Ey, Collection Les empêcheurs de tourner en rond, édité par Synthélabo, 1996.

la psychiatrie d'admettre « *au moins comme postulat que le même processus est, suivant le point de vue sous lequel nous l'envisageons, tantôt une activité des neurones de l'encéphale, tantôt un phénomène psychique conscient ou non* »[177]. Il ajoute, « *partons de ces postulats et que les uns construisent une psychiatrie générale moniste, les autres une psychiatrie dualiste, l'avenir montrera quelle est l'hypothèse la plus féconde* ».

Il opère une théorisation neuropsychiatrique de la schizophrénie, cohérente dans sa volonté d'intégrer le biologique et le psychologique dans la pathologie mentale. C'est dans son ouvrage de « Psychiatrie générale » qu'il en fourni les principaux développements, notamment à partir de l'étude de l'hébéphrénie.

P. Guiraud fait sienne la séparation proposée par Bleuler des symptômes primaires, qui dériveraient de l'atteinte cérébrale organique, et des symptômes secondaires d'origine psychogénétique. « Découverte d'une importance capitale, dit-il, qui doit devenir un des principes directeurs de la psychiatrie moderne ». Mais, il n'admet pas le trouble de l'association des idées, en tant que conséquence directe du processus cérébral morbide. Le psychiatre ne peut avoir une approche psychopathologique pure, selon lui. Il doit en outre prendre une attitude de biologiste et de neurophysiologue. La conception de Bleuler ne permettant pas de comprendre le mécanisme par lequel la lésion provoque les symptômes primaires de la schizophrénie, il propose, dès 1922, une définition plus étroite, correspondant à la démence précoce de Kraepelin.

Il formule la notion d' « athymhormie », c'est-à-dire « *un défaut du dynamisme vital instinctif et thymique dont dérivent tous les symptômes essentiels, et qui a, sur le plan neurophysiologique, une origine diencéphalique, plus particulièrement hypothalamique* »[178]. A partir des travaux d'anatomo-pathologie de C. et O. Vogt, il formule une doctrine diencéphalique pour les formes graves et précoces de la maladie. Pour lui, le symptôme essentiel de l'hébéphrénie, l'athymhormie, peut se concevoir sans difficulté comme l'expression psychique du déficit fonctionnel des cellules diencéphaliques.

> « Tous ces résultats, conclut-il, tendent à faire admettre que, au moins en partie, les manifestations schizophréniques sont à considérer comme des troubles des fonctions de cette partie de l'écorce préfrontale en liaison dans les deux sens par des fibres nerveuses avec le noyau thalamique dorso-médian »[179].

Enfin, on peut donc dire que, pour parvenir à donner à la schizophrénie un fondement organique, Paul Guiraud a adopté un concept étroit qu'il a substitué à l'entité définie par Bleuler. Ce procédé vient confirmer le problème posé par les recherches des causes de la schizophrénie : il n'y a pas de définition biologique de la schizophrénie, ni d'indice fiable (marqueur) qui permettrait d'en définir précisément les contours.

Dès les années soixante, la structure chimique du matériel génétique commence à être connue. Le code génétique, une fois déchiffré, donne son plein essor à la biologie

[177] Cité par Baud, P., op. cit. p.60.
[178] Cité par Baud, P., op. cit. p.61.
[179] Idem, p.62.

moléculaire. Dès lors commence les analyses des mécanismes régissant le vivant et impliquant les facteurs génétiques.

Dans un ouvrage collectif (1967) consacré aux origines de la schizophrénie, S. Kety[180] discute le rôle étiologique qu'une substance chimique endogène pourrait jouer dans la schizophrénie. Il y apporte deux types d'arguments, d'une part il affirme l'existence de facteurs génétiques dans la schizophrénie, notamment à partir des études sur les jumeaux. D'autre part, il s'appuie sur le constat que certaines substances chimiques (LSD, mescaline, amphétamines) sont susceptibles de produire un ensemble de symptômes tenus pour caractéristiques de la schizophrénie. Les recherches de Kety s'appuient sur le « bioassay », hérité de la méthodologie en endocrinologie, afin d'isoler les substances en cause.

Cependant, il s'avère que les hypothèses biochimiques ne résolvent pas le problème d'une définition précise du concept de schizophrénie et de l'influence des facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent modifier la symptomatologie. Au contraire, elles viennent poser de nouvelles questions. Quels facteurs biologiques ou psychosociaux sont en cause ? Par quel mécanisme les troubles viennent-ils à se manifester dans la clinique ? Pourquoi sous des formes aussi diverses ?

Pour répondre à l'obstacle épistémologique que constitue la schizophrénie, Kety entre autres, proposera la notion de « troubles du spectre », regroupant un « halo » de troubles psychiatriques partageant une pathogénie commune avec la schizophrénie.

Le développement ultérieur des recherches, dans le domaine de la biochimie et de la neurochimie, verra l'abandon de l'idée de trouver une substance endogène susceptible de produire un syndrome psychotique et, concernant la schizophrénie, elles se concentreront sur l'hypothèse dopaminergique.

L'introduction des médicaments psychotropes a bouleversé la thérapeutique psychiatrique et amené de nouvelles hypothèses sur la physiopathologie et l'étiopathogénie des principaux troubles mentaux. C'est la découverte du mécanisme d'action des neuroleptiques qui a conduit à proposer l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie. Elle est désormais une référence centrale dans la compréhension de la physiopathologie du trouble, et organise les recherche en biologie, notamment au niveau méthodologique.

La compréhension du mode d'action des antipsychotiques au niveau macromoléculaire représente un paradigme majeur de la recherche en psychiatrie biologique. Si l'effet thérapeutique d'une substance pharmacologique se produit par inhibition de l'activité d'un neurotransmetteur, c'est que celui-ci se trouve en excès dans le cerveau des malades.

On notera, néanmoins, que si elle semble évidente, cette inférence logique amène des postulats implicites trompeurs. D'ailleurs, depuis la première formulation de cette hypothèse, les travaux cliniques et expérimentaux ont conduit à l'abandon de l'idée d'un excès d'activité dopaminergiques comme mécanisme physiologique unique. La complexité des découvertes dans ce domaine (interactions entre neurotransmetteurs, variations locales de l'activité dopaminergique, etc.), on conduit à une réduction de son champ d'application. Désormais, loin d'une explication globale, les recherches se sont déplacées au niveau des symptômes et des troubles comportementaux et cognitifs.

[180] Baud, P., op. cit. pp. 63-69.

Dès le début du XX^{ème} siècle un grand nombre de recherches ont avancé des arguments génétiques à la schizophrénie. Ces recherches concernaient les « agrégations familiales » de cas de schizophrénie, les études de jumeaux et les études d'adoption. Si l'hypothèse d'une composante génétique est fortement soutenue, le mode de transmission reste inconnu. L'implication de facteurs environnementaux concomitants semble nécessaire. On remarque que les recherches se heurtent systématiquement à l'hypothèse multifactorielle, qui ne permet pas une définition claire de leur objet, et les contraint à élargir le « spectre de la schizophrénie ».

Ces recherches ont, néanmoins, donné naissance à la notion de « vulnérabilité à la schizophrénie », qui constitue aujourd'hui un enjeu considérable. En effet, il s'agit d'identifier des marqueurs capables d'évaluer la susceptibilité, voire de prédire le risque pour un sujet sain de devenir schizophrène. Ces marqueurs seraient soit identifiables avant la survenue des premiers troubles et indépendants de leurs évolution clinique : marqueurs de trait. Soit marqueurs d'état, n'apparaissant qu'au cours du déclenchement des troubles. Il s'agit d'explorer les ondes électrophysiologiques, dont les altérations reflèteraient un mauvais filtrage des informations sensorielles. La notion de « marqueurs d'état » fait intervenir une recherche d'anomalies cognitives corollaires de la maladie.

Il semblerait que, dans des conditions expérimentales, près de 80% des patients schizophrènes aient une altération de l'onde P50[181]. L'anomalie de l'onde N400 reflétant, quant à elle, la mise en jeu des processus de traitement du contexte d'un stimulus, serait un « marqueurs de la désorganisation » schizophrénique.

Cette perspective est encore aujourd'hui examinée avec prudence, les chercheurs s'inquiétant des effets indésirables d'un traitement chimiothérapique de sujets sains « hypothétiques possibles schizophrènes ». Elles s'orientent davantage vers le dépistage précoce des schizophrénies.

La schizophrénie, phénomène biologique ?

Dans une tentative de synthèse, Patrick Baud[182] relève les obstacles auxquels se heurte une approche exclusivement biologique de la schizophrénie. En effet, l'appareil conceptuel des sciences de la vie se révèle inadéquat face à un objet constitué dans un langage différent, celui de la psychopathologie. Les études biologiques se trouvent en difficulté à extraire de la clinique les signes, symptômes ou manifestations biologiquement pertinentes, et à définir leur niveau d'observation. Avant d'aborder la psychose schizophrénique en tant que phénomène biologique, P. Baud invite d'abord à répondre à certaines questions :

« Quelle est la nature fondamentale de la psychose et que signifie-t-elle en tant que manifestation spéciale dans l'ordre du vivant ? Quelle est sa valeur, en termes de survie, pour l'individu comme pour l'espèce ? A quelle déviation biologique doit-elle son origine ? Est-elle une

[181] Haouzir, S., et Bernoussi, A., « Les schizophrénies », sous la direction de J.-L. Pedinielli, 2ème édition, Armand Colin, 2010, p.99.
[182] Baud, P., op.cit. pp.54-59.

authentique maladie due à une anomalie (*defect*) structurelle ou simplement une désorganisation fonctionnelle ? A-t-elle plusieurs étiologies ? »[183]

P. Baud met en évidence le problème d'une approche uniquement biologique de la schizophrénie. Selon lui, le problème central revient à comprendre ce qui produit et perpétue la désintégration de la personnalité. Il se demande en quoi la schizophrénie est l'indice d'un trouble biologique. Serait-elle l'échec des processus de maturation ? Dès lors quel processus étudier pour comprendre la schizophrénie ? P. Baud remarque que les chercheurs fonctionnent par analogies. Analogie avec l'enfance, le rêve, les atteintes organiques cérébrales, traumatiques ou infectieuses, auxquelles on applique les méthodes et les raisonnements de la biologie. Elles tiennent lieu de données établies et orientent la théorie.

L'absence d'une étiologie organique propre à la schizophrénie serait alors la conséquence de recherches trop sophistiquées et multiples, négligeant les questions conceptuelles nées de la clinique. P. Baud interroge le lien entre recherche et clinique, entre scientifique et clinicien par rapport au même objet. En effet, l'absence de résultat définitif concernant la définition du concept et de la maladie est-il lié à l'insuffisance des techniques, et donc en attente des découvertes qui apporteraient la solution attendue ? Ou bien est-ce la conséquence de contraintes épistémologiques ?

La tension que suscite le concept de schizophrénie, tant dans le domaine de la clinique psychiatrique que dans celui de la recherche biologique, en fait un enjeu essentiel dans le champ de la psychiatrie moderne. En effet, il semble que la définition et les limites données au concept entraîneraient une refondation d'autres catégories nosologiques, entraînant une refonte globale de la psychopathologie.

Nous pouvons dire que la spécialisation des savoirs va de pair avec la fragmentation progressive des connaissances en psychiatrie et donc avec le déclin du concept de schizophrénie. En effet, l'histoire de ce concept semble témoigner de la distance croissante entre la pratique clinique et thérapeutique et les théorisations. Le paradigme biologique ne semble pas parvenir à la délimitation et l'organisation du champ de la psychiatrie. Au contraire aujourd'hui se pose de plus en plus intensément la question de ce qui unifie ce domaine de connaissance.

D'autre part, l'état actuel des connaissances fait douter de la pertinence du modèle neuro-biologique en psychiatrie. L'analyse du génome de plusieurs cohortes de schizophrènes ne parvient pas à mettre en évidence des anomalies génétiques[184]. Au contraire, le développement rapide des technologies génétiques et l'enrôlement de milliers de patients aboutissent au constat inverse : les effets génétiques apparaissent de plus en plus faibles. Les études scientifiques s'appuient de plus en plus sur le concept ancien d'héritabilité, qui permet de conclure que les gènes ne contribuent, éventuellement, à l'étiologie des maladies mentales qu'en interaction avec l'environnement. Dès lors, les maladies se distinguent entre maladies très invalidantes (dont la schizophrénie), peu fréquentes et à forte composante génétique *probable* d'une part, et des troubles fréquents (dépression, anxiété, etc.) et à forte composante environnementale d'autre part.

[183] Baud, P., op. cit. p.55.
[184] Gonon, F., « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », op.cit.

C'est dans le domaine des neurosciences et de l'épigénétique que la psychiatrie biologique peut trouver son impulsion. L'épigénétique consiste à étudier les altérations d'activité des gènes qui ne sont pas dues à des variations de la séquence d'ADN. Ces études récentes commencent à *révéler* les bases biologiques de ce qui était connu depuis bien longtemps par les cliniciens : les expériences précoces conditionnent la santé mentale des adultes.

« Après trois décennies décevantes de recherche des causes génétiques des troubles psychiatriques, ce nouvel axe de recherche de la psychiatrie biologique a le mérite de remettre sur le devant de la scène les facteurs de risque environnementaux des périodes pré et post-natales. De ce fait, les études épidémiologiques, qui ont mis en évidence les facteurs de risques sociaux et économiques, retrouvent du crédit ainsi que les actions préventives en direction des jeunes enfants et de leurs parents »[185].

Ce bel optimisme est néanmoins à tempérer car il n'y a qu'un pas entre prévention et le « zéro de conduite »[186]. Il y a un écart entre la pratique en laboratoire et la pratique clinique. Or, c'est précisément un reproche que l'on peut faire à la psychiatrie biologique, celui de sa pauvre implication dans la pratique auprès des patients. Or, quelles sont les conséquences du discours de la psychiatrie biologique sur le public et ses conséquences sociales ? F. Gonon, dans son article de 2011, « La psychiatrie biologique, une bulle spéculative », évoque la déformation des conclusions dans la littérature scientifique et ses effets dans le discours courant. Il distingue trois types de déformations. La première consiste en incohérences flagrantes entre résultats et conclusions. La deuxième, en une conclusion forte, affirmée dans le résumé de l'étude, négligeant les données relativisant la portée de la conclusion. La troisième déformation consiste à « affirmer de manière abusive que les résultats d'études précliniques ouvrent de nouvelles pistes thérapeutiques ». F. Gonon corrèle ce biais avec celui des publications scientifiques. C'est-à-dire le biais qui consiste à citer de préférence les études qui sont en accord avec les hypothèses des auteurs. Selon l'analyse à laquelle il se réfère, « la distorsion des citations est si considérable qu'elle « génère des dogmes non fondés » ».

En ce qui concerne les conséquences d'un discours privilégiant la conception neurobiologique des troubles mentaux, indépendamment des progrès réels, F. Gonon évoque des conséquences sociales. Désormais la population américaine est de plus en plus convaincue que les troubles mentaux sont des maladies du cerveau d'origine génétique, nous dit-il. Or, cette conception tend à produire de la ségrégation. La mise en avant des causes neurobiologiques excluant les causes psychologiques ou sociales, et donc poussant à ignorer les mesures de préventions.

Ce que révèle l'analyse de F. Gonon c'est que contrairement à un discours répandu, l'OMS a montré en 2003 la prévalence des troubles mentaux aux Etats-Unis par rapport à l'Europe. Notamment ce qui concerne les troubles les plus sévères. F. Gonon propose deux types de causes : « *Premièrement la santé mentale des Américains pourrait être réellement*

[185] Gonon, F., op. cit. p. 60.

[186] En référence au collectif « pas de 0 de conduite », qui s'est formé en 2011, en opposition au carnet de comportement préconisé par Nicolas Sarkozy en 2005 pour évaluer les enfants à partir de 5 ans en école maternelle.

plus mauvaise que celle des Européens. Deuxièmement, des facteurs sociaux et culturels pourraient favoriser une plus grande prise en compte médicale des problèmes psychiques aux Etats-Unis ». Or, les inégalités sociales étant plus marquées aux Etats-Unis que dans les pays d'Europe continentale, elles pourraient donc contribuer à la différence de prévalence des troubles mentaux. D'autre part, l'intensité de la médicalisation dépendant des règles sociales, il ajoute qu'aux Etats-Unis, le diagnostic de trouble mental donne des droits. « *On peut dès lors formuler une hypothèse : l'intensité de la médicalisation des troubles psychiques pourrait dépendre aussi du type de démocratie* ». Il est alors intéressant de repérer que dans les pays anglo-saxon l'égalité se pense comme donnée à la naissance, alors qu'en Europe, elle est liée à la redistribution socio-économique. « La psychiatrie biologique est alors convoquée pour démontrer que l'échec social des individu résulte de leur handicap neurobiologique », ce qui n'est pas sans conséquence sur les politiques gouvernementales en santé mentale, notamment pour les populations les plus défavorisées. Il y a donc un lien entre la santé mentale et le modèle démocratique, qui influence à la fois le financement des recherches et leur promotion, et les programmes politiques de prise en charge des malades.

A lui de conclure que :

« La spécificité du psychiatre réside en ce qu'il doit affronter au quotidien trois paradoxes. Premièrement, bien que formé à la médecine somatique – et cette formation est nécessaire -, la neurobiologie actuelle ne le guide guère dans sa démarche. Deuxièmement, alors que pour la médecine somatique la frontière entre le malade et le bien portant est nette, chez le patient en psychiatrie, même le plus fou, il y a toujours une partie saine, une conscience au moins partielle de sa folie. Enfin, troisièmement, dans ses décisions thérapeutiques, le psychiatre doit préserver non seulement les intérêts du patient, mais aussi ceux de son entourage et de la société. Cette spécificité de la psychiatrie justifie sa séparation d'avec la neurologie et ne devrait pas être remise en cause tant que le premier paradoxe ne sera pas résolu. Or, rien n'annonce de progrès majeurs en psychiatrie biologique pour les prochaines décennies.

Je plaide donc pour une recherche en neurosciences dont la créativité ne serait pas bridée par des objectifs thérapeutiques à court terme, pour une pratique psychiatrique nourrie par la recherche clinique et pour une démédicalisation de la souffrance psychique. Il me semble que, plus que les Etats-Unis, les pays européens ont su préserver les compétences nécessaires à ces deux derniers objectifs. C'est une telles voie que nous devrions continuer à explorer ».

b. Cognition et schizophrénie

La schizophrénie pose le problème de l'approche scientifique du psychisme par la psychiatrie contemporaine. L'approche cognitive de la schizophrénie a pour but de définir des anomalies dans le traitement de l'information. Les sciences cognitives font l'hypothèse d'un modèle explicatif des troubles constatés en clinique, à partir de la nature des perturbations en cause dans les troubles de la pensée chez le schizophrène. Dans ces modèles, le fonctionnement de l'esprit est assimilé à celui d'un ordinateur, la psychologie y est conçue comme appartenant aux sciences naturelles. Les chercheurs de ce domaine utilisent des méthodes expérimentales pour décrire les opérations définies par une tâche qui implique une

fonction particulière comme par exemple le langage, la mémoire ou l'attention. Chaque étape de traitement sera évaluée afin de repérer les dysfonctionnements opérant lors de ces étapes[187].

La perspective des neurosciences cognitives

La psychologie cognitive se veut scientifique, sa démarche n'a pas en soi un objectif thérapeutique. Elle repose sur la méthode expérimentale pour décrire les mécanismes et les propriétés de l'esprit. Ce qui organise cette « psychologie scientifique » est l'hypothèse que l'activité mentale reposerait sur des opérations élémentaires de « traitement de l'information ». Pour cela elle exploite différentes données issues de la linguistique, de la psychologie et des neurosciences[188]. Le comportement est le moyen d'accéder et de tester les modèles de traitement des représentations. Tandis que les modèles mentaux donnent des prédictions en termes de comportement à tester ensuite.

Nicolas Georgieff, psychiatre, nous dit que cette approche renouvelle l'étude de la pathologie psychiatrique, en introduisant un « niveau psychologique intermédiaire » entre l'activité cérébrale biologique et les troubles cliniques de la pensée et de l'action. Selon le point de vue fonctionnaliste, il existe un rapport de dépendance entre les mécanismes cérébraux et les faits cognitifs. Cependant, il n'existe pas de relation de causalité entre eux, et ils reposent sur des logiques explicatives distinctes.

La clinique de la schizophrénie interroge les cognitivistes quant aux modes de compréhension de la représentation de soi, de l'intersubjectivité, et de leur constitution au cours du développement neurologique. En tant que troubles de l'identité et de la différenciation entre soi et autrui, elle éclaire les différents niveaux de la pathologie de l'action, du contrôle moteur à l'intentionnalité, de l'organisation à la représentation de l'acte.

Dès lors, « *dans la schizophrénie,* nous dit N. Georgieff*, le fonctionnement cérébral n'est donc pas articulé directement aux troubles cliniques (délire, hallucinations, croyances, pensées). Ce sont des dysfonctionnements cognitifs plus élémentaires qu'il faut rechercher pour comprendre le lien entre cerveau et maladie* »[189]. Autrement dit, les sciences cognitives ne visent pas une explication causale des symptômes, mais prétendent à une explication de la « production » de certains symptômes, à partir de l'analyse des mécanismes en cause dans l'organisation des comportements ou des états mentaux. Pour cela, elles décomposent les symptômes en un ensemble de « troubles » cognitifs démontrés expérimentalement, et susceptibles d'être mis en rapport avec le fonctionnement cérébral par la neuropsychologie cognitive. Selon cette approche, l'activité cognitive confère au monde sa signification à partir d'un processus d'intégration de facteurs endogènes (mémoire) et exogènes (stimuli). Elle participe au contrôle du comportement et à l'interprétation du monde (représentations des situations ou objets).

---

[187] Haouzir, S., et Bernoussi, A « Les schizophrénies », sous la direction de J.-L. Pedinielli, 2ème édition, Armand Colin, 2010, p.89.
[188] Georgieff, N., « Qu'est-ce que la schizophrénie ? », Les topos, Dunod, 2004, p.73.
[189] Op. cit. p.75.

Concernant la schizophrénie, il s'agit alors « de mieux comprendre la pensée schizophrénique, de dégager en quelque sorte les mécanismes […] de la dissociation », les troubles observés, expérimentalement, chez les schizophrènes, traduisant « une anomalie de cette organisation de la perception et de l'action ». Le trouble de la « relation à la réalité » est alors redéfini sous la forme d' « une altération de la mise en relation de données sensorielles externes et de représentations « internes » en mémoire ».

Des études ont ainsi montré que les patients schizophrènes en « situation de communication », négligent le contexte représenté par la situation, les propos ou les intentions de l'interlocuteur. Les chercheurs en déduisent une atteinte de la « pragmatique »[190] linguistique. Donc une atteinte des processus permettant normalement d'organiser le discours en fonction des pensées qu'on prête à son interlocuteur. Selon certains chercheurs, c'est l'intégration de la mémoire à la perception (pour interpréter une situation nouvelle) qui serait perturbée dans la schizophrénie, ce qui « brouillerait » l'organisation de l'activité cognitive. Les hypothèses convergent ainsi vers la notion d'un *trouble fonctionnel de l'organisation et planification de l'action*, s'exprimant de manière variable dans les différents secteurs de la motricité, de la perception, du langage ou de la mémoire, de la pensée. C'est à ce modèle de l'action que les sciences cognitives tentent de relier la Spaltung (dissociation).

N. Georgieff distingue deux approches. D'une part, l'approche des neurosciences cognitives, pour lesquels « *en fonction de la situation, une planification du comportement est organisée à partir des informations en mémoire, puis l'action est initiée et contrôlée jusqu'à la fin de son exécution* »[191]. C'est la planification de l'action, dépendante du cortex préfrontal, qui assure l'organisation comportementale. En conséquence, selon cette approche, la clinique de la schizophrénie est à relier à un trouble de la planification, touchant l'ajustement des actions non automatiques à la situation ou au contexte.

D'autre part, l'approche neuropsychologique et cognitive, pour laquelle le comportement est dépendant de mécanismes de contrôle permettant un ajustement permanent de l'action à la situation et au but attendu. Ce mécanisme suppose une « représentation mentale de l'action », exerçant une fonction de « régulation du comportement ». Soit, nous dit N. Georgieff, un niveau de codage lié à l'organisation de l'action. Le trouble de la planification de l'action observé dans la schizophrénie serait alors lié à « des perturbations touchant ce plan des représentations d'action et de leur exploitation ».

Cette hypothèse amène à une définition des troubles de la pensée psychotique comme une « confusion entre événement interne (ou acte mental) et événement externe ». La croyance délirante est alors le résultat d'une direction erronée d'une expérience interne : l'état interne est anormalement perçu au dehors.

Les mécanismes à l'origine de l'expérience normale de l'agentivité (conscience de l'action) ont inspirés le modèle de C. Frith. Il repose sur l'hypothèse de deux sources de production de l'action, l'une en réponse à des stimuli de l'environnement, l'autre auto-initiée.

---

[190] La pragmatique, telle que conçue à partir de la linguistique, comme la « condition d'utilisation du langage et de l' « acte de parole », du point de vue des différents mécanismes de l'interaction entre le locuteur et l'interlocuteur », in Georgieff, N., Glossaire, op.cit.

[191] Op. cit. p.80.

Le « monitoring de l'action » permet la distinction entre les actions issues de l'une ou l'autre source.

Frith axe ses explications de la schizophrénie sur trois hypothèses : la présence d'un déficit de l'initiation de l'action volontaire et intentionnelle ; la facilitation des comportements automatiques ; l'altération du système de contrôle de l'action. Il postule une « dysconnexion » entre les zones corticales antérieures mises en jeu dans l'intention d'agir, et les zones postérieures assurant le traitement perceptif des conséquences de l'action exécutée. Les schizophrènes présenteraient une désorganisation du contrôle de l'action volontaire. Le déficit du « self-monitoring » (absence de conscience de leurs propres actions) pourrait être alors responsable non seulement de l'apragmatisme, mais aussi des hallucinations et du délire.

D'autres modèles :

- Le trouble de la planification du discours, Hoffman (1986)[192] : Ce modèle est basé sur l'hypothèse que la mauvaise réalisation d'une intention communicative chez un schizophrène est due à un déficit de la capacité à générer des plans de discours. C'est-à-dire que pour cet auteur, la gestion des règles lexicales suppose la fonction de la planification de l'action. Cette hypothèse lui sert à rendre compte des ruptures conversationnelles, mais aussi des troubles du langage.

- Le modèle attentionnel, Broadbent (1958)[193] : Il met l'accent sur le traitement de l'information : l'encodage, le stockage et les stratégies de réponses. Le modèle de Broadbent pose l'attention comme filtre sélectif de l'information. Il formule l'hypothèse d'une défaillance de ce filtre dans la schizophrénie (Knight, 1984). Le schizophrène serait parasité par des informations non filtrées ce qui rendrait tout traitement de l'information utile au contexte situationnel impossible. Le discours du schizophrène témoignerait de l'envahissement par un surcroît de stimuli. Ultérieurement, Broadbent proposera l'hypothèse d'une mauvaise appréciation des stratégies de réponse à l'origine de la défaillance de la prise d'informations, plutôt qu'une défaillance de la perception.

La neuropsychologie cognitive sociale de l'action, selon Georgieff et Jeannerod (1998), tente de parer à la réduction qu'implique l'assimilation des faits cliniques à des mécanismes cognitifs. Ils s'accordent avec le domaine de la psychopathologie pour faire de la schizophrénie une pathologie du lien social. Pour ses auteurs, si l'exploration cognitive renouvelle la manière de penser les relations entre conscience, intention, et action, elle confirme que l'activité mentale est « largement non consciente ». Leur question est de savoir comment s'organise une « théorie de l'esprit » (capacité d'attribuer des états mentaux à autrui) chez le sujet normal, et comment elle se désorganise dans la schizophrénie.

Georgieff et Jeannerod proposent une analyse interactive des symptômes schizophréniques, distinguant plusieurs systèmes de représentation d'action : le codage, ses coordonnées, les mécanismes d'exécution, le corps, le contexte social. Ils supposent que la reconnaissance des actions propres s'opèrerait plutôt dans le système social que dans le système du contrôle moteur. Ce système social est lié au langage plutôt qu'au codage

[192] Haouzir, S., et Bernoussi, A « Les schizophrénies », op. cit. p.91.
[193] Idem, p.92.

procédural. Les schizophrènes expriment une « double pathologie», liée au caractère transitif du système de codage de l'action. Ainsi, les hallucinations verbales ou le syndrome d'influence témoignent pour eux d' « *une expérience pathologique d'être l'agent des actions d'autrui, voire des événements qu'ils observent. Ces symptômes constituent un « syndrome d'influence inversé » ou « en miroir », une attribution par excès à soi d'actions d'autrui et d'événements externes, pourtant indépendant de l'action du sujet* »[194].

Leur modèle tend à articuler neuropsychologie (lésions cérébrales), données cliniques, et psychopathologie (qu'ils circonscrivent à l'étude des actions sociales) autour de la question de la nature des actions touchées par le processus pathologique dans la schizophrénie. Pour ces auteurs, il s'agit d'opérer des corrélations entre différents niveaux d'explication causale distincts.

Pathologie de la pragmatique de la communication

Les données récentes de l'étude des systèmes cérébraux et cognitifs spécialisés dans la représentation de l'action, apportent des arguments pour un système neurocognitif de la représentation de l'action, spécifiquement chargé de l'attribution et de la distinction entre soi et autrui. Autrement dit, l'existence d'un système de codage de l'action mis en jeu dans les interactions sociales.

L'imagerie fonctionnelle cérébrale et la découverte des « neurones miroirs » suggèrent un codage de l'action au-delà de sa seule perception. L'acte lui-même est codé sous la forme d'une représentation mentale. Les neurones miroirs assurent la représentation de l'acte et celle de son but, aussi bien lors de son exécution, sans perception, que de sa perception, sans exécution. Ce système suggère l'existence d'un système de codage transitif de l'action, par la fonction de partage de l'action des neurones miroirs. Soit, de l'activation commune de systèmes d'actions entre individus, notamment dans les processus d'imitation et d'apprentissage, et dans le mécanisme de l'empathie. Il y aurait un « autre virtuel »[195] inclut dans la structure même du codage de l'action.

Les anomalies d'attributions de l'agentivité dans la schizophrénie suggéreraient dès lors une perturbation du système lié aux neurones miroirs, « une confusion avec un autrui imaginaire »[196]. Pour Georgieff, ce modèle a l'avantage de donner une explication à la pathologie psychotique, notamment de l'excès ou du défaut d'attribution intentionnelle dans l'expérience de l'action. Le transitivisme résulterait d'une altération de l'influence physiologique des neurones miroirs.

Outre les délires d'influence, ce modèle viendrait répondre à la question posée par l'autisme schizophrénique, l'altération du système rendant le sujet inaccessible aux conduites intentionnelles d'autrui. Ainsi qu'aux troubles de la communication verbale et non verbales

---

[194] Georgieff, N., « Qu'est-ce que la schizophrénie ? », op. cit. p.100.

[195] Modèle développemental neurobiologique de C. Trevarthen (1993) : un système neurobiologique et cognitif régulateur du développement prédispose l'individu à l'intersubjectivité et génère les conduites intersubjectives grâce à l'intériorisation d'un « autre virtuel » permettant l'anticipation de ses réponses.

[196] Georgieff, N.,, Op. Cit. P.107.

ou de l' « adjustement »[197] relationnel. Un défaut d'empathie ou de théorie de l'esprit et une expérience pathologique de la relation entre le soi et l' « autre virtuel » rendraient compte des troubles relationnels dans la schizophrénie.

Bien que ce modèle ne précise pas les structures neurobiologiques concernées dans la description de ces mécanismes, l'hypothèse de l'altération supposée vient définir le domaine d'étude des neurosciences cognitives de la schizophrénie. Soit un système à « deux cerveaux »[198], explorant les mécanismes de la vie sociale et de l'intersubjectivité. Cependant, ces modèles n'étant pas spécifiques à la schizophrénie, ils ont recours à la notion d'un « spectre », c'est-à-dire à un gradient de sévérité entre le normal et le pathologique.

La schizophrénie devient davantage un cadre conceptuel, plutôt qu'une entité clinique. Cela semble être la conséquence de tous les travaux cliniques et paracliniques qui ne parviennent pas à définir scientifiquement un même objet « schizophrénie ». La variété de la clinique semble faire obstacle à la détermination de facteurs ou de modèles explicatifs suffisamment fiables pour la recouvrir exhaustivement. Dès lors, on recourt aux modèles multifactorielles, multidimensionnels, aux spectres pour rendre compte de la diversité des manifestations rencontrée dans la clinique. Cependant :

> « Concevoir le cerveau humain comme un univers de cascades biochimiques d'une complexité sans pareille est une réalité. Réduire l'être humain à cette même réalité et prétendre pourvoir en rendre compte à tout moment, voire prédire son évolution, est en radical désaccord avec l'état de la science sur les régulations et le déterminisme des systèmes en particulier biologiques »[199].

La plasticité neuronale

Avant de conclure quant au paradigme neuro-cognitiviste, nous nous intéresserons aux travaux de François Ansermet et Pierre Magistretti. Ils proposent une solution originale pour articuler le vivant et l'être parlant. En effet, les acquis récents de la neurobiologie démontrent une plasticité neuronale permettant l'inscription de l'expérience. Cette découverte permet de sortir d'une vision figée du système nerveux en démontrant que les synapses sont remodelées en permanence en fonction de l'expérience vécue. Mais surtout elle remet en question l'opposition entre une étiologie organique et une étiologie psychique des troubles mentaux. Dans leur livre, « A chacun son cerveau »[200], il écrivent que :

> « La plasticité participe à l'émergence de l'individualité du sujet. Chacune de nos expériences est unique et a un impact unique. Certes, la plasticité exprime en soi une forme de déterminisme, mais en même temps qu'elle opère cette sorte de détermination du sujet, elle l'affranchit du déterminisme

[197] Voir Ey, H. p.54.
[198] Georgieff, N., op. cit. p109.
[199] Haouzir, S., et Bernoussi, A., « Les schizophrénies », op. cit. p.100.
[200] Ansermet, F., et Magistretti, P., « A chacun son cerveau. Plasticité neuronal et inconscient », Odile Jacob, Poches Sciences, 2011.

génétique. […] La plasticité serait donc, ni plus ni moins, le mécanisme par lequel chaque sujet est singulier et chaque cerveau est unique »[201].

« Ce que démontre le phénomène de la plasticité, c'est que l'expérience laisse une trace dans le réseau neuronal, en modifiant l'efficacité du transfert d'information au niveau des éléments les plus fins du système. […] Les connexions entre les neurones sont modifiées en permanence par l'expérience et les changements sont tant structurels que fonctionnels. Le cerveau doit donc être envisagé comme un organe extrêmement dynamique, en relation permanente avec l'environnement de même qu'avec les faits psychiques ou les actes sur sujet. […]

« De la plasticité découle l'évidence que, à travers la somme des expériences vécues, chaque individu se révèle unique et imprédictible, au-delà des déterminations qu'implique son bagage génétique. Les lois universelles définies par la neurobiologie aboutissent ainsi inévitablement à produire de l'unique. La question du sujet, comme exception à l'universel, devient dès lors aussi centrale pour les neurosciences qu'elle l'est pour la psychanalyse, amenant un point de rencontre inattendu entre ces deux protagonistes, si habitués à être antagonistes »[202].

Le modèle de la plasticité écarte la réduction des maladies psychiatriques à des anomalies mono-génétiques. On est dès lors, en présence deux déterminismes différents. L'un pluri-génétique, l'autre psychique, « qui se trouvent noués d'une façon particulière dans le phénomène de la plasticité ». La plasticité nous ferait donc passer à un paradigme nouveau où se pose la question du sujet dans la biologie.

c. Qui est schizophrène, qui ne l'est pas ?

Confusions épistémologiques

James V. May, haut responsable du Boston State Hospital, réalise en 1932 la première tentative de synthèse historique sur la schizophrénie. La précocité historique de cette synthèse, alors que la schizophrénie n'a que 20 ans, souligne les difficultés que rencontrent les psychiatres à s'accorder sur la définition du concept. Les uns continuant de parler de démence précoce, les autres de schizophrénie. Les motivations qui incitèrent May à se lancer dans son étude sont avant tout d'ordre économique. D.F. Allen[203] en extrait le texte « *le coût d'entretien de cette vaste population [de malades mentaux internés] est un fardeau financier qui a depuis longtemps pris de vastes proportions* ». En effet, les Etats-Unis sont à cette époque dans la grande dépression économique, et May se sert des statistiques pour faire ressortir que cinquante pour cent de la population des hôpitaux était censée souffrir de démence précoce.

Par ailleurs, son étude s'appuie sur un enjeu théorique. Pour May, la notion de Bleuler contribue à une confusion sémantique. Sa recherche historique, autour de plusieurs articles du début du XXème siècle, vise donc à préciser les diagnostics. Il en conclut, nous dit D.F. Allen

[201] Op. cit. Avant-Propos.
[202] Op. cit. pp.19-21.
[203] Allen, D.-F., "Critique de la raison psychiatrique", Op.cit. p.28.

que le noyau commun aux notions de démence précoce et de schizophrénie est une détérioration mentale constatée chez les patients à travers leur comportement.

Dans le contexte socio-économique de l'époque, auquel May ne fait pas référence, il semble que ce qui le pousse à réaliser son étude est le risque d'une psychiatrisation de tous ceux dont le comportement est en inadéquation avec l'environnement. En effet, dans son étude il se réfère à la démence simple développée par Otto Diem (1903), pour lequel il existait une forme simple et progressive de démence sans prodromes ni délires ou hallucinations, et dont le diagnostic est porté sur la base de critères socio-économiques.

Dans son survol des écrits allemands, notamment les études anatomiques sur les « lésions schizophréniques », il déduit en 1931 qu'il n'existe aucune preuve sérieuse du « processus cérébral morbide » de Bleuler. Pour May, le problème principal est davantage de parvenir à une véritable compréhension psychologique des patients.

Malheureusement, dans le flou théorique de la schizophrénie, May ne parvient pas à conclure sans le mètre étalon de la « personne normale et bien équilibrée » :

> « La démence précoce traduit une désorganisation de la personnalité qui se développe pendant l'adolescence et les années de maturité. De manière générale, elle se caractérise par une incoordination des mécanismes mentaux. Tôt ou tard apparait un déficit mais on ne peut parler d'une base organique à ce jour. […] C'est la réaction psychologique d'une personnalité inadéquate aux difficultés de son environnement. Cette inadéquation ne peut être mise en évidence dans la sphère intellectuelle mais s'exprime dans une incapacité à réagir à la manière d'une personne normale et bien équilibrée[204] face aux difficultés rencontrées dans la vie scolaire, économique, sexuelle, émotionnelle, domestique ou sociale de l'individu »[205].

On ne peut que souligner le destin du concept bleulérien qui est de servir de support aux abus idéologico-diagnostiques, le raisonnement purement quantitatif prêtant le flanc à toutes les élaborations idéologiques de « l'homme normal ». En effet, sur le plan méthodologique, on ne peut que constater que le dément précoce est quelqu'un qui n'est pas bien équilibré, sans qu'il ne soit fourni la description de son référent « normal ».

Dans la poursuite de son étude, sur ce qui constitue le « trou épistémologique » de la schizophrénie, D.F. Allen met en lumière l'impasse dans laquelle se trouve la psychiatrie. La recherche ne parvient pas à s'accorder entre un primat de la psychogenèse ou un primat de l'organogenèse, tandis que la situation asilaire devient toujours plus critique. La recherche américaine semble chercher à théoriser la marginalisation croissante d'une partie de la population américaine, suite à la crise de 1929. On peut dire que c'est en créant la notion de « schizophrénies latentes » que Bleuler introduit une difficulté révélatrice de l'ambiguïté de sa conception, et qui se retrouve dans les problèmes toujours actuels de délimitation du cadre nosologique. Si, comme il l'écrit, « tous les intermédiaires avec la normale existent », comment la schizophrénie peut-elle constituer une véritable entité ?

---

[204] Souligné par nous.

[205] May, « The Dementia praecox-Schizophrenia Problem », Psychiatric Quaterly, janv. 1932, VI, pp. 40-48. Cité par Allen, D.F., « Critique de la raison psychiatrique » Op. Cit. p.33.

Manfred Bleuler (1903-1994) succéda à son père en tant que directeur de la clinique du Burghösli, et consacra sa vie à la recherche sur la schizophrénie. Il fut vraisemblablement l'un des plus grands spécialistes de la schizophrénie du XXème siècle. Il suivra l'enseignement de l'américain Starck Sullivan, pour lequel, « schizophrenia is human, simply human… ». On peut dire qu'il entreprit une entreprise de déconstruction des positions de son père, dès 1951.

M. Bleuler fait face à la multiplication des perspectives théoriques depuis les premières éditions de l'ouvrage le plus célèbre de son père sur la schizophrénie. Il se lance donc, dès 1941, dans une étude de « 1101 travaux » sur le sujet. Au terme de son étude, il constate l'atomisation du concept. A la suite de May, qui n'avait pu soutenir le concept qu'au prix d'une idéologisation intense, Manfred Bleuler ne peut que recenser les gouffres conceptuels qui séparent les différentes écoles de psychiatrie. Chaque conceptualisation créant en quelque sorte son propre objet « schizophrénie ». Le concept théorisé par son père en 1911 n'était plus seul, la multiplication des discours ayant mené à un éventail de définitions. Selon M. Bleuler, ces définitions divergeaient, notamment parce qu'elles reposaient sur des visions différentes de l'homme. A partir de son étude, il tracera les lignes de clivage suivantes[206] :

- Schizophrénie attribuée à une cause somatique demeurant inconnue.
- Schizophrénie pouvant seulement être appréhendée par le biais de la psychologie.
- Schizophrénie ne pouvant être comprise par le biais de la psychanalyse, considérée comme un tissu de non-sens.
- Schizophrénie ne pouvant être comprise que par le biais de la psychanalyse, dont on considère qu'elle a ouvert les chemins d'investigation les plus significatifs.
- Explication de la schizophrénie par le biais de la pathologie cérébrale ramenée au niveau des « histoires de grand-mères »[207].
- A l'opposé, recours à la pathologie cérébrale comme mode d'explication considéré comme seul espoir scientifique.
- etc.

M. Bleuler retire d'un tel examen le sentiment d'une perte du legs de Kraepelin, à savoir « une définition internationalement reconnue de la démence précoce en tant que concept d'une maladie »[208]. Il tentera, dans la suite de son exposé, de dégager des éléments constructifs de ce pessimiste état des lieux. Il remarquera la réussite sporadique de certains traitements somatiques[209]. Néanmoins, les spéculations sur une base organique de la schizophrénie diminuent de telle façon au cours de la décennie étudiée (1941-1951), qu'il en vient à conclure que l'on ne peut définir la schizophrénie à partir du concept « entité-maladie », ou bien alors négativement, par « l'absence de liens psycho-organiques ».

---

[206] Allen, D.F., « Critique de la raison psychiatrique » Op. Cit., pp.50-57 et pp.163-164.

[207] Bleuler, M., « Research and Changes in Concepts in the Study of Schizophrenia", *Bulletin of the Isaac ray Medical Library*, Butler Hospital, Providence, Rhode Island, janv-avril 1955, vol. 3, n° 1 et 2 (132 pages dont 65 de bibliographie), p.2., in Allen, D.-F.,, op.cit. p.51.

[208] Op. Cit., p.5.

[209] Sommeil prolongé de Klaesi (1920) ; thérapie par l'insuline de Sakel (1935) ; électrochocs de Bini et Cerletti (1937)

Concernant la recherche *génétique,* il renonce à une causalité mendélienne[210], et suppose davantage la combinaison de l'environnement et de la prédisposition. Par ailleurs, si la recherche d'une *cause physiologique* première pour la schizophrénie a été abandonnée, au moment de son étude il constate que la recherche s'est orientée vers des processus fonctionnels (fonction du foie, examen des cellules sanguines, etc.). Toutefois, pour lui il n'existe aucun indice d'une perturbation métabolique basale qui permettrait de différencier la schizophrénie des autres psychoses et de la norme. La recherche en *neurologie* pendant la période de 1941 à 1951 n'apporte pas de contributions significatives, ce qui fait vaciller l'idée de « désordre cérébral ».

Manfred Bleuler remet donc en question le modèle linéaire du trouble somatique et du trouble psychologique, et tend à mettre au premier plan le problème de la conception de l'homme. Il reconnaît l'impact des travaux psychanalytiques et soutient l'idée générale que le discours du schizophrène peut avoir un sens saisissable par le thérapeute. Il semble favorable à des méthodes de soins faisant appel au travail des patients à l'asile, ou à la psychothérapie institutionnelle.

En 1967, il résume ses idées en ce qui concerne la genèse et la nature des psychoses schizophréniques lors d'une intervention orale[211], dont D. F. Allen a extrait les passages essentiels dans son ouvrage, « Critique de la raison psychiatrique » :

« Des constats sans risques : A ce jour on n'a découvert aucune base somatique à la schizophrénie, ni lésion cérébrale ni pathologie métabolique. Je ne suis pas en désaccord avec je ne sais quelle théorie somatique de la schizophrénie pour cause de spéculations philosophiques ou à cause de généralisations psychanalytiques excessives, ce qui est le cas d'autres chercheurs. Je suis en désaccord avec eux précisément parce que je suis attaché à la biologie et la médecine générale. D'après ce que je sais, toutes les théories somatiques de la schizophrénie prêtent le flanc à la critique la plus sévère de la part des biologistes. En tant que médecin, j'ai le sentiment que nous n'avons pas le droit de faire le diagnostic d'un trouble somatique sans preuves somatiques. Ce n'est pas une bonne politique médicale de soutenir que la schizophrénie est symptomatique d'une perturbation somatique ; de même qu'un médecin consciencieux n'a pas le droit de porter le diagnostic de trouble cardiaque si aucun trouble cardiaque ne peut être démontré. […]

« Dans la mesure où nous sommes incapables de déceler la moindre base somatique pour les psychoses schizophréniques, nous devons porter notre attention sur l'idée que le développement de la schizophrénie est comparable de par sa nature à tout autre développement humain dont la base somatique est invisible à nos yeux. […] Il est possible et probable que les développements schizophréniques suivent […] des chemins éloignés de processus somatiques repérables, perceptibles ou compris ».

En 1978[212], il ajoutera : « *A mon sens, le phénomène schizophrénique se situe dans les domaines de l'esprit et des émotions, c'est-à-dire, dans des sphères mentales qui n'existent*

[210] Qui se rapporte aux lois de Mendel, bases de la génétique moderne

[211] Bleuler, M., « A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics", in D. Rosenthal & S. Kety (dir. Publ), London, Pergamon Presse, 1968, p.9, In Allen, D.-F., op.cit. pp.164-165.

[212] Bleuler, M., *The schizophrenic Disorders*, Londres, Yale University Press, 1978, p.500. In Allen, D.-F., op.cit. p.165.

que chez l'homme ». Énoncé qui n'est pas sans nous interpeller, quant à la nécessité à laquelle il est confronté de rappeler qu'il s'agit ici de l'être de l'homme et de ses rapports avec la folie.

Définition symptomatologique de la schizophrénie

Pour situer l'enjeu de la schizophrénie nous nous sommes référés à la clinique psychiatrique et à la façon dont elle s'est organisée pour donner de la consistance à ses entités cliniques. Or, dès le XIXème siècle, les psychiatres n'ont pas cessé de débattre sur le geste scientifique qui consiste à déclarer licite, bien construit et thérapeutiquement efficace tel concept clinique.

En 1977, un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, « La schizophrénie : étude multinationale »[213], révèle à partir de statistiques que l'écart est tel entre les différentes définitions du même objet, que les américains diagnostiquent deux fois plus de schizophrénies que les psychiatres britanniques. L'institution internationale se lance alors dans un vaste programme d'évaluation transculturel des méthodes de diagnostique de la schizophrénie. Il s'agissait de rétablir un équilibre entre les conceptions américaines et européennes de la schizophrénie, en mettant au point des critères diagnostiques de recherche plus restrictifs.

En effet, les limites données à la schizophrénie sont repoussées en fonction de particularités locales. Aux Etats-Unis sont diagnostiqué schizophrènes, ceux qui seraient diagnostiqués dépressif en Grande-Bretagne. Selon l'OMS ces écarts sont liés à des désaccords quant au sens donné aux termes diagnostiques, à la multiplication de sous-groupes de la schizophrénie (latente, pseudo-psychopathique, marginale, voire en URSS la schizophrénie périodique, progressive, etc.). Aux symptômes fondamentaux de Bleuler, trop vagues, qui ne permettent pas d'unifier le tableau clinique, et conduisent à la dilution de l'entité en « type de réaction »[214] (Meyer).

La différence de fréquence dans ces deux pays serait donc le fruit d'un biais méthodologique lié à une « différence d'habitudes diagnostiques » aux Etats-Unis et en Angleterre. De plus, le rapport note le biais lié aux progrès de la pharmacologie, qui a conduit à accorder moins d'attention au diagnostic. « *Il est devenu à la mode de parler de médicaments « antipsychotiques », et dans un certain sens de revenir aux Einheitpsychose*[215] *d'il y a plus d'une centaine d'années, la seule modification consistant à utiliser le terme de schizophrénie pour toutes ces psychoses* »[216].

Le problème soulevé par l'OMS tient à des positions différentes dans le domaine de l'étude des signes cliniques et de l'art de les regrouper en fonction d'hypothèses diagnostiques (sémiologie). En effet, différentes tendances s'affrontent selon qu'elles

[213] OMS, « La schizophrénie : étude multinationale. Résumé de la phase d'évaluation initiale de *l'Etude pilote internationale sur la schizophrénie* », Genève, 1977. http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_63_fre.pdf

[214] Selon la théorie « psychobiologique » d'A. Meyer, les troubles psychiques sont provoqués par la réaction à la désorganisation des habitudes, à des situations de stress, à des interactions individu-société, à divers autres facteurs d'ordre biologique, psychologique ou social.

[215] Psychose unique.

[216] OMS, « La schizophrénie : étude multinationale. Résumé de la phase d'évaluation initiale de *l'Etude pilote internationale sur la schizophrénie* », op. cit. p.41.

incluent le vécu du patient, sa relation à l'univers symbolique dans lequel il s'est constitué, autrement dit le caractère individuel de la pathologie, ainsi que sa dynamique. Ou selon qu'elles visent des regroupements objectivables et standardisables.

Toutefois, au lieu d'inclure les données culturelles comme essentielles à cette tâche, (dans la mesure où l'expression du symptôme peut varier en fonction du langage culturel), l'étude de l'OMS est intervenue pour déterminer si c'étaient les facteurs culturels qui déterminaient la maladie, ou s'il existait un syndrome fondamental universel de la schizophrénie. Il y a là une volonté de normalisation du concept qui confond ce qui cause la maladie et ce qui la constitue. Dès lors pour normaliser le concept de schizophrénie, l'OMS tend à normaliser la collecte des données statistiques et les méthodes diagnostiques.

« En l'absence de connaissances suffisantes sur le plan étiologique, aucun concept nosologique ne peut encore être considéré comme une base d'accord solide sur laquelle fonder une définition internationale de la schizophrénie. […] Il semble donc que le seul concept de schizophrénie qui puisse être utilisé par les psychiatres dans tous les contextes culturels soit essentiellement symptomatologique. L'instrument le mieux adapté dans ce but semble être une méthode normalisée permettant d'évaluer l'état actuel du malade, son principal avantage étant la reproductibilité et la comparabilité des résultats obtenus. Il devrait alors être possible de découvrir si la schizophrénie définie d'une manière normalisée, en fonction des données recueillies en utilisant cet instrument, a une relation quelconque avec l'étiologie, l'évolution ou la réponse au traitement »[217].

Avec François Sauvagnat[218], nous pouvons dire qu'il s'agit là d'une tentative d'établir une psychopathologie scientifique, séparée de pratiques plus ou moins mythiques, à partir de l'équivalence entre le consensus entre pairs et une véritable découverte scientifique.

Les tentatives d'établir des entités cliniques abstraites, dont les caractéristiques seraient les mêmes chez tous les individus, sont multiples. Après la tentative kraepelinienne (notion d'évolution des troubles), on considère que c'est la « Psychopathologie générale » de Karl Jaspers (1883-1969) qui a eu un rôle fondateur pour l'homogénéisation des diagnostics psychiatriques. En effet, selon lui, la pathologie mentale ne saurait connaître autre chose que des syndromes, dont certains peuvent correspondre à des étiologies clairement connues, les autres non. Kurt Schneider (1897-1967), élève de Jaspers, reprendra cette notion de syndrome dès 1939.

L'ouvrage de Kurt Schneider, « Psychopathologie clinique », constitue la première approche dans ce domaine, en réaction à la dérive du diagnostique de schizophrénie. Il est à l'origine du premier système diagnostique à vocation mondiale, et il inspirera les classifications internationales des maladies mentales. L'approche critériologique de Schneider ne repose sur aucune conception étiopathogénique des troubles. La présence d'un seul des facteurs dit de « premier rang » est suffisante pour porter le diagnostic.

Ces critères sont basés sur la possibilité de déterminer par l'observation objective si des troubles sont psychotiques ou non. Sont diagnostiqués de cette façon uniquement les phénomènes perceptifs comprenant d'une part la perception d'un objet présent, et d'autre part

[217] Idem.
[218] Sauvagnat, F., « La psychopathologie saisie par les mythes », inédit.

la signification particulière que lui donne le patient. Si l'objet peut être présentifié, le diagnostic est impossible selon Schneider. Par contre, si devant une fourchette munie d'une estampille[219], le patient déclare que cet objet est la preuve qu'il a une mission divine, etc. le diagnostic serait établi. Le diagnostic est moins certains si le patient a, par exemple, le sentiment qu'une voix l'appelle par son nom.

Les critères de premier rang[220] sont des instruments d'observation supposés avoir une certaine validité en fonction de la conception classique de la psychiatrie allemande, selon laquelle la psychose se manifesterait par un vécu de significations étranges[221]. Les symptômes de premier rang n'ont aucune valeur théorique (ni primaires ni fondamentaux, contrairement à une opinion répandue). Ce sont seulement des symptômes qui se sont révélés « empiriquement » comme ayant la plus grande importance pour le diagnostic. La validité de ces critères est dès lors discutable selon K. Schneider lui-même, comme le remarque F. Sauvagnat. En effet l'observation « objective » requiert des conditions qui peuvent ne pas être réunies : réticence ou comportement particulier du patient ne l'incitant pas à faire des confidences objectives, erreurs d'appréciation du clinicien, etc.

Néanmoins, les critères de premier rang de K. Schneider ont été intégrés à la classification américaine DSM-III dès 1980. En effet, dans son rapport, l'OMS fait l'éloge de cette conception « féconde » qui, dès 1957, permettait de poser le diagnostic de schizophrénie, et permet de faire face aux nouvelles différenciations nées des progrès de la chimiothérapie. Ainsi, on peut dire que les critères de Schneider répondent au besoin de « symptômes faciles à comprendre et à coter » énoncé par L'OMS. Ils préfigurent également la mise au point d'une méthode d'entretien standardisé, l' « Examen actuel du patient »[222], d'un « profil symptomatologique »[223] du patient, ainsi que de la méthode diagnostique simulée sur ordinateur[224] permettant de porter un diagnostique sans recourir à un jugement clinique.

Paradoxalement, alors que le retour au concept de psychose unique semblait critiqué dans les premières pages du rapport, dans la mesure où il contribuait à une clinique du tout schizophrénique. Les conclusions de l'étude envisagent de résoudre le « problème épidémiologique fondamental » de la schizophrénie par le recours à un système de classification validé en fonction de son utilité pour prédire l'évolution de la maladie[225]. On peut alors s'étonner que le parallèle ne soit pas fait à nouveau avec la psychose unique de Griesinger (1845). En effet, il a été le premier à initier une nosologie à partir de l'évolution

[219] Sauvagnat, F., « Synopsis de psychopathologie générale », inédit.

[220] Schneider retient comme critère objectifs :
- des critères de premier rang : publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de répliques, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée et autres influences de la pensée, perception délirante, ainsi que tout ce qui est fait ou influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances et de la volonté.
- les critères de second rang : les autres hallucinations, l'intuition délirante, la perplexité, les dysthymies de tonalité dépressive ou joyeuse, l'appauvrissement affectif vécu, etc.

[221] Idem.

[222] OMS, « La schizophrénie », op. cit. p.150.

[223] Idem, p.154.

[224] Idem, p.155.

[225] Idem, p.157.

des formes cliniques : toutes les formes de folie ne seraient, selon lui, que les phases successives d'une même maladie ; à chaque étape le procès peut se fixer ou régresser. Or, l'EPIS[226] conclut en proposant une méthode diagnostique basée sur des caractères communs à différents « sous-groupes diagnostiques de schizophrénie », sur l'évolution (« épreuve de cohérence temporelle ») et sur « l'épreuve de réponse au traitement »[227].

D'ailleurs, les études de l'OMS sur la schizophrénie initieront un débat sur « la schizophrénie folie universelle », auquel le Dr Escoffier-Lambiotte consacrera un article dans Le Monde du 27/07/1986. Article retentissant dans la mesure où il annonçait l'effondrement des théories sur la schizophrénie et la preuve d'une base physiopathologique commune et universelle à la schizophrénie[228].

Suite à son rapport, l'OMS a réunis des experts d'une trentaine de pays afin de se mettre d'accord sur une définition consensuelle des psychoses schizophréniques. Il s'agit de la 9ème édition de la Classification internationale des maladies (C.I.M. 9), publiée en 1979, consacrée aux troubles mentaux. Ainsi, bien qu'il n'existe, selon leurs résultats, aucun symptôme véritablement pathognomonique de la schizophrénie, il s'avère utile d'avoir un glossaire des symptômes ayant une importance particulière pour le diagnostic, classés en différents groupes. La C.I.M comprend la définition de trente catégories diagnostics, désignées chacune par un code à trois chiffres. Les catégories sont réparties en quatre grandes classes : les états psychotiques organiques, les autres psychoses (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques de la personnalité et autres non psychotiques, le retard mental.

La catégorie 295 correspond aux psychoses schizophréniques, conformément à la conception bleulérienne qui conçoit la schizophrénie comme un groupe de psychoses. Elle est centrée sur quatre groupes de symptômes touchant respectivement : la personnalité, la pensée, l'activité délirante et l'affectivité. Pour faire le diagnostique, il est exigé que l'on observe ou que l'on ait observé, au cours de l'évolution de la maladie, des troubles dans au moins 5 sphères : la personnalité, la perception, la pensée, l'humeur et la conduite.

La description clinique sur laquelle s'appuie la définition internationale indique :

- une atteinte des fonctions essentielles qui donnent à l'individu *normal* le sentiment de l'individualité, de son unicité, de son autonomie.
- l'activité délirante correspond aux critères de premier rang de K. Schneider.
- les troubles de la pensée correspondent au trouble des associations de Bleuler.
- le quatrième groupe concerne l'humeur et l'affectivité décrit comme pouvant être : superficielle, capricieuse, incongrue ou apparaître sous forme d'inertie, négativisme ou de stupeur.

La rubrique 295 est par ailleurs subdivisée en dizaine d'autre rubriques, dont : épisode schizophrénique aigu (295.4) ; formes aigües de schizophrénie de type simple (295.0) ;

[226] Etude Pilote Internationale sur la schizophrénie
[227] Idem, p.159.
[228] Garrabé, J., op. cit. p.277.

hébéphréniques (295.1) ; catatonique (295.2) ; paranoïde (295.3) ; schizophrénie latente (295.5) ; forme schizo-affective (295.7), etc.

L'Association psychiatrique américaine (APA) est la première société de psychiatrie à avoir modifié son manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, pour satisfaire à la recommandation de l'OMS d'une normalisation du diagnostique à partir des critères présentés ci-dessus. En 1980, l'APA présente le DSM-III, résultat d'un consensus entre les écoles de psychiatrie américaines, visant à abandonner toute référence théorique ou philosophique. Pour parvenir à cette opération, les entités nosologiques, psychose, névrose, sont remplacées par le terme plus neutre de « trouble » (« disorder »). Le manuel est par ailleurs anhistorique dans la mesure où il n'y ait plus fait référence aux théories explicatives des différents auteurs.

La classification américaine est donc dépourvue de références, ou autres considérations étiologiques, il s'agit d'un regroupement de caractéristiques cliniques communes selon une approche catégorielle et descriptive des troubles. Le diagnostic de schizophrénie est donc porté à partir de caractéristiques cliniques liées à l'anamnèse et à leur évolution chez un même patient.

Dans sa première version, le D.S.M. – III[229] fait disparaître le terme même de schizophrénie pour le remplacé par celui de « troubles schizophréniques ». Il s'agit d'un groupe d'affections dont la validité est fondée par[230] :

- une différence de réponse aux thérapeutiques biologiques,
- des aspects familiaux particuliers,
- une tendance à survenir chez l'adulte jeune, avec récurrence et détérioration du fonctionnement social et professionnel.

Autrement dit, l'unité du groupe est fondée sur une réponse différentielle aux traitements, les théories systémiques de Bateson et une apparition des troubles à la fin de l'adolescence (Morel et Hecker) aboutissant non pas à une démence mais à une détérioration du comportement social et professionnel.

Dans le DMS-IV[231] la schizophrénie est opposée au dilusional disorder (délire systématisé). Elle doit présenter au moins deux des « symptômes caractéristiques » suivants, pendant un temps significatif sur une période d'un mois (moins si traitée avec succès) :

Les symptômes A : délire ; hallucinations ; discours désorganisé ; comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ; symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie ou avolition).

Dans le cas où le délire est bizarre ou si les hallucinations consistent en une voix commentatrice ou plusieurs voix qui conversent ensemble, un seul des symptômes A est nécessaire. En outre, il doit exister des dysfonctions sociales ou professionnelles, dont la durée doit être d'au moins six mois (B)[232].

---

[229] Le terme réapparaîtra dans la version de 1987 (D.S.M-III-R) sous l'intitulé « Schizophrenia », l'abandon définitif du terme de psychose empêchant de parler de psychoses schizophréniques au pluriel.
[230] Garrabé, J., op.cit. p.288.
[231] Sauvagnat. F., « Synopsis de psychopathologie », inédit, p.23.
[232] Autres critères :

Dans sa forme révisée, DSM-IV TR, parue en 2000, dans le chapitre sur la schizophrénie[233], en plus des formes cliniques principales, figurent le trouble schizophréniforme[234], le trouble schizo-affectif[235], le trouble délirant (délires chroniques), le trouble psychotique bref, le trouble psychotique partagé (folie à deux), les troubles psychotiques liés à une affection médicale générale puis les troubles psychotiques induits par une substance et les troubles psychotiques non spécifiés. Les concepts de troubles schizo-affectifs et ceux de troubles non spécifiés, ne correspondent pas à des catégories diagnostiques autonomes. Elles semblent plutôt être des tentatives pour construire des ponts entre les deux principales psychoses : la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive.

L'évaluation clinique standardisée de la schizophrénie dispose également d'outils psychométriques inspirés de la conception unitaire de Nancy Andreassen[236] (1982). Il s'agit de résoudre les problèmes de l'hétérogénéité du modèle catégoriel et de la comorbidité, à partir de l'idée d'un continuum entre les différents syndromes. Ainsi existerait à une extrémité un premier groupe de patients dans lequel prédominerait des signes positifs et, à l'autre extrémité, un deuxième groupe de patients avec des signes négatifs prépondérants. Enfin, il y aurait un troisième groupe de patients « mixtes », pour lesquels coexisteraient les deux types de signes.

Les deux outils psychométriques issus de cette approche sont : l'échelle d'évaluation des symptômes positifs (S.A.P.S) et l'échelle d'évaluation des symptômes négatifs (S.A.N.S.). A vocation diagnostique, dimensionnelle et évolutive, ces deux échelles permettent d'individualiser des sous-types de schizophrénie : positive, négative, ou mixte. Dans la pratique clinique, elles visent par ailleurs l'évaluation de la sévérité des troubles et de leur évolution. En 1987, Kay et coll. proposent le PANSS (Positive and Negative Syndrome

---

- C – durée d'au moins six mois ;
- D – différenciable des troubles « schizo-affectifs » et des troubles de l'humeur ;
- E – ne pas être dû à des effets physiologiques directs d'une drogue ou d'une maladie ;
- F – différentiable de troubles du développement ou de troubles autistiques plus anciens.

Les sous-types :

- Paranoïde : suppose un délire et/ou hallucinations. Exclut la prédominance de discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, affect émoussé ou inapproprié.
- Désorganisé : (hébéphrénie dans la tradition européenne) inclut à la fois le discours et le comportement désorganisés, l'affect émoussé ou inapproprié.
- Catatonie : prédominance des troubles psychomoteurs (au moins deux des symptômes suivants : immobilité motrice ; activité motrice excessive ; négativisme extrême ; mutisme ; particularités des mouvements volontaires ; écholalie ou échopraxie).
- Indifférencié : les symptômes de type A sont présents, mais les critères ne sont pas réunis pour les types paranoïde, désorganisé ou catatonique.
- Résiduel : suppose au moins un épisode de schizophrénie, mais dont les symptômes saillants se sont estompés. Les critères sont les suivants, A : absence de délire évident ou d'hallucinations, langage désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique. B : prévalence de symptômes négatifs ou de deux ou plus des symptômes A sous une forme atténuée.

[233] Guelfi, J.-D., « L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte », in L'information psychiatrique 2010 ; 86 : 127-34. Février 2010. http://www.jle.com/e-docs/00/04/53/FE/article.phtml

[234] Cadre défini par le DSM-IV comme répondant aux caractéristiques cliniques des états schizophréniques, mais d'une durée d'un à six mois et sans que soient obligatoires des troubles du fonctionnement social ou occupationnel à un moment quelconque de l'évolution.

[235] Le trouble schizo-affectif a été isolé à partir de 1933 par Kasanin. Il se base sur l'hypothèse d'un continuum entre la schizophrénie et les troubles affectifs.

[236] Haouzir, S. et Bernoussi, A., « Les schizophrénies », op.cit. p.58.

Scale), aujourd'hui le plus utilisé dans l'évaluation et le suivi des troubles des patients schizophrènes. Il s'agit d'une échelle d'évaluation clinique et dimensionnelle.

Confrontés à l'absence de preuves empiriques justifiant les classifications, les rédacteurs du dernier DSM proposent d'en finir avec une conception « catégorielle » de la classification actuelle des troubles de la personnalité. La perspective dimensionnelle et l'idée d'un continuum entre la normalité et la psychose ont conduit à un retour à Kretschmer[237], mais dans le registre de la schizophrénie et non plus de la paranoïa. On parle alors de traits de personnalité psychotique, schizotypie ou de forme légère de schizophrénie.

Les premiers travaux préparatifs à l'élaboration du DSM-V ont commencé dès 1999, soit avant même la publication aux Etats-Unis en 2000 du DSM-IV TR. Pour son élaboration, le groupe de travail dirigé par David Kupfer, assisté de Darrel Regier, ont organisé, conjointement avec l'APA et les instituts nationaux de recherche et l'OMS, une série de conférences. La première en février 2006 concernait la classification des psychoses, la seconde, en mars 2007, concernant plus particulièrement la recherche en matière de schizophrénie.

En 2006, la conférence s'intéresse aux études empiriques et aux travaux portant sur la population générale. Et notamment aux espoirs suscités par la confirmation d'altérations cognitives et neurodéveloppementales dans la schizophrénie. Néanmoins, c'est à la conclusion qu'aucun des marqueurs isolés, endophénotypes ou marqueurs génétiques, aucune des anomalies identifiées par l'imagerie cérébrale ne possède une sensibilité et une spécificité suffisantes pour avoir une réelle valeur prédictive, qu'aboutissent les conférenciers.

C'est au sujet des conséquences qui découlent de ces conclusions que les auteurs divergent, nous dit J.-D. Guelfi dans son article « L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte »[238]. Ainsi, les deux groupes de travail constitués lors de la conférence sont parvenus à des recommandations très différentes. Le premier groupe se positionne en faveur d'un « syndrome psychotique général » incluant schizophrénie et trouble bipolaire ; tandis que le second groupe maintient la distinction entre schizophrénie et trouble bipolaire. Les deux groupes se sont déclarés partisans des critères diagnostiques dimensionnels.

Lors de la conférence de Colorado Springs (2007), plusieurs points de vue ont été exprimés. Nous reprendrons les principaux avec J.-D. Guelfi. Jim van Os (Hollande) propose de distinguer deux syndromes : un syndrome général affectif et un syndrome psychotique. Dans la mesure où selon lui le diagnostic de schizophrénie ne possède aucune validité. Au contraire, l'australien Assen Jablensky propose lui de conserver la catégorie ; tandis que l'anglais Robin Murray développe une thèse purement dimensionnelle où il n'y aurait aucune dichotomie ente schizophrénie et normalité ou encore entre schizophrénie et bipolarité. Bien plus, il suggère de remplacer le terme de schizophrénie par celui de « dopamine dysrégulation disorder ». Enfin, l'américain William Carpenter, président du groupe de travail sur les

[237] Il décrit une organisation particulière de la personnalité, le tempérament sensitif, et il montre que les sujets en question peuvent, à l'occasion de difficultés plus ou moins graves de l'existence, connaître un épisode délirant de paranoïa sensitive.

[238] Guelfi J.-D., « L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte », Psychoses : Evolution des concepts et des pratiques (1). In *L'information psychiatrique* VOL. 86, N°2 – Février 2010.

psychoses pour le DSM-V, propose de déconstruire la schizophrénie en sub-syndromes et de remplacer les catégories par trois dimensions : la psychopathologie, les cibles de traitement, et les objectifs à long terme.

C'est avec un écart d'une voix que la schizophrénie s'est vue condamnée à disparaître en tant qu'entité autonome du DSM-V.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Chapitre 2: Les discours sur la schizophrénie.

La schizophrénie en tant que concept ne cesse donc de se faufiler entre les mailles d'une définition qui serait valable pour tous. D.F Allen parle de « trou épistémologique ». En paraphrasant, on peut donc dire que la schizophrénie échappe à une théorie universalisante, quant à ce qui en fonderait la logique et la portée. Notre hypothèse est, en conséquence, que la schizophrénie, dès ses premières conceptualisations, annonce une crise de la psychiatrie.

La réorganisation induite par la notion de structure a ouvert le champ de la psychiatrie à la globalisation. Si, dans un premier temps, il s'agissait de rompre avec le pointillisme sémiologique pour une conception psychopathologique de la maladie mentale, il s'est avéré que cette démarche a modifié la perspective de la psychiatrie. Georges Lanteri-Laura[239] note que le déclin du paradigme des structures psychopathologiques tient à sa relation aux connaissances en jeu dans la psychiatrie elle-même.

Les travaux d'Eugène Bleuler inaugurent le passage au paradigme des structures pathologiques. Et l'histoire du concept nous apprend qu'il est indissociable des formulations et affrontement théoriques qui ont animés le champ des connaissances psychiatriques de 1911 aux années soixante-dix. Au cours du siècle dernier la schizophrénie a accompagné les remaniements épistémologiques en psychiatrie. D'une part, elle favorise la pénétration de la psychiatrie par des champs de connaissances extérieures à son domaine (psychanalyse, sociologie, anthropologie, etc.). D'autre part, le concept ne parvenant pas à se faire représenter de façon efficace, il participe à la multiplication des modèles pathogéniques. Enfin, les recherches que la schizophrénie a suscité ont, vraisemblablement, favorisé l'essor des thérapeutiques tant dans le domaine de la pharmacologie que dans l'évolution des institutions.

L'étude de l'histoire du concept révèle par ailleurs une confusion dans le registre des étiologies, entre ce qui *cause* la maladie et sa *constitution*. Autrement dit, la notion de structure s'est trouvée dégradée en une série de mécanismes fonctionnels, faisant l'impasse sur la causalité. Or, n'est-ce pas ce qui amène Manfred Bleuler et H.S. Sullivan à rappeler que la schizophrénie est un phénomène humain ? N'est-ce pas là une mise en garde contre une clinique différentielle qui deviendrait une *zoologie* ?

1.2.1. Les grandes thèses

« En bref, il ne saurait exister ni examen psychiatrique, ni discussion diagnostique sans la présence en arrière-plan de certains aspects de l'histoire de la psychiatrie, en tant que ces aspects ont constitué, à des époques diverses, le contenu de ce thesaurus semeioticus, dont la constitution est cumulative ».
Georges Lanteri-Laura[240]

[239] Lanteri-Laura, G., « Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne », Esquisses, éditions Du Temps, 1998.
[240] Idem, p.21.

a. *Déviance de la position freudienne*

La position de Freud à l'égard de la psychose.

La position de Freud à l'égard de la psychose et de la thérapeutique[241] se révèle dans la Lettre adressée à Istvan Hollos, en octobre 1928. Ce dernier, ami du psychanalyste hongrois Ferenczi et analysant de Paul Federn, était membre de l'Association Psychanalytique Hongroise. A ce titre, il connaissait Freud et il lui adresse son livre, « Souvenirs de la Maison Jaune ». Hollos y évoque les interrogations que son expérience avec la folie a suscitées en lui et l'importance de l'apport freudien dans son engagement. Il y traite en fait des questions que, comme psychanalyste et comme homme, cette pratique pouvait lui poser car il était aussi psychiatre.

Freud, dans cette lettre fait état de ce que cet ouvrage l'a conduit à une lecture subjective. Il faut entendre par là, nous dit Jacques-Alain Miller dans son cours « Choses de finesse en psychanalyse », que « *cette lecture ne s'est pas faite pour lui au niveau du concept, mais que l'ouvrage a résonné pour lui – et sur un certain fond de mystère parce qu'il ne s'explique pas tout à fait sa propre réaction. Sa réaction, telle qu'il la laisse entrevoir, telle qu'il la nomme, est de sourde opposition à la pratique asilaire de Hollos. Et, en effet, on sent, à travers cette lettre, que, chez Freud, c'est le refoulement qui est visé, quelque chose de son Je-n'en-veux-rien-savoir* ».

Cette lettre étant assez courte nous pouvons la citer en entier, elle est datée de Vienne, Octobre 1928.

« Cher Docteur,

Ayant été avisé que j'ai omis de vous remercier pour votre dernier livre, j'espère qu'il n'est pas trop tard pour réparer cette omission. Celle-ci ne provient pas d'un manque d'intérêt pour le contenu, ou pour l'auteur dont j'ai appris par ailleurs à estimer la philanthropie. Cette omission était plutôt consécutive à des réflexions inachevées, qui m'ont préoccupé longtemps encore après avoir terminé la lecture du livre, lecture de caractère essentiellement subjectif.

Tout en appréciant infiniment votre ton chaleureux, votre compréhension et votre mode d'abord, je me trouvai pourtant dans une sorte d'opposition qui n'était pas facile à comprendre. Je dus finalement m'avouer que la raison en était que je n'aimais pas ces malades ; en effet ils me mettent en colère, je m'irrite de les sentir si loin de moi et de tout ce qui est humain. Une intolérance surprenante, qui fait de moi plutôt un mauvais psychiatre.

Avec le temps, je cesse de me trouver un sujet intéressant à analyser, tout en me rendant compte que ce n'est pas un argument analytiquement valable. C'est pourtant bien pour cela que je n'ai pas pu aller plus loin dans l'explication de ce mouvement d'arrêt. Me comprenez-vous mieux ? Ne suis-je pas en train de me conduire comme les médecins d'autrefois à l'égard des hystériques ? Mon attitude serait-elle la conséquence d'une prise de position de plus en plus nette dans le sens de la primauté de l'intellect, l'expression de mon hostilité à l'égard du ça ? Ou alors quoi ? »

[241] Miller J.-A., « Choses de finesses en psychanalyse », cours du 26 Novembre 2008, L'orientation lacanienne 2008-2009, sur www.causefreudienne.org

Et là-dessus, formule de politesse de Freud.

Dans cette lettre méconnue, Freud allègue que l'omission de cet accusé de réception est pris dans ses processus psychiques, sur lesquels il n'est pas lui-même complètement au clair puisqu'il qualifie ses réflexions d'inachevées. « Voilà Freud dépassé par un affect, ne comprenant pas le ressort d'un affect ». « Il n'aime pas les malades asilaires », c'est un aveu à soi-même nous dit J.-A. Miller, qui a pu lui coûter, et dont il s'est délivré dans cette lettre privée.

« *Et donc ce que Freud présente au destinataire de cette lettre c'est vraiment comme un morceau de son inconscient, si je puis dire, lui-même en ressent une surprise. Et, en effet, ce qui figure là, c'est un aveu qui implique qu'il y ait, entre la psychiatrie et la psychanalyse, une profonde disjonction, chez Freud en tout cas au niveau inconscient* »[242]. Il explique que la passion qu'il a eu pour la parole de l'hystérique, il la paye d'avoir de la répulsion pour le psychotique. A l'époque, en effet, (1928), la structure de la réflexion de Freud est au temps de la seconde topique et donc passe par les catégories du Moi, du Surmoi et du Ça. « Mon attitude serait-elle l'expression de mon hostilité à l'égard du ça ? » Freud se met là en question à propos de ce qui serait son hostilité inconsciente à l'endroit du ça et d'un ça qui dans la psychose, selon sa théorie, prend une place qui outrepasse le cadre que le moi devrait donner à la vie psychique.

« Ou alors quoi ? » Freud arrête ce petit morceau de confessions sur l'indéterminé de ce qui l'animerait, « *et donc sur l'aveu, qui est peut-être encore le plus précieux de tous,[écrit J.-A. Miller,] qu'il reste un mystère pour lui-même, qu'il n'est pas au clair, qu'en effet, à quelques signes, à cet affect sourd, à l'écho qu'a trouvé ce livre en lui, il est à déchiffrer encore son être.* »[243] Autrement dit, à partir de l'aveu : « Je n'aime pas ces malades », et même : « Ils me mettent en colère » - où Freud implique une position subjective, qu'il constate sans l'approuver -, il témoigne de sa répulsion à l'endroit de la psychose, et du rapport qu'il entretient avec son « Je-n'en-veux-rien-savoir ». Rapport dont J.-A. Miller nous dit qu'il suscite chez lui une interrogation qui va jusqu'à mobiliser les catégories théoriques dans lesquelles il est alors engagé, puisqu'il les invente comme celle du ça et donc le moi et le surmoi. Et Miller d'ajouter que « *quand on enseigne, quand on pense, quand on essaye de penser, en psychanalyste, c'est tout de même très avantageux de rester en rapport avec son Je-n'en-veux-rien-savoir : tout simplement parce que ça n'est jamais épuisé* ».

Dans son cours, J.-A. Miller nous donne un premier indice sur ce que nous appelons « la déviance » par rapport à la position freudienne, précisément à partir de la distinction entre le rapport à son « Je-n'en-veux-rien-savoir » et la culture de l'enthousiasme. Il s'agit là de repérer ce qui distingue les héritiers de Freud dans leurs usages et théorisations de la psychanalyse. Freud, dans « Analyse finie et infinie », nous indiquait un horizon indéfini, « on s'arrête, ça se boucle, et, sous un autre angle, c'est encore à poursuivre ». Il y a là une incomplétude de l'entreprise analytique qui anime Freud, ne serait-ce que par son aveu. Pour

[242] Idem, op.cit.
[243] Idem.

Miller, c'est aussi l'assurance que tout n'est pas dit, « ce qui vous a servi au temps 1, se révèle au temps 2, en fait, avoir masqué ce que vous pourrez trouver au temps 3 ».

Autrement dit, il y a là un écart avec la culture de l'enthousiasme pour laquelle « Nous y sommes. Ça y est ! ». Émotion de sublimation et oubli de l'inconscient, l'enthousiasme sert à la collectivisation, au groupe. Ça n'est pas fait pour durer. Il y a donc une spécificité du psychanalyste lorsqu'il maintient son rapport à l'inconscient, et prend ses distances à l'égard de l'enthousiasme.

D'autre part, cette lettre de Freud fait part d'une distance avec la psychiatrie, et notamment le champ de la psychiatrie qui s'occupe des sujets déments précoces. Voire d'une disjonction au niveau de l'inconscient, nous dit Miller dans son cours. Ce courrier témoignerait de l'amour de Freud pour l'inconscient et de son mépris pour la thérapeutique. En effet, ce qui intéresse Freud c'est la psychogenèse, la causalité psychique.

La première rencontre de Freud avec des psychotiques a lieu en Mai 1883 dans le service de psychiatrie du Professeur Theodore Hermann Meynert (1833-1892), à Vienne. Dans ses premiers articles sur « Les psychonévroses de défense », Freud est en quête de la psychogenèse des affections mentales, et de la spécificité des psychoses par rapport aux névroses. De 1894 à 1897, le souci d'une recherche étiologique s'accompagne de considérations à propos du bien-fondé du traitement psychanalytique pour les patients psychotiques. C'est dans la lettre à Fliess du 21 Septembre 1897[244], celle-là même où il énonce « Je ne crois plus à ma neurotica », que Freud interroge le bien fondé du traitement psychanalytique des patients psychotiques. En effet, « *dans les psychoses les plus profondes, le souvenir inconscient ne jaillit pas, […]. Quand on constate que l'inconscient n'arrive jamais à vaincre la résistance du conscient on cesse d'espérer que, pendant l'analyse, le processus inverse puisse se produire et aboutir à une domination complète de l'inconscient par le conscient* ».

Freud fait là le constat que sa méthode échoue dans la psychose à révéler l'origine des manifestations morbides. Dans sa conférence « De la psychothérapie »[245], faite au « Collège des Médecine » à Vienne, le 12 décembre 1904, Freud fait par des limites du traitement dans le cas des psychoses :

« Si l'on veut agir à coup sûr, il convient de limiter son choix à des personnes dont l'état est normal puisque dans le procédé psychanalytique, c'est en partant de l'état normal qu'on arrive à contrôler l'état pathologique. Les psychoses, les états confusionnels, les mélancolies profondes – je dirais presque toxiques – ne ressortissent pas de la psychanalyse, du moins telle qu'on la pratique jusqu'ici. Il ne serait pas du tout impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la méthode de façon adéquate et qu'ainsi puisse être constituée une psychothérapie des psychoses ».

[244] Freud, S., lettre 139 – 21 septembre 1897 à Wilhelm Fliess, texte intégral », In « Lettres à Wilhelm Fliess », op.cit., p.334.
[245] Freud, S., « De la psychothérapie », in « La technique psychanalytique », Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 1970.

Trois ans après, commencera la relation de Freud avec Jung. Nous avons vu que, si Freud rend hommage à sa pratique clinique, ils sont en désaccord quant à la causalité psychique. En 1911, avec le cas du Président Schreber, Freud énonce sa théorie des psychoses, dans laquelle il distingue paranoïa, schizophrénie et paraphrénie. Toutefois il reste réticent à étendre le traitement psychanalytique aux psychoses. Dans « Le début du traitement »[246], (1913), il écrit *: « Quand le patient est atteint non d'hystérie ou de névrose obsessionnelle mais de paraphrénie, le médecin est dans l'impossibilité de tenir sa promesse de guérison et voilà pourquoi il a tout intérêt à éviter une erreur de diagnostic* ». Si, dans la psychose, c'est la libido qui se retire du monde extérieur qui permet de donner consistance au délire, alors les sujets qui subissent un tel mouvement psychodynamique, seront peu enclin à une alliance thérapeutique avec le psychanalyste.

L'intérêt de la psychanalyse pour la psychiatrie ne concerne donc pas la thérapeutique, mais l'origine et les mécanismes de la maladie. Dans son article « L'intérêt de la psychanalyse »[247] (1913), Freud détaille les intérêts de la psychanalyse pour d'autres champs de savoir et consacre quelques lignes à la Dementia praecox :

« L'examen analytique de tels restes (par C. G. Jung) les a fait reconnaître comme reliquat d'actes mimiques sensés par lesquels jadis les motions désirantes régissant l'individu se procuraient une expression. Les discours les plus insensés et les positions et attitudes les plus bizarres ont permis de les comprendre et de les classer dans l'enchaînement de la vie psychique, depuis qu'on les a abordés avec des présupposés psychanalytiques.

[…] Partout où jusqu'ici semble régner le caprice le plus bizarre, le travail psychanalytique a montré loi, ordre et connexion, ou du moins laissé pressentir dans quelle mesure ce travail est encore inachevé[248]. […] Partout sont en jeu le *conflit psychique* déjà découvert dans la formation du rêve, le *refoulement* de certaines motions pulsionnelles qui sont renvoyées dans l'inconscient par d'autres forces psychiques, les *formations réactionnelles* des forces refoulantes et les *formations substitutives* des pulsions refoulées, mais non entièrement dépouillées de leur énergie. Partout se manifestent dans ces processus les procédés, connus à partir du rêve, de *condensation* et de *déplacement*. La diversité des formes de maladies observées dans la clinique psychiatrique dépend de deux autres diversité : de la multiplicité des mécanismes psychiques qui se trouvent à la disposition du travail de refoulement et de la multiplicité des dispositions tenant à l'histoire du développement qui permettent aux motions refoulées la percée sous forme de formations substitutives. ».

Le désintérêt de Freud semble donc lié à sa conceptualisation même des psychoses. En effet, dans la seconde topique il propose un repérage entre névrose et psychose, où selon sa théorie, le ça outrepasse le cadre du moi dans la psychose. Ce que Freud met en question dans sa lettre à Hollos c'est son hostilité inconsciente à l'endroit du ça. Nous avons vu que Freud résume sa théorie des névroses et des psychoses en une formule : « *la névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer* ». La différence entre l'une et l'autre concerne la situation initiale du conflit

[246] Freud, S., in « La technique psychanalytique », Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 1970.
[247] Freud, S. « L'intérêt de la psychanalyse », in « Résultats, idées, Problèmes », Tom 1, PUF, 1998.
[248] Souligné par nous.

pathogène dans la topique, « *suivant que le moi a cédé à sa dépendance par rapport au monde réel ou à son allégeance à l'égard du ça* ».

Le pessimisme de Freud quant au traitement psychanalytique des psychoses s'appui, lui, sur sa conception théorique du transfert. Le traitement psychanalytique ne peut opérer que s'il y a transfert. Or, la libido dans la psychose revenant sur le moi, il n'y a pas de transfert possible dans la psychose.

> « Ces malades, paranoïaques, mélancoliques, déments précoces, restent réfractaires au traitement psychanalytique […]. [Ils] ne possèdent pas la faculté du transfert ou n'en présentent que des restent signifiants […]. Ils restent ce qu'ils sont […]. Nous ne pouvons rien y changer […]. Ne présentant pas le phénomène du transfert, les malades en question échappent à nos efforts et ne peuvent être guéris par les moyens dont nous disposons »[249].

Si ce pessimisme thérapeutique l'accompagne jusqu'au terme de ses recherches, on constate que, de 1916 à 1938, Freud note l'insuffisance des moyens dont il dispose et remarque que : « *peut-être ce renoncement sera-t-il définitif, peut-être aussi n'est-il que provisoire et ne durera-t-il que jusqu'au moment où nous aurons découvert pour ce genre de malades, une méthode plus adaptée* »[250].

Dans le même temps, ce que note N. Brémaud dans son article sur le travail thérapeutique avec les schizophrènes[251], c'est que Freud nous donne une indication thérapeutique d'importance, *« à savoir qu'il s'agirait plutôt de fonder « le travail thérapeutique sur le fait de reconnaître avec lui [le sujet psychotique] le noyau de vérité contenu dans son délire* ».

Plusieurs élèves de Freud ont ainsi prolongés les investigations quant à un traitement psychanalytique des psychoses. Ferenczi a le premier théorisé une « élasticité de la technique psychanalytique », et Winnicott une forme de traitement analytique des psychoses à partir du concept de contre-transfert. A l'inverse, Lacan élaborera une théorie psychanalytique des psychoses fondée sur le refus du contre-transfert. Paul Federn (1871-1950), quant à lui, n'hésite pas à avancer que dans les psychoses « le transfert est encore plus important que dans les névroses de transfert »[252], mais qu'il a besoin d'un traitement différent.

La culture de l'enthousiasme

A la sortie de la Seconde Guerre Mondiale, un courant de la psychanalyse a cherché « comment trouver les fondements d'une psychanalyse pouvant s'adapter à la réalité

---

[249] Freud, S., « Introduction à la psychanalyse » (conférence 27). Paris : Payot, 1985. Cité par Brémaud, N., « Conception lacanienne du transfert et du travail thérapeutique avec le schizophrène », L'information psychiatrique vol.81, n°8-octobre 2005, « De l'EBM à la psychopathologie ».

[250] Freud, S., « De la technique psychanalytique », cité par Brémaud, N., op. cit.

[251] Brémaud, N., « Conception lacanienne du transfert et du travail thérapeutique avec le schizophrène », L'information psychiatrique vol.81, n°8-octobre 2005, « De l'EBM à la psychopathologie ».

[252] Brémaud, N., op.cit.

contemporaine ? »[253]. La psychanalyse américaine des années 1950-60, l'Ego psychology, a tenter cette opération. Ignorant le mépris de Freud à l'égard de la thérapeutique, les psychanalystes américains ont, au contraire, rehaussé ses objectifs thérapeutiques. Pour que la psychanalyse freudienne s'harmonise avec l'utilitarisme pragmatique, au cœur de la culture américaine, les premiers psychanalystes ont « refoulé » les concepts de sexualité infantile et de pulsion de mort. En effet, l'un et l'autre concept freudien ne pouvant soutenir l'idéal de « la réussite [qui] constitue un critère essentiel de la valeur et de la vérité d'une idée ou d'une activité »[254]. La psychanalyse y est conçue comme « *une science de l'individu mise volontairement au service du bien social et orientée vers la production d'un sujet qui s'adapte aux demandes de la société* »[255].

Dès 1909, lors des cinq conférences données par Freud[256] à la Clark University (Massachusetts), les américains c'étaient enthousiasmé pour la psychanalyse. Or, ce que souligne Pamela King, dans son ouvrage « *L'American Way of life. Lacan et les débuts de l'Ego Psychology* », c'est que Freud avait alors souligné « *de manière tout à fait exceptionnelle, son optimisme thérapeutique, l'importance du milieu et ses espoirs d'une résolution relativement simple de conflits* »[257]. Les américains privilégieront cet aspect de la doctrine de Freud et ignoreront les développements ultérieurs de Freud (pulsion de mort). Très vite la psychanalyse américaine s'organise en association (1911), et devient l'alternative aux traitements de choc et à la lobotomie dans les State Hospitals. En effet, jusqu'à la fin des années 1960, la psychanalyse américaine influencera fortement le champ de la psychiatrie américaine et ses institutions.

L'expression « destinée manifeste » est née après l'Indépendance des Etats-Unis (1845) pour justifier l'expansionnisme américain. Cependant, la croyance en la destinée manifeste remonte dès le 17ème siècle lorsque les Pilgrim Fathers débarquèrent dans le Nouveau Monde à bord de la Mayflower. C'est d'ailleurs pour institutionnaliser cette croyance que Lincoln, premier président des Etats-Unis, déclara le premier jeudi de novembre Fête nationale, sous le nom de Thanksgiving Day. Cette croyance vient justifier l'impérialisme américain jusqu'à nos jours, et se retrouve dans la présentation de l'Association de Psychiatrie Américaine (APA), fondée en 1844 :

« La plus grande organisation psychiatrique du monde. C'est une société de spécialité médicale représentant plus de 36000 médecins psychiatres des Etats-Unis et du monde entier. Ces membres médecins travaillent ensemble à assurer des soins humains et des traitements efficaces à toutes les personnes avec des troubles mentaux, y compris un handicap intellectuel ou des troubles liés à l'utilisation de substances. L'APA est la voix et la conscience de la psychiatrie moderne »[258]

---

[253] King, P., « *L'American way of life*. Lacan et les débuts de *l'Ego Psychology* », Editions Lussaud, 2013.
[254] Tessier, H., *La psychanalyse américaine*, Paris, Puf, coll. « Que sais-je ? », 2005, p.18. Cité par Minard, M., « Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics », Eres, coll. « Des travaux et des jours », 2013, p.69
[255] King, P., « *L'American way of life*. Lacan et les débuts de *l'Ego Psychology* », op. cit. p.28.
[256] Invité par le philosophe et psychologue américain Stanley Hall et accompagné dans cette unique visite aux Etats-Unis par Sandor Ferenczi, Ernest Jones et Carl Jung.
[257] King, P., « *L'American way of life*. Lacan et les débuts de *l'Ego Psychology* », op. cit. p.26.
[258] Cité par Minard, M. in « Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics », op. cit. p.31.

Dans ce contexte américain d'aspiration à un développement psychique au nom du progrès et de l'adaptation, les écrits d'Anna Freud, « Le moi et les mécanismes de défenses » (1936), trouvent audience. En effet, en partant de la seconde topique de S. Freud, Anna Freud développe l'idée d'une adaptation du moi à la réalité. Elle aborde la technique et la théorie psychanalytiques, ainsi que les formations défensives, du point du vue de l'observation du moi. Le thème de son livre concerne les défenses développées par le moi pour se confronter, ou éviter, les conflits provoqués par le ça dans ses relations avec le moi et le surmoi. L'attention de l'observateur se déplace des associations vers une résistance et un conflit. Le maniement du transfert sert à comprendre la nature des résistances, des affects et les habitudes défensives du moi. Ces théories sont à la base de l'idée d'un moi éducable.

Avec Heinz Hartmann (1894-1970) et la psychologie du moi, la psychanalyse devient donc une science sociale et pragmatique, visant à « libérer l'organe du moi des effets néfastes d'une maturation instinctuelle inachevée »[259]. Dans son ouvrage, « La psychologie du Moi et le problème de l'adaptation » (1937), H. Hartmann propose une définition de l'adaptation comme « maîtrise de la réalité », un individu « bien adapté » étant quelqu'un pour qui la productivité, l'aptitude à éprouver du plaisir et l'équilibre psychique « ne sont pas perturbés »[260].

Dès lors la psychologie du moi résous l'antagonisme entre la formule freudienne selon laquelle « le moi n'est pas maître en sa demeure » et l'idéologie de la réussite américaine. Avec le concept du « moi fort », le but de la psychanalyse est celui de la neutralisation des pulsions et l'adaptation du comportement à l'environnement. Or, c'est là même où les psychanalystes américain ont cédé sur les conceptualisations freudiennes, que va s'inaugurer le déclin de la psychanalyse aux Etats-Unis : si « ce qui est vrai, c'est ce qui marche », il faut prouver que ça sert à quelque chose !

« On pourra voir aussi à travers l'histoire de la psychiatrie américaine une illustration de cette conception : lorsque ce qui a marché pendant, entre et après les deux guerres mondiales, c'était la pratique des thérapies psychanalytiques, la vérité psychiatrique est alors devenue psychanalytique après avoir été biologique. Lorsque a pali l'étoile de la psychanalyse, que les médicaments ont fait leur entrée sur la scène thérapeutique, que les neurosciences ont commencé de prospérer, qu'une certaine sclérose a gagné les universitaires tous formés systématiquement à la psychanalyse, la vérité psychiatrique est redevenue biologique. Et, si l'on en croit James[261], il n'y aucune raison pour que ces changements de « vérités » s'arrêtent. »[262]

Dès lors, les déçus de la psychanalyse s'évertueront à se satisfaire du côté de l'Evidence Based Medecine et des thérapies cognitives et comportementales[263].

---

[259] King, P., « *L'American way of life*. Lacan et les débuts de *l'Ego Psychology* », op. cit. p.52.
[260] Idem, p.61.
[261] William James, médecin, il occupera la chair de psychologie d'Harvard de 1889 à 1897. Il est l'auteur d'une série de conférences (1905-1907) réunies dans un ouvrage intitulé « Le pragmatisme, un nouveau nom pour d'anciennes manières de penser ». Voire Minard, M., op.cit. pp 84-91.
[262] Minard, M. in « Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics », op. cit. p.91.
[263] Idem, p.109. Ainsi que plus haut « Cognition et schizophrénie ».

A Dangerous Method[264]

Le concept de contre-transfert est au cœur de l'histoire de la psychanalyse. La première mention chez Freud de ce mot est dans un article de 1910 « Perspectives d'avenir de la thérapie analytique » : « *D'autres innovations d'ordre technique intéressent la personne même du médecin. Notre attention s'est portée sur le « contre-transfert » qui s'établit chez le médecin. Par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscient de son analyste. Nous sommes tout prêts d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert* »[265]. Il s'agit donc d'une mise en garde contre le risque d'analyser à partir de ses propres préjugés, voire de son inconscient. Freud accepte donc le fait que le patient exerce une influence sur l'inconscient de l'analyste. Et c'est précisément parce que cela risque d'arriver à l'analyste qu'il exige qu'il « commence par subir une analyse et qu'il ne cesse jamais ».

Cette mise en garde se renouvellera trois ans après dans une lettre du 20 Février 1913 à Binswanger, où Freud fait référence à « l'incident » entre Jung et sa patient Sabina Spielrein. Il évoque alors le problème du contre-transfert :

« Il compte parmi les problèmes techniques les plus compliqués de la psychanalyse. Théoriquement, je considère qu'il est plus facilement soluble. Ce que l'on donne au patient ne doit jamais être affect immédiat, mais toujours affect consciemment accordé, et cela, plus ou moins selon les nécessités du moment. En certaines circonstances, on peut accorder beaucoup, mais jamais en puisant dans son propre inconscient. Ce serait là pour moi la formule. Il faut donc à chaque fois reconnaître son contre-transfert, et le surmonter ; ce n'est qu'alors qu'on est soi-même libre »[266].

Le contre-transfert est donc conçu par Freud comme un obstacle qu'il s'agit de savoir manier dans la cure. Il considère que c'est l'un des obstacles principaux de la cure analytique. Obstacle qu'il s'agit impérativement de reconnaître et de maîtriser.

On peut donc dire que l'introduction du contre-transfert de l'analyste comme instrument de la cure, dès les années 1950, est un fait historique, dans la mesure où il s'agit d'une position non freudienne. Le premier auteur qui s'est intéressé à développer une conception différente de la technique analytique et qui a traité des sentiments de l'analyste à l'égard du patient est Sandor Ferenczi (1873-1933).

Lacan disait de S. Ferenczi qu'il était « le plus authentique interrogateur de sa responsabilité de thérapeute »[267]. Dès 1918 Ferenczi tentait de circonscrire la rencontre avec

---

[264] En référence au film de David Cronenberg, diffusé en 2011, et traitant des relations tumultueuses entre C. G. Jung et Sabina Spielrein et du différend entre Jung et Freud. « Ce qui fait le joint entre les deux intrigues et qui finalement introduit une dialectique dans cette histoire, c'est la question du transfert. [...] Autant Sabina aime Jung à la mesure du savoir qu'elle lui suppose sur elle-même, autant Jung hait Freud à la mesure du savoir qu'il lui refuse sur la psychanalyse. La méthode dangereuse est donc celle qui engendre l'amour ou la haine au lieu même du désir de savoir », Clotilde Leguil, « In treatment, Lost in Therapy », Puf, 2013.

[265] Freud, S. « Perspectives d'avenir de la thérapie analytique », in La technique psychanalytique, PUF, 1970. P.27.

[266] Cité par Lucchelli, J.-P., "Le Transfert, de Freud À Lacan" (Rennes 2 - Haute Bretagne, 2007), tel-00204461.

[267] Idem.

l'autre, le patient, par une technique. Dans son article « Sur la technique psychanalytique »[268], la première partie est consacrée à la position de l'analyste confronté aux effets de l'association libre et aux résistances du patient. La seconde concerne les « décisions à prendre au cours du traitement ». Chacune de ces partie est étayée de vignettes cliniques où Ferenczi témoignent de l'obstacle épistémologique que constituent les résistances du patient. L'élaboration du contre-transfert intervient alors comme le point d'où il peut élaborer sa position et notamment le rapport de l'analyste à son acte.

Le contrôle du contre-transfert est décrit en plusieurs phases. La première est celle de « *l'atmosphère paradisiaque que crée le premier contact avec l'inconscient, l'enthousiasme du médecin se communique au malade, et le psychanalyste doit à cette assurance joyeuse des succès thérapeutiques surprenants* ». La seconde phase intervient comme frein à la première, c'est « la résistance au contre-transfert ». Mais elle menace l'analyste de « tomber dans l'autre extrême et de se montrer au malade dans une attitude trop raide et trop défensive ». La troisième phase est donc celle de « la domination du contre transfert ». « *Ce n'est que lorsqu'on y sera parvenu, c'est-à-dire, quand on sera sûr que le gardien institué à ce propos nous préviendra tout de suite si les sentiments vis-à-vis du malade menacent de dépasser la juste mesure soit dans le sens positif, soit dans le sens négatif, ce n'est qu'alors que le médecin pourra « se laisser aller », conformément à ce qu'exige le traitement psychanalytique* »[269].

Ferenczi tente d'assouplir la technique freudienne par un biais méthodologique où c'est à l'analyste que :

« La thérapeutique analytique demande […] d'une part le libre jeu des associations et de l'imagination, le laisser-aller de son inconscient, car Freud nous a appris que c'est seulement en procédant ainsi que nous arrivons à comprendre intuitivement les manifestations de l'inconscient malade dissimulées dans les matériaux analytiques qu'il nous apporte. Il faut d'autre part que le médecin soumette aussi bien ses matériaux à lui que ceux du client à un examen logique et se fasse guider dans ses actes et dans ses propos exclusivement par les résultats de cette investigation intellectuelle ».

Il y a là une inversion avec la position freudienne de l'analyste-chirurgien, on ne sait plus à qui s'applique les règles : est-ce à l'analyste d'associer librement ? La règle de « l'attention flottante » peut-elle se confondre avec le « laisser-aller » de l'association libre ?

Freud dans son article « Conseil aux médecins sur le traitement analytique »[270], au sujet de la technique de l'attention flottante, nous dit : « *d'après elle, nous ne devons attacher d'importance particulière à rien de ce que nous entendons et il convient que nous prêtions à tout la même attention « flottante », suivant l'expression que j'ai adoptée* ». Il s'agit donc d'une attention minutieuse et constante, où le praticien de ne doit pas être présent en tant que

[268] Ferenczi, S., « Sur la technique psychanalytique », Exposé fait au groupe hongrois de psychanalyse au mois de décembre 1918, publié dans la Revue française de Psychanalyse, T. III, n°4, Ed. G. Doin et Cie, 1929, pp.617-630.
[269] Idem.
[270] Freud, S., « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », Publié en 1912, in « La technique psychanalytique », Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 1970.

sujet, dans la mesure où « *l'on court le risque de ne trouver que ce que l'on savait d'avance. En obéissant à ses propres inclinations, le praticien falsifie tout ce qui lui est offert. N'oublions jamais que la signification des choses entendues ne se révèle souvent que plus tard* ».

Il poursuit dans cet article de 1912, qu'il publiera à nouveau dans un recueil en 1918, la même année où Ferenczi publie son propre texte sur la technique analytique :

« Je ne saurais trop instamment recommander à mes collègues de prendre comme modèle, au cours du traitement analytique, le chirurgien. Celui-ci en effet, laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, ne poursuit qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien. Dans les conditions actuelles, la tendance affective la plus dangereuse, celle qui menace le plus l'analyste, c'est l'orgueil thérapeutique qui l'incite à entreprendre, à l'aide des moyens nouveaux et si controversé dont il dispose, quelque chose qui puisse convaincre autrui. En agissant ainsi il ne fait pas que se placer lui-même dans une situation défavorable au traitement, mais encore il s'expose en même temps, sans défense, à certaines résistances du patient. Or n'est-ce pas seulement du jeu de celles-ci que dépend en premier lieu le résultat du traitement ? La froideur de sentiment que nous exigeons de l'analyste s'explique par le fait qu'elle crée, pour les deux parties, les conditions les plus avantageuses puisque, d'une part, le médecin ménage ainsi ses propres émotions et que, d'autre part, les malades s'assurent la plus grande aide qu'il nous soit actuellement possible de leur donner »[271].

Freud se sert donc de l'analogie avec le chirurgien pour mettre en garde le psychanalyste contre « l'orgueil thérapeutique » qui vise à « convaincre autrui » en lui communiquant le savoir dont il dispose. L'analyste n'intervient donc pas en tant que personne, il est au contraire désubjectivé, dématérialisé : comme « le récepteur téléphonique » transforme les ondes sonores en vibrations. L'instrument de l'analyste n'est pas son contre-transfert mais son inconscient purifié, « liquidé ».

En 1928, dans son texte « Elasticité de la technique psychanalytique »[272], Ferenczi poursuit néanmoins l'élaboration d'une méthode en psychanalyse qui tienne compte de « l'équation personnelle » en jeu dans ce travail. Et de l'élément non encore résolu de cette équation qui concerne la communication au patient de son savoir. Il se fonde pour cela sur deux règles fondamentales : la première étant l'association libre (qui nous l'avons vu absorbe selon lui celle de l'attention flotte), la seconde formulant que « quiconque veut analyser autrui doit d'abord avoir été analysé lui-même ».

« C'est une question de tact psychologique de savoir quand et comment on peut communiquer quelque chose à une personne analysée et quand le matériel rassemblé peut être déclaré suffisant pour qu'on en puisse tirer les conséquences. C'est une question de tact aussi de savoir sous quelle forme la communication en question doit être faite, de quelle manière l'analyste doit réagir lorsque la réaction du patient a été inattendue ou déconcertante ; c'en est une aussi de savoir quand il faut se taire et attendre de nouvelles associations d'idées, quand, au contraire, le silence de l'analyste n'est qu'une torture pour le patient, etc., etc. »[273]

[271] Idem, p.65-66.
[272] Ferenczi, S., « L'élasticité de la technique psychanalytique », Revue française de psychanalyse, PUF, 1974.
[273] Idem.

On aperçoit ici que, ce que Ferenczi tente de cerner, est l'acte même du psychanalyste, soit l'interprétation. Le tact est pour lui « la capacité d'entrer dans les sentiments d'autrui », il va même plus loin :

« Si, à l'aide du savoir que nous nous sommes acquis par beaucoup de psychanalyses et surtout par la nôtre, nous parvenons à nous représenter les associations possibles et probables du patient qu'il ne soupçonne pas encore lui-même, nous pourrons, n'ayant pas à combattre contre les mêmes résistances, non seulement deviner les pensées du patient mais aussi des tendances qui lui sont inconnues ».

Autrement dit, la technique de Ferenczi vise à transformer l'effet de l'interprétation en une communication « ici et maintenant ». L'écoute est celle de la compassion plutôt que du déchiffrement de l'inconscient. D'ailleurs, il ne s'agit pas pour lui de l'analyse de l'inconscient, mais de « l'analyse du caractère » dont le résultat est « la faculté d'investir la libido à leur gré », soit de jouir sans entraves.

L'analyste devient le « pantin qui reçoit les gifles », bouc-émissaire qui doit supporter l'agressivité du patient, « il récoltera le fruit de cette patience sous la forme d'un transfert positif ». Ferenczi suppose que la relation satisfaisante est fondée sur la réciprocité. L'élasticité est donc celle d'une pratique où l'on ne parle que de ce qu'on sait, et où l'analyste a à apprendre une « humilité plus que chrétienne » pour supporter toutes les extravagances de son patient. Cette pratique est décrite par Ferenczi comme *« une oscillation perpétuelle entre la pénétration dans les sentiments d'autrui, l'observation de soi-même et l'élaboration de jugements sur le cas »*[274]. C'est donc à la fonction de l'analyste que Ferenczi consacre ses recherches, jusqu'à lui soustraire l'acte de l'interprétation : « *si on se contente de dissoudre les résistances du patient par l'analyse, on arrive à un stade où c'est le malade lui-même qui fait presque tout seul le travail d'interprétation* ».

On peut ici tenter de mettre en lumière la position de Ferenczi avec ce que Freud semblait prédire en 1912 :

« Tout jeune analyste zélé sera certainement tenté de mettre sa propre individualité en jeu afin d'entraîner le patient, d'élever celui-ci au-dessus des limites de son étroite personnalité. Il semblerait même qu'il soit admissible, voire souhaitable, pour surmonter les résistances du patient, que nous lui permettions de jeter un coup d'œil sur nos propres déficiences psychiques et nos conflits et de l'amener ainsi, par des confidences intimes, à établir un parallèle. La confiance attire la confiance et qui l'exige des autres doit aussi en faire preuve à l'égard d'eux.

Mais dans les relations psychanalytiques, les choses ne se passent pas suivant les prévisions de la psychologie du conscient et l'expérience n'est pas en faveur de cette technique affective. En outre, il est clair qu'en l'adoptant, on s'éloigne du terrain psychanalytique pour se rapprocher de celui des

[274] Alors que Freud précisait qu'il « *ne convient pas pendant que le traitement se poursuit, de procéder à l'élaboration scientifique d'un cas, d'en reconstituer la structure, d'en vouloir deviner l'évolution, d'en noter, de temps en temps, l'état présent, comme l'exigerait l'intérêt scientifique. C'est au détriment du traitement que s'exercerait cet esprit scientifique […]. Les meilleurs résultats thérapeutiques, au contraire, s'obtiennent lorsque l'analyste procède sans s'être préalablement tracé de plan, se laisse surprendre par tout fait inattendu, conserve une attitude détachée et évite toute idée préconçue* ».

méthodes par suggestion. On incite le patient à révéler plus tôt et avec moins de difficulté ce qu'il sait déjà et ce que, pour des motifs conventionnels, il aurait tu quelque temps encore. Cette technique toutefois ne peut être d'aucun secours dans la découverte de l'inconscient du malade, elle ne fait que renforcer son impuissance à vaincre les résistances profondes et, dans les cas les plus graves, aboutit infailliblement à un échec, par suite de l'insatiabilité qu'elle éveille chez lui. Le patient, en effet, tente volontiers alors de renverser la situation parce qu'il trouve l'analyse de son médecin plus intéressante que la sienne propre. De même la liquidation du transfert – l'une des tâches les plus importantes dans le traitement – est rendue plus difficile à cause de l'intimité qu'à établie le médecin. C'est ainsi que les gains douteux du début se trouvent finalement plus que contrebalancés. Je n'hésite donc pas à rejeter cette technique erronée »[275].

Ferenczi modifie donc radicalement la technique freudienne. D'une part en formulant la position de l'analyste comme un *alter ego* à l'analysant par une « approche intuitive plus souple » et, d'autre part, en proposant un but thérapeutique à l'analyse : celui de « remplacer le surmoi parental rigide par un surmoi analytique plus souple ». Ferenczi opère un retournement radical qui l'amène à comparer l'analyste à un père, ou plutôt à une mère adoptive, dont la tâche est d'offrir à son patient les bénéfices d'une enfance normale. « *Ferenczi pose les fondements d'une théorie du contre-transfert comme formation maternelle. Outre la levée de la répression, le patient peut accéder, au cours de l'analyse, à une expérience réparatrice compensant celle qui lui avait été déniée pendant l'enfance* »[276].

C'est en 1932 que Ferenczi formule le contre-transfert comme l'outil le plus précieux de l'analyste. Dans son *Journal clinique*, considéré comme une longue lettre adressée à Freud, entre le 7 Janvier et le 2 Octobre 1932, Ferenczi nous dit que le contre-transfert constitue la base de ses interprétations, et il envisage « l'analyse mutuelle »[277]. Dès lors l'idée de communiquer les sentiments contre-transférentiels au patient sera reprise dans les écrits psychanalytiques. Notamment en ce qui concerne la pratique avec les psychotiques (Winnicott, F. Fromm-Reichmann, H. Searles), la participation émotionnelle de l'analyste venant remplacer l'interprétation.

La conceptualisation du contre-transfert transforme donc les coordonnées de la rencontre de l'analyste avec son patient. Autrement dit, cela porte directement à conséquence sur la relation clinique et la conception freudienne de l'inconscient. L'idéal de réciprocité influencera particulièrement les prises en charges des schizophrènes outre-Atlantique. Puis par un effet retour, l'Europe. Dans un article de 2003, « Contre-transfert et intersubjectivité »[278], Jacques-Alain Miller dégage la structure du contre-transfert et les conséquences du concept pour la psychanalyse d'aujourd'hui. Cette histoire nous intéresse dans la mesure où elle nous indique la logique qui sous-tend le déclin de l'attention portée à ce que le patient dit et, au contraire, l'intensification de l'attention portée au comportement.

---

[275] Freud, S., « Conseil aux médecins sur le traitement analytique », Publié en 1912, in « La technique psychanalytique », Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 1970, pp. 68-69.
[276] Cabré, M., Luis. J., « La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert », Filigrane, printemps 2000.
[277] Idem, p.15.
[278] Miller, J. A., « Contre-transfert et intersubjectivité », Revue La Cause Freudienne, n°53, Pour ou contre-transfert, Paris, février, 2003.

Car c'est précisément du choix d'opérer à partir de la fonction du langage, ou bien du comportement que se spécifient des pratiques auprès de sujets psychotiques.

Là où la règle fondamentale a été transformée en « transfert de pensée », le transfert devient « co-pensée », et l'interprétation « fusion partielle de deux cours de pensée ». Dès lors, il y a –t-il une limite à cette « télépathie » ?

b. Une pratique contre-transférentielle des psychoses

La haine dans le contre-transfert, Winnicott, 1947

Donald Wood Winnicott (1896-1971) est pédiatre et psychanalyste. Il exerça pendant quarante ans comme chef de service de l'hôpital pour enfants de « Paddigton Green » à Londres. Après avoir été membre de la Société Psychanalytique Britannique (1927), il rejoindra le Middle Group, caractérisé par son refus de s'inféoder aux deux groupes opposés des kleiniens et des Anna Freudien. C'est à l'époque de la Seconde Guerre Mondiale qu'il va élaborer sa théorie de « la tendance antisociale ». Elle est l'expression, selon lui, d'une demande adressée à l'environnement qui a été défaillant et auquel on s'adresse.

Bien que freudien, il va s'éloigner de la théorie des pulsions pour développer une théorie s'intéressant au développement précoce de l'enfant. En résumé, si l'environnement maternel est suffisamment bon avec une mère (ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant) suffisamment à l'écoute de son bébé, les tendances de maturation opèrent positivement sur le sujet. Winnicott décrit ce potentiel comme inné « d'intégration et de maturation ». Cette intégration conduit à une construction efficace du self qui s'achemine vers l'unification et la construction du Moi. Si l'ensemble de ce processus relève d'un mauvais ajustement maternel, l'identification et le sentiment d'exister seront défaillants. Cette défaillance entraînera une rupture dans la construction narcissique du sujet et plus particulièrement du narcissisme primaire.

Cette période, courte mais contrôlée, de l'omnipotence permet à l'enfant d'être dans l'illusion de la création et du contrôle par lui-même de l'objet. La mère, en omettant de l'y faire accéder, l'enfant se tournera vers une attitude de soumission en s'adaptant aux exigences du milieu environnant. Cette attitude de soumission mettra en condition l'émergence du faux Self. Dès lors, le sujet est soumis aux intrusions et représentations erronées de son environnement, s'exposant ainsi à une angoisse déstabilisante et handicapante. Ainsi, des soins maternels escamotés créent, selon Winnicott, un véritable traumatisme, considéré comme le premier traumatisme désorganisateur de l'évolution psychique du sujet. Il en résulte une insécurité narcissique et une fragilité identitaire formatant ainsi une faible estime de soi chez le sujet[279]. Ces concepts d'environnement suffisamment bon et de préoccupation maternelle primaire, orientent la pratique analytique de Winnicott (relation et cadre).

[279] Courtinat, E., « La préoccupation maternelle primaire, 1956, Donald Wood Winnicott », www.psycho-ressources.com/**elisabeth**-c-rei-txt-winnicot.pdf

Le texte de Winnicott, « *La haine dans le contre-transfert* », témoigne d'une époque où les psychanalystes commencent à traiter des patients très difficiles, ce qui impliquait une direction de la cure différente. En effet, le traitement psychanalytique des psychoses intervient comme alternative aux « tendances modernes de la psychiatrie, avec ces électrochocs trop faciles et ces leucotomies trop draconiennes ». S'il est ingrat de s'occuper d'un psychotique, s'il représente une lourde charge affective pour ceux qui le soigne, *« cela ne veut pourtant pas dire que nous devons accepter tout ce que font les psychiatres et les neuro-chirurgiens comme en accord avec des principes scientifiques »*[280].

Ce texte est très personnel. Winnicott y fait part des incidences de son propre inconscient sur ses prises en charges. Il évoque ainsi des rêves « curatif », lui révélant sa position dans le transfert, et notamment ce qui résonne d'insupportable avec sa propre subjectivité : « L'origine de cette irritabilité se trouvait donc dans une angoisse réactionnelle d'une qualité propre à mon contact avec une patiente qui n'avait pas de corps ». Mais sa conception de la psychose comme « trouble du développement précoce » mettant en cause l'environnement, et du transfert dans sa dimension maternelle, l'amène à concevoir les phénomènes transférentielles comme réactualisation d' « une relation de dépendance ». Ainsi, dans le transfert, l'analyste est, selon Winnicott, dans « la position de la mère d'un enfant à naître ou nouveau-né », et l'analysant dans celle de « réactualiser transférentiellement ses expériences précoces ayant eu un effet traumatique » (régression). Or « *Que se passe-t-il s'il n'y a pas de relation satisfaisante de la petite enfance que puisse exploiter l'analyste dans le transfert ? »*

Winnicott articule la question de la haine du côté de l'analyste à ce qu'il appelle « l'amour impitoyable ». En effet, Winnicott nomme ainsi le stade du développement qui précède l'intégration complète de la personnalité. Il s'agit d'un stade précoce où ce que fait l'enfant n'est pas œuvre de haine, dans la mesure où il ne peut attribuer la signification de la haine à ce qu'il fait. Winnicott fait une analogie entre le bébé au stade de cette relation précoce et le sujet psychotique souffrant « d'une régression profonde ». Ils éprouvent une sorte d'avidité spontanée à obtenir de quoi satisfaire leur besoin ou leur désir, et cela d'une manière qui ne prend pas en compte ce que cela fait vivre à l'autre, car il ne peut pas y avoir, à ce stade, de la sollicitude pour l'autre.

Au contraire, en ce qui concerne la haine, Winnicott émet l'hypothèse que « *la mère hait le petit enfant avant que le petit enfant ne puisse haïr la mère et avant qu'il puisse savoir que sa mère le hait* ». Et c'est à « *son aptitude à être tellement maltraitée par son enfant et à haïr autant sans s'en prendre à l'enfant ni attendre la récompense qui s'offrira ou ne s'offrira pas à une date ultérieur* », que Winnicott pousse l'analyste.

Le concept de « la haine », Winnicott semble s'en servir précisément pour assumer le fait de dire non à l'excédent pulsionnel auquel on est confronté dans la prise en charge de sujets psychotiques. Autrement dit, il tente d'extraire un savoir de son expérience de l'insupportable. Il évoque le cas d'un garçon de neuf ans, accueilli dans un foyer, pendant la Seconde Guerre Mondiale, à cause de vagabondages. La prévalence du symptôme, nous dit-il,

[280] Winnicott, D., "La Haine Dans Le Contre-Transfert (1947)," n.d., http://psycha.ru/fr/winnicott/1969/pediatrie_psychanalyse6.html#ftn21.

empêchait la prise en charge institutionnelle. Et c'est par une sorte de contingence opportune que l'épouse de Winnicott accepte de l'accueillir.

« Ma femme l'accueillit très généreusement et le garda trois mois, trois mois d'enfer. Il était le plus adorable et le plus éprouvant des enfants, souvent fou à lier. Mais heureusement nous savions à quoi nous attendre. Nous traitâmes la première phase en lui donnant une liberté complète et un shilling chaque fois qu'il sortait. Il n'avait qu'à téléphoner pour que nous allions le chercher, quel que fût le poste de police qui l'avait pris en charge.

Bientôt la modification attendue fit son apparition, le symptôme de fugue vira et le garçon se mit à dramatiser l'attaque sur sa vie intérieure. C'était vraiment un travail à plein temps pour tous les deux à la fois, et lorsque j'étais sorti, les pires épisodes se produisaient.

Il fallait interpréter à la minute, de jour et de nuit, et souvent la seule solution dans une crise était de faire l'interprétation correcte comme si le garçon était en analyse. C'était l'interprétation correcte qu'il appréciait par-dessus tout.

Ce qui importe dans le cadre de cet exposé, c'est la manière dont l'évolution de la personnalité du garçon a engendré la haine en moi, et ce que j'ai fait à ce sujet.

L'ai-je frappé ? Non. Je ne l'ai jamais frappé. Mais j'aurais été forcé de la faire si je n'avais pas tout su de ma haine et si je ne la lui avais pas fait connaître aussi. Pendant les crises, je le prenais en utilisant la force physique, sans colère ou blâme, et je le mettais dehors devant la porte d'entrée, quel que fût le temps ou l'heure, de jour et de nuit. Il y avait une sonnette spéciale qu'il pouvait actionner et il savait que s'il sonnait, il serait admis à nouveau et qu'on ne dirait pas un mot du passé. Il utilisait cette sonnette dès qu'il se remettait de son accès de manie.

Ce qui est important, c'est que chaque fois, au moment où je le mettais à la porte, je lui disais quelque chose ; je disais que ce qui était arrivé avait suscité en moi de la haine à son égard. C'était facile parce que c'était tellement vrai.

Je crois que ces paroles étaient importantes du point de vue de ses progrès, mais elles étaient surtout importantes parce que cela me permettait de tolérer la situation sans éclater, sans me mettre en colère et sans le tuer à tous moments »[281].

La singularité de ce cas est notamment liée à ce que la prise en charge a lieu au domicile même du thérapeute. Et on peut s'interroger sur les coordonnées du choix de Winnicott et de son épouse d'accueillir ce jeune garçon chez eux. En particulier, contenu des éléments cliniques dont il nous fait part. Cependant, nous ne nous attarderons pas sur ces éléments. Nous souhaitons davantage mettre en valeur la façon dont Winnicott accueil le symptôme de l'enfant et travaille à le soulager de l'angoisse en mettant en place des garanties. Tout d'abord, il ne l'empêche pas de fuguer, au contraire, il lui fournit un schilling, sorte de don symbolique l'assurant de son retour possible au domicile. Une fois assuré de la présence de l'autre, le sujet arrête de vagabonder. Et le garçon se met à dramatiser « l'attaque sur sa vie intérieure » nous dit Winnicott. Autrement dit, il accueille les symptômes de l'enfant, son comportement comme un texte pouvant avoir une signification. Or, ce que vise là Winnicott semble être la conceptualisation des limites à ce que le thérapeute peut supporter. Il évoque assez finement le corps-à-corps avec le sujet, et la nécessité de contenir la violence sans en surajouter. Au contraire, il se pose comme un Autre qui bien que ne pouvant pas tout supporter de l'autre, incomplet, ne le rejette pas et lui fournit la garantir de toujours revenir.

[281] Op.cit. pp.78-79.

La parole est ici l'outil majeur, autant pour l'un que pour l'autre. Dans la mesure où c'est avec le langage que Winnicott soutien sa position et subjective celle du garçon. C'est avec la parole qu'il opère un décalage, là où il pourrait s'agir d'une confrontation violente.

Pourtant, alors qu'il repère la parole comme un élément fondamental, il ne l'inclut pas dans sa conceptualisation de l'analyse auprès du sujet psychotique. Soit comme alternative à la relation purement duelle. Au contraire, il conceptualise l'analyse à partir de l'amour impitoyable, de l'incapacité du sujet à s'identifier à l'analyste, et de l'angoisse et de la haine du côté du thérapeute. Il reste donc dans une conceptualisation réciproque de la relation à l'autre où le bon objet existerait. A l'envers de la position freudienne, où la notion du manque d'objet est fondamentale pour saisir l'amorce de l'ordre symbolique, et la constitution de la relation du sujet au monde et à ses objets (ex. Fort-Da).

Il y a une sorte d'idéal qui préside à sa conception de l'analyste. Celui-ci « *doit faire preuve de la patience, de la tolérance et de la constance d'une mère dévouée à son petit enfant ; reconnaître les désirs du patient comme des besoins ; écarter ses autres sujets d'intérêts afin d'être disponible, ponctuel et objectif ; et il doit paraître désirer donner ce qui n'est donné en réalité qu'en raison des besoins du patient* ». Soit une abnégation purement imaginaire, dans la mesure où elle est fondée sur les idéaux de ce que devrait être une mère, et non sur la prise en compte de la parole, du désir et de l'inconscient. On comprend alors qu'une telle abnégation ne soit pas sans faire surgir un refus du côté de l'analyste même. Or Winnicott, ne remet pas en cause la logique qui préside au surgissement de la haine, mais vise seulement à la maîtriser. Voire jusqu'à l'interpréter au patient, dans la mesure où selon lui, « tant que cette interprétation n'est pas faite, le patient est maintenu dans une certaine mesure dans la position du petit enfant, de celui qui ne peut pas comprendre ce qu'il doit à sa mère ».

Cependant l'enjeu qui est pour lui d' « éviter que la thérapie soit adaptée aux besoins du thérapeute plutôt qu'aux besoins du patient », est essentiel et nous tenterons de cerner par quelles voies on peut y prétendre autrement que par une valorisation de la participation émotionnelle de l'analyste à la cure.

La psychanalyse interpersonnelle

« Ils ne savent pas que nous leur apportons la peste », aurait glissé Freud à l'oreille de Jung à son arrivée dans le port de New-York. Il n'avait pas tort. Nous avons vu qu'après ses conférences en 1910, la psychanalyse s'étend aux Etats-Unis et influence les neurologues, psychiatres, psychologues et anthropologues, puis les institutions, les universités, les cliniques et les hôpitaux. De nombreuses associations de psychanalyse se créent dans l'ensemble des Etats-Unis. Michel Minard, qui nous donne le récit de l'élaboration du DSM V à travers l'histoire de la psychiatrie américaine dans un ouvrage récent, commente ce succès en soulignant l'enthousiasme que la psychanalyse suscitait chez des praticiens en manque de perspectives et de nouveauté. « *Rappelons,* nous dit-il, *qu'il n'y avait, dans les premières décennies du XXème siècle, pas plus de traitement dans les State Hospitals que dans les*

établissements privés, à l'exception le plus souvent de ceux que l'on appelait les traitements de choc »[282].

Dans cet ouvrage, H.S. Sullivan, F. Fromm-Reichmann, Harold Searles et Heinz Hartmann sont cités comme les références de la psychanalyse américaine. Ils sont sans conteste les agents de diffusion et d'élaboration d'une pratique psychanalytique aux Etats-Unis. Nous nous intéresserons essentiellement aux trois premiers, de par leurs apports pour une pratique thérapeutique auprès des schizophrènes.

F. Fromm Reichmann et Harry S. Sullivan sont à l'initiative du courant de psychanalyse interpersonnelle développé dans la première moitié du XX^{ème} siècle. L'ouvrage majeur de F. Fromm Reichmann, « Principes de psychothérapie intensive », a été publié aux Etats-Unis en 1960, et traduit en français en 1999. Il est considéré comme « une référence indispensable de la psychothérapie institutionnelle et de la psychothérapie »[283]

F. Fromm Reichmann est née en 1889 dans une famille juive traditionnelle de Silésie[284]. Elle entreprend des études de médecine et passe sa thèse en 1914 sur les variations pupillaires dans la démence précoce. Pendant six ans, elle sera affectée au sein de l'armée prussienne à la rééducation des soldats cérébrolésés du fait de blessures de guerre. Elle entame alors une série de publications sur le rôle des équipes soignantes dans la réhabilitation psychique de ces patients. Après la guerre, elle se tourne vers la psychiatrie et à une pratique sanatoriale. Les sanatoriums, à l'époque, étant également des maisons de repos pour « nerveux ». Avec son mari Éric Fromm, elle participe à la fondation de l'Institut de psychanalyse de Francfort, et crée à Heidelberg son propre sanatorium pour y traiter des patients psychotiques.

Face à la montée de l'antisémitisme, le couple s'exile aux Etats-Unis. Elle est engagée dans l'établissement sanatorial de Chestnut Lodge, pour pratiquer une psychothérapie des schizophrènes. Ce lieu deviendra un des plus hauts lieux de la psychothérapie institutionnelle, et elle y formera notamment Harold Searles. Elle s'appuiera sur la théorie interpersonnelle des troubles psychiques de H. S. Sullivan pour proposer des psychothérapies psychanalytiques de schizophrènes. Dans la perspective de l'élasticité psychanalytique de l'école hongroise, elle proposera d'étendre la psychanalyse à la prise en charge de sujet psychotiques. Elle deviendra l'âme de cette institution, et y mourra en 1957.

La notion d'interpersonnalité[285], selon laquelle « le trouble psychique est une manifestation toujours adressée à un autre »[286], permet à F. Fromm-Reichmann de conceptualiser le travail thérapeutique comme une pratique d'élucidation des conditions d'apparition du symptôme, de trouver qui est l'autre auquel il s'adresse. Il s'agit là d'une

[282] Minard, M., op. cit., p.61.
[283] Vincent, T., « Une psychanalyste de la psychose : Frieda Fromm-Reichmann. A propos de… Principe de psychothérapie intensive de Frieda Fromm Reichmann ». Evolution Psychiatrique 2000 ; 65 :605-9. Edition scientifiques et médicales Elsevier SAS.
[284] Ancienne province du Royaume Prusse.
[285] Selon la théorie « interpersonnelle » des troubles psychiques de H. Starck Sullivan.
[286] Walker, W., « Chapitre IV – La Psychanalyse Interpersonnelle », www.repositorio. Ual. Pt, 2012, pp.27-41.

psychiatrie sociale, « au sens d'une exigence d'adaptabilité de la part du malade », dans laquelle F. Fromm-Reichmann inclut la prise en considération par l'analyste de « ses propres processus interpersonnels pour pouvoir les utiliser au profit du patient »[287].

Son ouvrage, « Principes de psychothérapie intensive »[288] témoigne du souci de la position du thérapeute dans le transfert. Il s'agit de repères, d'instruments pour s'orienter dans la rencontre. Dans son commentaire de l'ouvrage, Vincent Thierry[289] précise qu'il s'agit là d'un guide pour « la psychanalyse des psychotiques dans les institutions, […], celle qui ne cède en rien à l'essentiel : l'inconscient, le transfert sans aménagement spécifique du cadre ». Le risque étant, effectivement, celui du transfert dans la psychose.

Sullivan est né en 1892 dans l'état de New-York. Il développera à partir de 1923, une pratique psychiatrique originale auprès de patients schizophrènes de sexe masculin, en tant que médecin assistant au Sheppard Pratt Hospital, dans le Maryland. Il s'inspire des théories freudiennes, mais aussi de la nouvelle génération d'anthropologues culturalistes et de sociologues américains, avec lesquels il mettra progressivement sa théorie interpersonnelle de la psychiatrie en œuvre. Il introduit à partir de 1925 le terme de « parataxie » pour nommer ce que Freud appelle « transfert et contre-transfert ». « *Par expériences interpersonnelles parataxiques, on entend des déformations qui surviennent au niveau des relations interpersonnelles actuelles avec les autres. Elles sont dues à la transposition d'expériences interpersonnelles antérieures d'une personne, provenant principalement de sa petite enfance et de son enfance, mais pas toujours, ou pas nécessairement, de problèmes avec ses parents* »[290]. Selon Sullivan les facteurs socio-culturels sont essentiels dans la survenue et dans l'expression des troubles mentaux. Il enseignera à l'université, participera au Comité de mobilisation militaire de l'APA pendant la Seconde Guerre Mondiale, puis à la Washington School of Psychiatry qu'il avait fondé en 1936, première école à former des psychanalystes non médecins aux Etats-Unis. En 1943, 6 ans avant sa mort à Paris, il fonde avec F. Fromm-Reichmann, la William Alanson White Psychiatric Foundation, avec pour objectif de former des psychiatres et des psychologues à la psychanalyse interpersonnelle et à la psychothérapie intensive.[291]

La pensée interpersonnelle se fonde autour de l'idée que dans la vie d'une personne, toute pensée, tout contenu psychique, ne prend son sens que, dans une dimension de relation à l'autre. Selon Sullivan, la personnalité est le produit des interactions de l'enfant avec les autres, « *dans sa quête pour s'assurer un sentiment de sécurité, [il] tend à cultiver les traits de caractères qui entrainent l'approbation de son entourage, et à occulter ou à tenter de censurer ceux qui entraînent une désapprobation* »[292]. Par conséquent, la différence entre une personne dite normale et une autre considérée comme souffrant de troubles psychiques tient,

[287] F. Fromm-Reichmann citée par Vincent, T., op.cit., p.607.
[288] Publié aux USA en 1960 et traduit en français en 1999. F. Fromm-Reichmann, Principes de psychothérapies intensive, trad. Danièle Faugeras, coll. « La Maison Jaune », Toulouse, Erès, 1999.
[289] Vincent, T., « Une psychanalyste de la psychose », Op.cit.
[290] Fromm-Reichmann, F., « Principes de psychothérapies intensive », trad. Danièle Faugeras, coll. « La Maison Jaune », Toulouse, Erès, 1999. Cité par Minard, M., « Le DSM-Roi », op. cit. p.57.
[291] Les éléments biographiques concernant H. S. Sullivan sont issus de l'ouvrage de Minard, M., « DSM-Roi », op.cit. pp.55-60.
[292] Walker, W., Chapitre Iv B – La Psychanalyse Interpersonnelle, 2012, repositrorio.ual.pt.

selon lui, au degré d'intensité des difficultés émotionnelles auxquelles cette personne se trouve confrontée. C'est la constatation que, quelque soit le symptôme, il s'exprime dans la relation avec les autres, qui l'amène à formuler que « tout trouble psychique est avant toute chose fondamentalement interpersonnelle par nature ».

Sullivan rejette l'hypothèse freudienne du conflit psychique inconscient et de la pulsion de mort, pour privilégier une approche exclusivement relationnelle. Il postule la « distorsion » de la relation à l'autre à partir d'une « relation interpersonnelle traumatisante », générant de l'angoisse. Le traumatisme réel est donc ici la cause de « toute difficulté de vie », celui-ci ayant comme conséquence de limiter ou de réduire, d'une manière ou d'une autre, la capacité du patient à vivre ses sentiments ou émotions. La tâche essentielle du psychanalyste est alors « *d'aider son patient à lever le voile sur les facteurs qui ont contribué à limiter son potentiel de ressenti, la capacité du patient à résolument affronter les expériences douloureuses de son passé, sera indiscutablement l'un des éléments indispensables pour qu'il puisse finalement récupérer le potentiel de ressenti qu'il avait perdu de ce fait* »[293].

Le terme de « distorsion parataxique » signifie que le sujet a une perception déformée de l'autre, elle « *se constitue dans une situation interpersonnelle lorsqu'une personne se met en rapport avec une autre, non pas sur la base de ses attributs effectifs mais sur la base d'une personnification qui existe principalement dans son imaginaire* »[294]. Les relations étant rarement transparentes à elles-mêmes, les auteurs du courant interpersonnel formule une clinique différentielle entre normal et pathologique en termes de « degrés d'angoisse ». Par ailleurs, l'ensemble des symptômes et autres formations de l'inconscient sont conceptualisés comme des « processus interpersonnels ». Enfin, Reichmann isole deux aptitudes humaines essentielles selon elle : « la tendance à la santé et la capacité à développer ses potentialités ».

Dès lors, le travail thérapeutique a pour visée d'ouvrir la voie aux pulsions de vie. Elle évoque à ce sujet une « pathologie de l'oubli émotionnel » que la psychothérapie s'attachera à guérir. Autrement dit, la psychanalyse « *vise ici à susciter une compréhension et un insight des facteurs historiques et dynamiques qui, tant qu'ils sont inconnus du patient, sont parmi les causes des troubles mentaux* ». « *La technique employée aspire à éclairer le « drame » qui sous-tend les difficultés que le patient rencontre dans ses relations avec les autres. Elle se centre tout d'abord autour d'une observation et d'une recherche attentive et suivie, portant sur les vicissitudes de la relation patient-analyste* »[295].

Frieda Fromm-Reichmann se démarque de la pratique psychanalytique orthodoxe en référant sa pratique clinique à la psychothérapie et à une expérience émotionnelle. Cependant, la technique qu'elle propose s'inspire largement de la psychanalyse. C'est en ce qui concerne la position du thérapeute qu'elle fait un pas de côté par rapport à la psychanalyse. Elle développe une « intervention thérapeutique active », propose la formule de « coéquipier psychanalytique » pour désigner l'analysant. Autrement dit c'est la relation psychanalyste-analysant qui favorise les effets thérapeutiques favorables. Loin de la neutralité bienveillante, il s'agit « *pour le psychanalyste de s'engager pleinement dans sa relation avec son patient, en y participant avec des réactions spontanées, comme il importe de le faire dans toute relation*

[293] Idem, p.41.
[294] Idem, p.28.
[295] Idem, p.30.

interpersonnelle »[296]. On pourrait résumer le positionnement interpersonnel ainsi : *« l'engagement mutuel d'œuvrer à explorer (et en temps voulu, interpréter) les expériences interpersonnelles du patient par le biais d'échanges et de dialogues fondés sur une collaboration active thérapeute-patient* »[297]. Le changement thérapeutique implique donc l'engagement actif du thérapeute comme partenaire, mais aussi « *la capacité du thérapeute d'engager la relation qu'il noue avec son patient en adoptant une position de non-savoir*[298] *en certaines circonstances et de savoir en d'autre* ».

Conception lacanienne du transfert dans la psychose

Le schizophrène ne tend pas spontanément à l'établissement du lien à l'autre. Dans sa dimension autiste, il s'y refuse, ou bien il s'agit d'un « amour pathologique », que soulignait Bleuler en 1911 : « *le transfert de l'affection sur les médecins, qu'on peut si bien mettre à profit dans l'hystérie, n'a généralement pour conséquence, dans la schizophrénie patente, qu'un « amour » pathologique, avec parfois des idées de persécution sexuelle consécutives* »[299]. Il est donc essentiel de se tourner vers ceux qui n'ont pas reculé devant la psychose, et de s'interroger sur la question du transfert dans le travail thérapeutique avec les schizophrènes. La technique analytique standard ne pouvant s'appliquer comme telle, elle doit s'adapter.

F. Fromm-Reichmann s'oriente de la conception du transfert de Rosenfeld : « *S'agissant de schizophrènes qui ont de si grandes difficultés verbales, la compréhension intuitive de l'analyste à travers son contre-transfert est même plus importante, car elle l'aide à percevoir ce qui importe réellement à un moment donné. Mais l'analyste devrait être aussi capable de formuler consciemment ce qu'il a reconnu inconsciemment et de le communiquer au patient, sous une forme que ce dernier puisse comprendre* ». Or cette conception du transfert, comme une relation purement duelle, ne prend pas en compte le caractère, pourtant évoqué, de répétition du transfert dans la psychose.

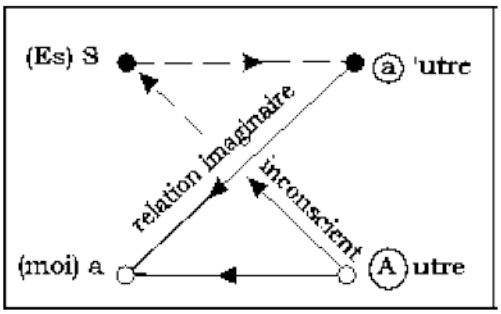
Lacan fera également un principe éthique de « ne pas reculer devant la psychose ». Ce principe découle du fait que tout « parlêtre » mérite qu'on l'écoute. Cependant, dans les « Ecrits », Lacan parle du contre-transfert comme d'une « impropriété conceptuelle ». Il s'agit, selon lui, du mode par lequel l'analyste reste embourbé dans la réciprocité des affects et des caprices du moi. Là où d'autres en font un outil, au contraire, pour Lacan, le contre-transfert est la somme des préjugés, des embarras de l'analyste, voire l'insuffisance de l'analyste à apporter l'interprétation qui conviendrait. Jacques-Alain Miller en fait même un « obstacle épistémologique à l'élaboration clinique du cas »[300].

---

[296] Idem, p.40.
[297] Idem, p.40.
[298] Souligné par nous.
[299] Cité par Brémaud, N., op.cit.
[300] « L'avenir de la psychanalyse. Débat entre Daniel Widlöcher et Jacques-Alain Miller. Animé par Bernard Granger, le 1er Juin 2002 ». Editions PSN, 2004. P.37.

Pour Lacan, la logique de la cure est celle du fantasme. Autrement dit, ce qu'il y a de déduction est interne à la chaîne signifiante du patient, et non pas une déduction qui irait de l'émotion de l'analyste à ce qui se passe pour le patient[301]. Lacan fait donc une distinction entre ce qui serait de l'ordre de l'intersubjectivité imaginaire, - qui concerne le rapport de sujet à sujet, où le sujet prend en compte l'être de l'autre -, et l'intersubjectivité symbolique, où l'analyste est défini à partir d'un « je ne pense pas », c'est-à-dire à partir d'une extériorité. On pourrait parler de dimension trans-individuelle complexe, dans l'orientation lacanienne, mise en forme dans les schémas de Lacan (schéma Z, graphe).

Le schéma Z (ou L) va participer de la mise à l'épreuve par Lacan de théorie de la relation du sujet à l'objet considérée comme une relation duelle.



Ce que Lacan tente d'ordonner via ce schéma c'est la façon dont le langage structure la relation à l'autre. Le modèle classique de la communication fait du langage un instrument de médiation entre un sujet et un autre. Quelque chose se trouve transmis de l'émetteur au récepteur par le moyen du langage. Lacan subvertit ce schéma linéaire de l'émetteur au récepteur à partir du fait élémentaire que le sujet parlant s'entend parler. En effet, il en déduit la fondamentale division du sujet. La division n'est donc pas un phénomène pathologique, mais elle résulte du rapport de tout sujet à sa parole.

Dans le schéma L, Lacan nous montre la relation du sujet divisé avec l'Autre[302], le langage. Ce lien symbolique du sujet à l'Autre, nous indique que le langage ne se situe plus entre deux instances, l'émetteur et le récepteur, mais qu'il est lui-même la seconde instance par rapport à quoi le sujet détermine sa position, en face de quoi il a à se situer. La parole symbolique a une structure de reconnaissance, d'où la formule lacanienne que « le sujet reçoit de l'Autre son propre message sous forme inversée ». La parole engage le sujet car elle détermine des positions. Il ne s'agit pas de véhiculer un message, mais d'établir un lien symbolique déterminé par le langage. Si le sujet reçoit de l'Autre son propre message sous forme inversée, cela implique qu'il reconnaisse l'Autre, sans quoi il ne peut se positionner. A côté de la relation symbolique entre le Sujet et l'Autre, nous avons la relation imaginaire, a-a'. C'est la relation duelle, qui implique l'image du semblable, la relation en miroir qui entrave la relation symbolique. Or, pour Lacan, ce qui relève du transfert c'est l'actualité de ce que le

[301] Miller, J. A., « Contre-transfert et intersubjectivité », l'orientation lacanienne, revue La Cause Freudienne, n°53, Pour ou contre-transfert, Paris, février, 2003.
[302] Billiet, L., « Séglas et l'hallucination verbale », Quarto, Bulletin de l'école de la cause freudienne en Belgique, 28-29, Octobre 1987, *Les psychoses, Clinique et structure*.

sujet demande à l'Autre, du fait même de parler (demande d'amour, fantasme, satisfaction pulsionnelle inconsciente). La « *mise en acte d'une structure actuelle* » est ce qui différencie Lacan d'autres conceptions du transfert comme une répétition du passé.

Dans ce schéma, Lacan prend en considération l'existence d'un tiers-lieu : l'Autre. Dans le séminaire III, « Les psychoses », il loge tout ce qu'il en est de la phénoménologie de la psychose sur l'axe imaginaire a-a'. Lacan déplace donc la question du transfert de la relation duelle au lieu de l'Autre, où doit se loger l'analyste dans la rencontre avec le sujet psychotique. Pour éviter ce qui serait de l'ordre de la projection, Lacan propose un maniement du transfert où l'analyste s'éloigne d'une relation d'amitié.

En effet, dans la psychose, le sujet ne reçoit pas son message sous une forme inversée mais, au contraire, entend son propre message. Ce que dit le sujet, il l'entend comme venant du dehors. Dès lors, il apparait comme condition nécessaire pour pouvoir parler du maniement du transfert dans la psychose, que l'analyste occupe une place autre que celle du petit autre, du semblable.

Si on peut dire que le névrosé se structure d'un consentement à la parole de l'Autre, qui lui permet de se loger dans le langage, d'y être représenté, et de chercher à s'y faire reconnaître. Au contraire, les sujets psychotiques, semblent constitués par une sorte de méfiance radicale quant à la parole de l'Autre. Cela porte à conséquence pour ces sujets car, dès lors, s'ils doivent en passer par le langage, ne serait-ce que pour demander, ils ne s'y trouvent pas inscrits. Ce refus radical, c'est ce que Lacan introduit sous le terme de « forclusion » pour traduire la *Verwerfung* freudienne. Autrement dit, c'est l'exclusion de l'ordre du symbolique, liée à l'absence d'une *Bejahung* primordiale, soit cette affirmation, un *oui* comme condition pour que quelque chose existe pour un sujet. Ou encore, pour que la détresse primordiale du sujet se métaphorise et s'ordonne dans le langage.

« Quand il y a *Bejahung* du Nom-du-Père, l'ordre symbolique, le signifiant, opèrent sur le réel du corps un vidage de la jouissance ; ce qui reste de jouissance vient se localiser au niveau des zones érogènes, des objets *a* et le -φ de la castration constitue l'objet comme perdu, instaure le vide qui le centre, lui donne les fonctions de plus-de-jouir et de cause du désir. Lorsque cette *Bejahung* fait défaut, le parlêtre psychotique est livré au retour dans le réel de la jouissance, jouissance non limitée et non localisée par la séparation que comporte la castration. »[303]

Le sujet psychotique n'est donc pas hors langage, mais l'échec de la métaphore paternelle entraîne le maintien de la jouissance dans le corps. Il a alors affaire à un Autre qui lui adresse des messages, il se confronte à l'Autre qui jouit, il est exposé au savoir de l'Autre. L'objet *petit a* n'est pas hors corps, il fait retour au sujet, tel est le cas de l'hallucination verbale. On peut dire que dans la schizophrénie, le sujet ne parvient pas à structurer son organisme pour en faire un corps, faute d'avoir incorporé le corps du symbolique. La prise du langage n'organise pas le corps, au contraire, elle en fait sa proie. Le sujet semble livré au langage, à un harcèlement du signifiant qui atteint le corps.

[303] Duprat, C., « La forclusion du signifiant du Nom-du-Père », Quarto, Bulletin de l'école de la cause freudienne en Belgique, 28-29, Octobre 1987, *Les psychoses, Clinique et structure*.

A la fin du texte « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », Lacan avance une indication concernant le transfert : « *la conception à se former de la manœuvre, dans ce traitement, du transfert* »[304]. La « manœuvre » est à entendre comme une modification ou un déplacement de la position de l'analyste. En 1966, dans la « Présentation des *Mémoires d'un névropathe* »[305], il reprend la question du transfert, lorsqu'il précise que, dans la psychose, « *le clinicien doit s'accommoder à une conception du sujet, d'où il ressort que comme sujet il n'est pas étranger au lien qui le met […] en position d'objet d'une sorte d'érotomanie mortifiante* ». Nous avons donc deux indications, la première concerne la position de l'analyste, la seconde la spécificité du transfert dans la psychose.

Si donc, on considère que dans la psychose il y a forclusion, il n'est pas question d'un « savoir inconscient », mais plutôt d'un « savoir dans le réel » qui s'impose au sujet. Il n'y pas de « supposition de savoir », mais certitude : « *pas de savoir voilé, masqué, opaque, mais un savoir « à ciel ouvert », et menaçant le sujet* »[306]. Dans ce sens, comme le souligne Lacan dans le séminaire sur « Les Psychoses », alors que « nous sommes certains que les névrosés se sont posés une question », pour les psychotiques « ce n'est pas sûr. La réponse leur est peut-être venue avant la question […]. Ou bien la question s'est posée toute seule ».

Ne pouvant faire l'hypothèse de l'inconscient, le sujet psychotique n'entre pas dans le jeu de l'équivocité signifiante, et donc il ne peut se prêter à l'interprétation, au risque pour l'analyste de susciter un transfert délirant :

> « En effet, le clinicien qui opère de la sorte, on le sait, n'est pas mis à une place de « sujet supposé savoir » mais en place de l'autre qui en saurait davantage que le sujet lui-même, autrement dit qui pourrait deviner, devancer sa pensée ou la pénétrer ou qui jouirait de son patient, lequel – comme objet ouvert à la jouissance de l'autre – serait très vite persécuté par cet « autre-supposé-tout-savoir » (transfert délirant), ou bien encore – selon le type de psychose - pourrait consentir (et même chercher) à être cet objet de jouissance pour l'autre, donnant ainsi au transfert sa dimension érotomaniaque »[307].

La structure du transfert est donc inversée par rapport à la place de l'objet : le savoir est du côté du sujet, le sujet a déjà lui-même interprété, et avec certitude.

Dès lors qu'est-ce qui pousse le sujet à la consultation ? Ce qui pousse à dire, semble être la forclusion elle-même. Soit une énigme qui s'impose au sujet, et à laquelle il est en manque de réponse articulée. Nous avons vu que le schizophrène est en impasse pour donner du sens aux phénomènes et événements qui surgissent dans son monde : énigme des voix, énigme du corps, etc. Il lui arrive de « faire avec » la forclusion, soit de supporter le réel, avec l'appui de solutions diverses : identifications imaginaires, suppléances, constructions, etc. C'est donc lorsque ses aménagements sont menacés qu'il peut être amené à trouver un « témoin ».

---

[304] Lacan, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », Les Ecrits, Le Camp Freudien, Seuil, 1966, p.583.
[305] Lacan, J., *Autres Ecrits*, seuil, Paris, 2001, p.217.
[306] Brémaud, N., « Conception lacanienne du transfert et du travail thérapeutique avec le schizophrène », L'information psychiatrique vol.81, n°8-octobre 2005, « De l'EBM à la psychopathologie ».
[307] Idem.

Dans le champ des psychoses, le délire tente de traiter le réel par le symbolique. Mais le délire n'est pas symbolisation. Il n'est qu'une tentative de « *tamponner le réel qui fait retour du trop plein d'imaginaire, « déchaîné », du fait de la forclusion du Nom-du-Père* »[308]. Autrement dit, c'est au niveau de l'échec des significations délirantes à répartir la jouissance et à en préserver le sujet, que se situe le champ d'intervention du clinicien. Il manque au psychotique de s'y retrouver dans le trop-plein des significations qui lui tombent dessus, il lui manque d'apprivoiser les phénomènes qui le visent :

> « Ce qu'il cherche, c'est à les relier à d'autres significations. Devant le peu de pacification que cela apporte, il cherche un savoir pour opérer une médiation. C'est dans ce moment de pause de l'élaboration d'un délire, qui n'atteint pas sa visée, à savoir capitonner les significations et tempérer la jouissance, que se situe pour l'analyste la possibilité d'offrir le relais du sujet dépositaire d'un savoir »[309].

Dans le traitement des psychoses, la stratégie quant au transfert est donc de refuser d'être en position d'Autre de la jouissance, puisqu'il s'agit au contraire de « réintroduire la jouissance à une fonction de semblant, c'est-à-dire de la réintroduire dans le discours ». Si ce dont il s'agit pour le psychotique est d'une confusion entre la jouissance de l'Autre et son savoir, il est nécessaire d'introduire le sujet à la dimension de la différence, de l'altérité. Au fond, la visée serait que le sujet distingue que ce savoir, qu'il détient et attribue à l'Autre, n'est pas pour cet Autre sa jouissance. Au fond, ce dont il s'agit, c'est que l'analyste se marque absent à l'endroit de la jouissance.

Si on prend la question du transfert dans la perspective de l'amour, soit comme « demande d'amour adressée à l'Autre », on remarque qu'il y a une inversion structurelle de la place de l'objet dans la psychose. Si dans la névrose, la demande suppose que l'Autre détient la réponse quant à ce qui manque au sujet, soit un mouvement qui va du manque vers l'Autre. Dans la psychose, le transfert n'a pas la structure d'une demande, mais d'une réponse à l'amour, au désir de l'Autre. « *Au fond, la « réponse au transfert » est d'abord, dans la psychose, une réponse à ce que l'Autre veut du sujet, soit que cette volonté soit masquée, cachée, soit qu'elle soit manifeste, dévoilée [...]* »[310]. Autrement dit, le phénomène érotomaniaque met en valeur la structure inversée du transfert dans la psychose : il comporte toujours un Autre qui cherche et poursuit le sujet, qui lui veut quelque chose. La structure du transfert psychotique va devoir demander une réponse qui comporte donc une modalité différente de présence et d'intervention que dans la névrose.

C'est la différence de localisation de l'objet et du savoir, tel qu'expliqué plus haut, qui porte à conséquence sur la « manœuvre » du thérapeute. La première visée de la manœuvre, nous dit Alfredo Zenoni, est donc de se distinguer de cet Autre sur lequel est branché l'être du

---

[308] Kaufmant, Y., « Jouissance et demande dans la psychose », Quarto, Bulletin de l'école de la cause freudienne en Belgique, 28-29, Octobre 1987, *Les psychoses, Clinique et structure*.
[309] Idem.
[310] Zenoni, A., "Comment S'orienter Dans Le Transfert?," 2006, http://atelierclinique.t.a.f.unblog.fr/files/2010/10/alfredozenonicommentsorienterdansletransfert.pdf.

sujet : « *Si telle est la figure de l'Autre de la psychose, il n'y a pas lieu de la présentifier, mais plutôt d'essayer de la dégonfler, en instituant un lieu d'adresse où ne se manifeste pas, sous une forme ou l'autre, le « transfert de l'autre ». Nous ne sommes pas là pour vouloir quelque chose du sujet, nous sommes là pour qu'il puisse se servir de nous* ».

D'autre part, la manœuvre porte également sur la parole. Soit ce que nous avons déplié du rapport du sujet psychotique à la signification. Dès lors, il s'agit d'abandonner la perspective de la compréhension, mais plutôt de décompléter la parole de cette dimension qui fait valoir le savoir que je pourrais avoir quant à ce que me dis le sujet. A ce sujet, A. Zenoni évoque le registre du « hors sens ». Si la parole est elle-même vecteur de jouissance, la relation avec le psychotique impose une « discipline de la parole ».

A partir de ces trois indications, A. Zenoni dégage « la structure du partenaire ». D'abord « partenaire-instrument », le thérapeute doit trouver un mode de présence à partir de l'usage que le sujet peut en faire : témoin, secrétaire, greffier, etc. Dans la psychose, le sujet interprète et il croit à son interprétation. Il s'agit donc de ne pas se laisser emporter dans le mouvement délirant, mais de la possibilité d'introduire des ponctuations et des points d'arrêt dans le travail de déchiffrage effectué par le sujet.

« Il s'agit alors d'introduire des coupures et des espacements dans son travail inlassable d'interprétation des signes, afin que celui-ci ne débouche pas sur une conclusion dans le réel, par un passage à l'acte. Il ne s'agit pas d'annuler la jouissance, mais d'obtenir un autre mode de la nommer qui fasse arrêt à l'interprétation infinie, autrement dit d'en obtenir un autre régime de traitement que celui dont le sujet est en train de faire les frais. Car le régime de l'interprétation peut lui-même être ravageant ».

Il évoque une « désactivation du transfert de l'Autre ». En effet, si le thérapeute ne se place pas dans le prolongement de l'Autre qui veut quelque chose, le sujet peut rencontrer en lui une sorte de « repère symbolique externe », là où le repère interne fait défaut. « *Lorsque nous mettons entre parenthèse notre désir personnel, pour être dans une position de secrétaire-témoin-assistant ou autre équivalent, le sujet peut s'adresser à nous sans devoir tenir compte de ce nous avons « derrière la tête »* ». Ce dont il s'agit c'est de la mise en place d'un lien social le plus possible dépourvu d'enjeu de jouissance.

c. Les contextes

L'actualité de la psychiatrie aujourd'hui ne peut être interrogée sans se poser la question de la conception globale et des postulats qui animent le DSM. En 1909 Adolf Meyer, dont nous avons vu l'implication dans la dissolution du concept de schizophrénie, fonde aux Etats-Unis le NCMH (National Committee of the Mental Hygiene). Le NCMH jouera un grand rôle dans l'humanisation des State Hospitals, dans le travail social, pour la psychiatrie communautaire, mais surtout dans l'élaboration d'une classification des maladies mentales. La conception du progrès de l'Amérique et des américains servira de base idéologique au NCMH. En effet, *« il aura pour objectif de faire progresser la race humaine,*

cette amélioration passera par une hygiène de vie et un effort volontariste de tous »[311]. Le terme « hygiène mentale » indiquant une nouvelle voie pour « éliminer les freins au développement humain ». Le début du XXème siècle est donc marqué par un « eugénisme qui se veut humaniste », fondé sur la théorie de la dégénérescence de B.A. Morel. Cette théorie vient fonder le contrôle de l'immigration, le contrôle du mariage, de l'éducation et la stérilisation des américains porteurs de tares héréditaires : le crime comme la folie sont un problème psychiatrique. Le NCMH concourt donc à l'avènement de l'utopie optimiste, fondée sur la croyance en la toute-puissance de la science pour créer un homme américain nouveau.

Le NCMH a publié le premier manuel statistique de psychiatrie (1918), d'autres classifications s'en suivront, jusqu'au début des années 1930, où il s'associe à l'APA pour publier la Standard. Si le premier DSM s'inspire essentiellement des théories d'Adolf Meyer, notamment en utilisant le terme *disorder* (trouble), pour définir une catégorie générique regroupant des réactions spécifiques. La seconde version (1968) signe le triomphe de la psychanalyse[312]. Par ailleurs, après la Seconde Guerre Mondiale, les effets ravageurs sur la santé mentale des américains ont permis à la psychiatrie américaine de sortir d'une position d'infériorité par rapport à d'autres spécialités médicales. L'Amérique sort de l'isolationnisme, en même temps que la psychiatrie se fait reconnaître. Surgit alors le « besoin d'avoir une nomenclature et des classifications étroitement intégrées à celles des autres médecines »[313], de plus, naît à la même époque l'essentiel de la pharmacopée psychotrope :

« Avec le succès lui-même croissant de l'Organisation mondiale de la santé dans la promotion d'une unique Classification Internationale des Maladies, déjà utilisée dans de nombreux pays, le temps était venu pour les psychiatres des Etats-Unis de collaborer à la préparation et à l'utilisation de la huitième révision de cette classification (ICD-8) approuvée par l'OMS en 1966, pour devenir effective en 1968. »[314]

La classification des maladies mentales proposée par l'American Psychiatric Association (APA) avait donc pour ambition de faire rentrer la psychiatrie dans le champ de la médecine scientifique, en élaborant une neuropathologie liant causalement des dysfonctionnements neurobiologiques à des troubles mentaux. Il s'agissait donc d'améliorer la fiabilité et la validité des diagnostics, de faciliter la recherche clinique et biologique en définissant des groupes de patients homogènes.

Le 10 Novembre 1967, Lacan se faisait l'écho du changement qui commençait alors :

« Maintenant, comme vous le savez, la psychiatrie – j'ai entendu ça à la télévision – la psychiatrie rentre dans la médecine générale, sur la base de ceci que la médecine générale entre elle-même dans le dynamisme pharmaceutique. Evidemment, il se produit là des choses nouvelles : on

[311] Minard, M. in « Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics », op. cit. p.121.
[312] En effet, après les deux guerres, la psychanalyse semble la seule à offrir une compréhension des expériences subies par les combattants, mais aussi elle résonne avec l'enthousiasme des américains en donnant la possibilité de « réorganiser le moi ».
[313] American Psychiatric Association, citée par Minard, M., op. cit. p.163.
[314] American Psychiatric Association, citée par Minard, M., op. cit. p.162-163.

obnubile, on interfère ou modifie… mais on ne sait pas du tout ce qu'on modifie, ni d'ailleurs où iront ces modifications, ni même le sens qu'elles ont ; puisqu'il s'agit de sens »[315].

Dans le contexte de la révolution pharmacologique et de l'inclusion de la psychiatrie dans la médecine générale, Lacan fait référence à l'aspiration des psychiatres à une technique qui ferait que l'autre, le fou, nous deviendrait transparent. Lacan anticipe, dans cette conférence aux psychiatres à Sainte Anne, sur les effets de ségrégation liés aux progrès de la civilisation universelle. Et il met, plus précisément, le psychiatre en garde contre ces procédés qui nous empêche d'être concernés par ce qu'il en est du fou, contre l'évanouissement de sa formation, de sa position et aussi bien de son acte dans la pratique de prescription. On pourrait même plus et ajouter qu'il donne au psychiatre un rôle : « *c'est précisément en tant que vous êtes psychiatres que vous pourriez avoir quelque chose à dire sur les effets de ségrégation, sur le sens véritable que ça a* ».

Lacan met donc en valeur la position du psychiatre. Si elle a d'abord consisté, historiquement, à isoler les fous, cette opération a permis à l'idée de symptôme de surgir (Pinel et Esquirol). Il y a donc une fonction qui est née de cette pratique. En novembre 1967, Lacan remarque une nouvelle pente psychiatrique qui, si elle tend moins à isoler le fou, c'est qu'elle tend à le considérer « *beaucoup plus comme objet d'études que comme point d'interrogation au niveau de ce qu'il en est d'un certain rapport du sujet, de ce qui situe le sujet par rapport à ce quelque chose que nous qualifions d'objet étranger, parasitique, qui est la voix essentiellement* ». Il enjoint donc les psychiatres à répondre de l'existence du fou autrement que par des remuements hiérarchiques où Lacan voit la transformation du malade, de l'être parlant, en objet d'étude, sans corps ni fantasme. A prendre garde à ne pas recourir à la technologie ou à la seule dimension de l'affect pour voiler l'angoisse de la rencontre avec le fou.

Le paradigme de l'Evidence Based Medecine

La médicalisation de la société, lieu commun de la pensée scientifique concernant le champ de la santé, a fait l'objet de nombreux écrits de Michel Foucault dans les années soixante-dix[316]. En effet, avec le capitalisme le corps se trouve socialisé comme un objet, en fonction de sa force productive et de sa force de travail. Au XIX^{ème} siècle, le corps est devenu une réalité biopolitique et la médecine une stratégie biopolitique. C'est ce qui a amené M. Foucault à dire que « *la médecine moderne est une médecine sociale dont le fondement est une certaine technologie du corps social* ». La médecine est alors devenue un outil d'intervention pour tout un ensemble de problèmes politiques et économiques nouveaux. En France, la médicalisation de la société a d'abord concerné l'Etat et la cité. La médecine sociale apparue à la fin du XVIII^{ème} siècle, repose sur le phénomène de l'urbanisation. Le développement des villes, l'apparition d'une population ouvrière et pauvre sont, en effet, à

[315] Lacan J., « Petit discours aux psychiatres », 1967, http://aejcpp.free.fr/lacan/1967-11-10.htm
[316] Foucault, M., « *La naissance de la médecine sociale* », 1977. Foucault, M., « *Naissance de la biopolitique* », 1979, dans les Dits et Ecrits tom II 1976-1988. Editions Quarto Gallimard, 2001.

l'origine d'un accroissement des conflits politiques à l'intérieur des cités, dont le meilleur exemple est la Révolution française.

Dès 1972, M. Foucault énumérait « *Les grandes fonctions de la médecine dans notre société* ». L'une de ces fonctions est d'abord de « *maintenir, reconduire, appuyer toutes les différences, toutes les ségrégations, toutes les exclusions qu'il y peut y avoir en fait d'âge et de milieu* ». Foucault met en avant la fonction de la médecine comme gardienne de la moralité. Il explique sa fonction judiciaire dans la définition du normal et de l'anormal, mais aussi dans ce qui est licite ou illicite, criminel ou pas, etc. Il ne faut donc pas négliger qu'il existe des catégories d'allure scientifiques, au contenu plus ou moins flou, notamment en psychiatrie, qui correspondent à des stratégies sociales. Dès lors les catégories admises n'ont parfois pas d'autre validité que sociale, en fonction d'une société donnée, dans certaines circonstances historiques.

L'Evidence Based Médecine modifie la hiérarchie des preuves en médecine. Au lieu de la méthode clinique traditionnelle du cas par cas, la hiérarchie doit partir des études et méta-analyses statistiques. Elle est issue du développement de la médecine numérique, de nouvelles techniques d'apprentissage en médecine, mais surtout, elle prend son essor du 1er choc pétrolier (1973), à partir duquel se pose la question de la rentabilité dans tous les domaines de la connaissance. Autrement dit, avec l'EBM il s'agit de « prouver scientifiquement qui a raison, et quels sont les traitements qui marchent ».

D. Sackett nous donne une définition de l'EBM (1996) : « *La méthode fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient* ». On peut dire que le paradigme de l'EBM équivaut à repérer un besoin d'information face à une situation clinique donnée, et à la transformation de ce besoin en questions claires : la recherche de l'information ; l'évaluation critique des données et arguments collectés (validité et utilité) ; appliquer les conclusions à la pratique ; évaluer les résultats de cette mise en pratique et enfin la publication dans une revue scientifique. L'EBM est une méthodologie de recherche en laboratoire. Elle implique l'exclusion de la subjectivité du clinicien, son implication étant conçue comme « biais » dans l'essai clinique. Elle ne se préoccupe pas non plus de ce qu'elle mesure, dans la mesure où ce dont il s'agit est l'état du patient avant/après le test.

Ce paradigme est-il applicable à la psychologie et à la psychiatrie ? Ces dernières appartiennent-elles aux sciences dîtes naturelles ? Le psychisme est-il mesurable par des essais contrôlés et randomisés ?

A l'occasion d'un colloque à L'Institut d'Etudes de la Cognition en Avril 2013 a été débattu cette question sous le thème : « La psychiatrie et la psychologie fondée sur des preuves »[317]. Nous pouvons résumer ainsi : la psychologie scientifique se fonde sur la mesure et l'observation des comportements. L'esprit étant un système de traitement de l'information, produisant des représentations, on peut l'étudier et prédire des « modèles mentaux ». Elle

[317] *Prise en charge des troubles mentaux de l'adulte fondée sur des preuves* (Ecole Normale Supérieure, 2013).

résous le problème de la subjectivité, ce qui déborde le sujet à son insu, ce qui le parasite de temps à autre de manière souvent inopinée : ce sont des variables intermédiaires, un processus cognitif parmi d'autres. On peut les éliminer comme n'appartenant pas au modèle du mental (modèles de traitement des représentations testables en laboratoires). Une telle vision du trouble mental ouvre la voie aux thérapies cognitivo-comportementalistes et aux seules analyses du comportement observables : Exit l'inconscient, Exit le transfert et la pulsion de mort.

Le DSM-V

C'est bien avant les succès des DSM successifs qu'était exposé les risques d'une logique de masse sur la clinique, et en ce qui nous concerne la clinique psychiatrique. Cependant, il faudra attendre la cinquième version du DSM (2012) pour qu'une politique de refus à l'adaptation au monde de la mesure se fasse jour dans le milieu de la psychiatrie internationale. Trente ans après le DSM-III, le NIMH, principal organisme américain de recherche en psychiatrie biologique, indique que les recherches en neurosciences n'ont abouti ni à la mise au point d'indicateurs biologiques pour le diagnostic des maladies psychiatriques ni à de nouvelles classes de médicaments psychotropes.

Le DSM-V crée, quant à lui, de nouvelles équivalences au nom de l'homogénéisation de la mesure, qui réduisent la personnalité à un simple faisceau de comorbidité. Le concept de comorbidité permet, en effet, de réduire toute la pathologie du sujet à un trouble simple, à partir de l'hypothèse que si un symptôme nouveau surgit, une fois le symptôme cible traité, cela est dû à la comorbidité de plusieurs troubles qui s'expriment successivement. Le symptôme lui-même étant considéré comme une unité simple non substituable.

Dans sa dernière version, le DSM propose un mixte entre une approche catégorielle et dimensionnelle, la première ne satisfaisant plus à la scientificité du manuel. L'approche dimensionnelle se présente comme une alternative face aux impasses du premier : « *les troubles de la personnalité représentent rien de moins que des variations des traits normaux de personnalité qui passent inaperçus* »[318]. Ainsi chaque trouble de la personnalité doit être considéré comme un continuum d'un état normal, ce qui pose le problème supplémentaire de savoir ce qu'est un état normal.

On a là, poussé à son paroxysme, l'affirmation que « tout le monde est malade »[319], dont il découle la médicalisation généralisée de l'existence sur le fond d'une normalité supposée.

La bascule de tout le champ de la médecine vers l'EBM est vivement critiquée. Lors du « Congrès européen sur la classification et le diagnostic » organisé par l'OMS et l'Association mondiale de psychiatrie, à Londres en juillet 2001, des divergences se sont

[318] American Psychiatric Association, citée par Lucchelli, J.-P., « DSM V : la structure résiste-t-elle à tout ? », sur le site www.forumdespsychiatres.org

[319] Gorostiza L., « Message du président de l'association mondiale de psychanalyse », Mental 27/28, revue internationale de psychanalyse, « La santé mentale existe-t-elle ? Quand il y a de l'analyste chez le clinicien ». Eurofédération de Psychanalyse, 2012.

manifestées très précisément sur la nature et l'unité des classifications en cours[320]. Les objectifs fixés par les promoteurs de la clinique du DSM se sont révélés inatteignables et, d'autre part, ils ne sont parvenus qu'à l'unification des diagnostiques mais pas à leur validation par la communauté des cliniciens. Les éditions successives échouent à produire un savoir nouveau, sur quelque syndrome que ce soit ; elles échouent à unifier les diagnostiques. Les mêmes questions de répartition des notions entre catégories, entités, troubles ou spectres ne cessant pas de se poser. En l'absence de témoin biologique fiable, la clinique psychiatrique homologuée EBM reste dans une impasse.

Pour obtenir un accord sur la classification, on sacrifie alors leurs relations effectives à quoique ce soit, comme si la « preuve » pouvait remplacer le jugement clinique.

Pour l'essentiel le DSM est composé de 5 axes différents :
A1 – les troubles cliniques (dépression, toxicomanie, troubles psychotiques) ;
A2 – les troubles de la personnalité et le retard mental ;
A3 – les maladies somatiques ;
A4 – les facteurs sociaux et de l'environnement ;
A5 – l'évaluation du fonctionnement global.

Les troubles de la personnalité sont classés en trois groupes :

A – Personnalités schizotypique, schizoïde et paranoïaque ;
B – Pathologies intermédiaires : borderline, antisociale, hystrionique et narcissique.
C– Pathologies névrotiques : troubles de la personnalité dépendante, évitante et obsessionnelle-compulsive.

Ce qui intéresse les experts ce sont les rapports qui existent, pour les troubles de la personnalité, entre l'axe 1 et l'axe 2. Le problème tient au fonctionnement du DSM : les troubles mentaux sont sur l'axe 1, tandis que dans l'axe 2 on précise les structures de personnalité. Donc il ne suffit pas de savoir que le patient est toxicomane ou déprimé, il faut surtout savoir ce qu'il est comme structure personnalité[321]. Or, selon les experts, cette approche est insatisfaisante dans la mesure où on ne sait plus qui est le premier entre l'axe 1 ou l'axe 2. D'autre part, à cause de la comorbidité évoquée plus haut. Enfin par ce qu'ils constatent qu'ils ne savent pas différencier ce qui est normal de ce qui est pathologique, ni qu'elles sont les limites entre les différents troubles de la personnalité.

Dès lors, s'il n'y a pas de différence qualitative entre les différents troubles ou entre un trouble et une personnalité normale, c'est qu'il s'agit d'une différence quantitative : nous en revenons à une question de degré.

« Mais détrompons-nous. Après avoir parcouru des pages et des pages où l'on argumente sur les inconvénients et les avantages des différentes approches les experts commentent, en passant, ceci : « La plupart des troubles de la personnalité du DSM-IV ont été développés par des cliniciens ayant

[320] Laurent E., « Lost in cognition", op.cit. p.62.
[321] Lucchelli, J.-P., « DSM V : la structure résiste-t-elle à tout ? », sur le site www.forumdespsyhciatres.org

une orientation psychanalytique, tandis que maintenant, ces catégories sont utilisées par des cliniciens ayant une orientation cognitivo-comportementaliste et neurobiologique » (p.134)

On voit que les experts nous font patienter quelques 100 pages avant de dire de quoi il s'agit : out la psychanalyse. […]

Les experts proposent de d'éloigner des catégories, disons-le, psychanalytiques : névrose, psychose, perversion ou névrose, psychose, borderline qui sont à la base de la classification actuelle des troubles de la personnalité. En revanche, plaidant pour une approche dimensionnelle des « spectres », ils rappellent qu'il y a beaucoup d'évidences scientifiques qui montrent qu'il existe un rapport étroit entre les troubles de la personnalité du groupe « A » […] et la schizophrénie. Et c'est parce qu'il y a un rapport étroit entre le groupe A et la schizophrénie, qu'ils demandent à inclure ces troubles de la personnalité dans l'axe 1 à côté des troubles psychotiques. […]

Bref, on constatera facilement qu'ils proposent l'existence de trois « continuums » ou « spectrums » :

1. La schizophrénie avec les troubles de la personnalité groupe A – soit la psychose
2. Les troubles de l'humeur avec le groupe B des troubles de la personnalité – soit les borderlines
3. Les troubles névrotiques avec le groupe C – soit la névrose.

Autrement dit : psychose, névrose, borderline […] !

En effet, on a lu plus de 100 pages où on nous dit qu'il ne faut pas être catégorielle (sous-entendu : psychanalytique) pour nous proposer un modèle « dimensionnel » qui, pour finir, est plus catégoriel que le modèle catégoriel lui-même !

Qu'est-ce que tout cela veut dire ? Que l'approche « dimensionnelle » ne changera strictement rien aux catégories et que la seule différence dans le prochain DSM c'est que les troubles de la personnalité seront définis uniquement à partir des échelles, qui mesureront le comportement, et d'une conception dite « cognitive » du tempérament »[322].

Le paradigme de la santé mentale

La psychiatrie, et notamment ce qui concerne les thérapeutiques réservées à la schizophrénie, représente un champ confus. Ce qui régulait de façon rationnelle la discipline semble s'être dispersé en même temps que la société se médicalisait à outrance. Ainsi, il y a comme une perte des limites. Ne sachant plus répondre à la question « Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? », reste des doctrines s'opposant les unes aux autres jusqu'à avoir le dernier mot. Aujourd'hui, ce qui unifierait la discipline, ce qui aurait cette fonction de réguler l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques en usage en psychiatrie se trouve, en France, sous le syntagme de « santé mentale ».

La première occurrence de ce syntagme se trouve dans la circulaire du 14 mars 1990 qui se donnait pour objectif la définition d'une politique, non plus de psychiatrie, mais de « santé mentale »[323]. C'est en 2001 que la substitution de l'une à l'autre sera opérée. La visée de cette substitution est concomitante à la médicalisation de l'existence. Il ne s'agit plus de la souffrance psychique. En effet, l'OMS définit la santé mentale comme « *un état de bien-être*

[322] Lucchelli, J.-P., « DSM V : la structure résiste-t-elle à tout ? », sur le site www.forumdespsyhciatres.org
[323] Patrick Coupechoux, « Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux », Seuil, 2006, p.269.

dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté ». Le Conseil de l'Europe ajoutant « que la santé mentale contribue d'une manière importante à la qualité de la vie, à l'insertion sociale et à la pleine participation à la vie sociale et économique ». Désormais, la santé mentale fera l'objet d'une politique, non plus assumée par les psychiatres et les soignants, mais aussi par les pouvoirs publics, les élus, les associations, les travailleurs sociaux, les médecins généralistes, les enseignants, les entreprises, les familles, etc. Soit un moyen pour le citoyen de tenir sa place dans la vie économique et d'être performant.

Dès lors, sous ce nouveau paradigme, se pose la question de ce qui fait la différence entre ce qui relève d'une véritable maladie et ce qui constitue un mal-être social ou familial ? La question fondamentale étant « faut-il absolument « psychiatriser » sous prétexte de garantir une meilleur qualité de vie ? ». Car ce que nous fait remarquer Patrick Coupechoux, dans son ouvrage « Un monde de fou », c'est que « psychiatriser » les problèmes sociaux, c'est finalement rendre crédible l'idée que ceux-ci ont des causes individuelles et non pas sociales et politiques.

D'autre part, si le malade mental est un handicapé qu'il s'agit de réinsérer, cela impact directement la question des soins. « *Ce changement de perspective ouvre la porte à une approche du psychotique non plus en tant que malade, mais en tant que « souffrant psychique », à l'égal de l'anxieux ou du déprimé, d'où la possibilité de le renvoyer dans les bras de l'assistance sociale comme les autres* »[324]. Plus loin il ajoute que « *le malade devient alors un patient compétent que l'on informe, acteur de sa propre maladie, qui doit bénéficier d'un soutien au long cours et qui a des droits. [...] L'idée est donc de parvenir à une sorte d'autogestion de la maladie* ». Or ce schéma ne correspond pas au cas du sujet psychotique qui, s'il refuse les soins, sera désormais « responsable de l'échec de « l'alliance thérapeutique » entre lui et son soignant ».

Or, que peut-on dire de la santé mentale comme paradigme ? Et bien d'abord qu'elle ne peut remplir sa fonction. En effet, si comme nous l'avons dit avec Lanteri-Laura, la fonction du paradigme est celle d'organiser et délimiter une discipline, le glissement de la psychiatrie à la santé mentale élargit le problème qui est posé à notre société concernant la souffrance psychique. Il y a comme une banalisation de la folie, la maladie mentale comme quelque chose qui vous attrape, dont on vous soigne et dont on guérit.

1.2.2. Des pratiques cliniques

Les conditions de production du savoir psychiatrique sont directement liées aux rapports des conceptions théoriques avec le savoir-faire quotidien. Autrement dit, la discipline se structure à partir des liens étroits entre théorie, pratique et institution. Nous pouvons déjà dire que nous avons traité du premier nœud, en suivant une périodicité de Freud à aujourd'hui. Nous maintiendrons une approche diachronique en ce qui concerne les pratiques cliniques.

[324] Idem, p.277.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Que ce soit le mouvement antipsychiatrique anglais, Bateson ou le groupe de Palo Alto, ils s'accordent à reconnaître que les causes de la maladie ne sont pas situées dans le sujet. Ils se centrent alors sur l'extériorité du sujet. Dans cette perspective, la folie n'existe pas dans une personne mais dans un système de relations. Cette notion d' « environnement pathologique » est eu cœur de l'œuvre de Bruno Bettelheim et de sa pratique à l'école orthogénique avec des enfants autistes et psychotiques. C'est à partir de son expérience des camps concentrationnaires pendant la Seconde Guerre Mondiale, qu'il propose une nouvelle pratique clinique :

« Dans la plupart des institutions psychiatriques que j'ai connues, écrit-il, le mode d'abord essentiel du malade, et même du psychotique, consiste à l'encourager à voir le monde tel qu'il est en réalité, ce que précisément il ne peut faire. Il nous semble plutôt que notre tâche est de lui créer un monde qui soit entièrement différent de celui qu'il a abandonné par désespoir et, de plus, un monde dans lequel il puisse entrer de suite tel qu'il est »[325].

De là vient l'idée que la psychose, pourvu qu'elle rencontre une occasion favorable, un milieu compréhensif, peut, avec de la chance, guérir spontanément. Ce sont les caractéristiques du transfert de la psychose, sa massivité, l'avidité, l'intolérance au partage et à la séparation dont le psychotique témoigne, qui sont révélées à travers les différentes formes de psychothérapies présentées ci-après, et qui rend l'appui d'une institution indispensable. Nous verrons également dans quelle mesure l'*environnementalisme* va de pair avec le comportementalisme.

a. La portée thérapeutique de la notion de schizophrénie

« En psychiatrie, nos concepts nosologiques peuvent avoir par eux-mêmes une valeur thérapeutique »[326]. Eugène Minkowski par cette affirmation met en évidence que, quelque soit la variété de traitement ou des épistémologies, ce qui est premier est la fonction relationnelle de la discipline. Et c'est précisément la possibilité d'une relation patient-malade qu'ouvre la conception bleulérienne.

Briser les chaînes imposées par la notion de démence

En effet, la notion de démence en tant que perte des facultés psychiques paralysait toute tentative de traitement. Alors qu'avec la notion de schizophrénie nous trouvons l'idée d'un processus mental sous-jacent, se traduisant par des symptômes particuliers, indices d'un dérèglement des fonctions psychiques, ayant pour conséquence la perte du contact avec la réalité. Et c'est cette notion de perte qui, selon Minkowski, implique la possibilité de rétablir ce contact.

[325] Bettelheim, B., cité par Jaccard, R., in « La Folie », Que sais-je, Presses Universitaires de France, 7ème édition, 1979, p.103.
[326] Minkowski, E., « La schizophrénie », op. cit. p.268.

« Le fait même d'aborder le malade comme individu *pouvant guérir* influe, sans même que nous nous en rendions toujours nettement compte, sur toute notre attitude à son égard, influe sur le personnel, sur la famille, sur tout l'entourage et tend ainsi à diminuer cette force hostile qu'est pour le malade la réalité, dont il s'écarte de plus en plus »[327].

Minkowski met là en avant la notion de curabilité et ses effets dans la pratique du médecin. Autrement dit le poids du désir de savoir, la position par rapport à l'Autre. L'idée que traiter un patient, ce n'est pas seulement mettre en œuvre un protocole de soins standardisé par des études scientifiques préalables, mais c'est encore le traiter d'une certaine façon, au sens de s'y prendre d'une certaine façon avec lui, une manière de s'en occuper, une façon de se comporter avec lui. C'est à la réalité discursive fondamentale au colloque thérapeutique en psychiatrie qu'il fait référence. Le discours dans lequel s'inscrit le sujet détermine donc la façon dont il va entendre et répondre à la demande qui lui est adressée.

Et en effet, la notion de schizophrénie promeut l'idée d'une rétrocession de la maladie ou d'un arrêt du processus d'altération de la pensée, elle fait également référence à l'aspect relationnel dans son rapport au monde extérieur. La dissociation indique qu'il y a quelque chose qui ne tient pas ensemble. L'autisme, que le sujet n'en passe pas par l'autre.

Le concept de schizophrénie embrasse donc, non seulement les symptômes du malade, mais aussi la dimension de l'expérience de l'être parlant avec le langage, son corps et le monde. Il porte donc avec lui des indications quant à la conduite à tenir vis-à-vis de lui : « « schizophrène » veut dire : susceptible d'être compris et guidé par nous ».

La schizophrénie « *met en valeur tout l'effort de la psychiatrie contemporaine à devenir d'emblée, c'est-à-dire de par la nature même de ces notions fondamentales, une psychiatrie psychothérapeutique* »[328].

Le dispensaire de Zurich

Minkowski fait référence à l'asile de Zurich, devenu sous l'impulsion de Bleuler, le centre d'un puissant mouvement thérapeutique et prophylactique. S'il n'y a pas de traitement infaillible de la schizophrénie, c'est toutefois sous l'impulsion de Bleuler que la schizophrénie y est devenue une affection curable, c'est-à-dire accessible à une activité thérapeutique, tant collective qu'individuelle.

« Un dispensaire est inutile là où il ne peut s'agir que de constater des démences ou des déficits irréparables, […]. Sa raison d'être a pour condition préalable un remaniement des notions psychiatriques, remaniement susceptible d'ouvrir des perspectives thérapeutiques. Tant que les déments précoces étaient des « déments », ils n'avaient que faire du dispensaire. En tant que schizophrènes, ils pouvaient bénéficier, dans une large mesure, de ses bienfaits. »[329]

[327] Idem, p.270.
[328] Idem, p.273.
[329] Idem, p.275.

Dans ce lieu, le psychiatre et le malade font tous deux parti de l'*ambiance* dans laquelle est appelé à évoluer le patient. D'autre part, l'autisme du schizophrène conduit vers l'organisation du « placement familial » des malades. Il s'agit d'une mesure pour lutter contre le retrait de la réalité : « *sans remettre brusquement le malade dans la vie courante*, nous dit Minkowski, *il lui donne la possibilité de s'adapter, dans un cadre approprié, à une vie restreinte, il est vrai, mais beaucoup plus rapprochée de la vie normale que l'asile* ».

La notion de schizophrénie porte avec elle la transformation institutionnelle de la psychiatrie. Loin de l'enfermement, il s'agit d'ouvrir les portes de l'asile, d'organiser la « thérapie du travail », avec l'idée qu'il faut proposer au sujet de quoi maintenir un lien avec le monde extérieur. « *Notre tâche consiste à choisi un instant favorable pour faire une brèche dans l'autisme où s'ensevelit le schizophrène et à l'empêcher d'y retomber. Le meilleur moyen pour cela est tout naturellement le travail, non pas un travail machinal et schématiquement prescrit, mais une occupation adaptée à l'individualité du malade et tenant compte de ses habitudes et de ses goûts* »[330].

En ce qui concerne l'intervention du médecin, il s'agit d'adjoindre à l'agent médicamenteux des mesures psychothérapeutiques : « pratiquer une brèche dans les réactions schizophréniques », de prendre en compte « tout changement », de briser la fixité des réactions du schizophrène pour établir un contact. Mais surtout l'analyse psychologique, par laquelle il doit chercher « les tendances à la guérison, encore agissantes en lui ». « *Tout ici est question de doigté et de mesure. […] Oui, en psychiatrie plus qu'ailleurs, il nous faut non seulement des connaissances, mais encore de l'enthousiasme et de la foi* ».

b. Les approches systémiques

« Psychotherapy of schizophrenia »

L'intérêt de F. Fromm-Reichmann pour le traitement psychanalytique de la schizophrénie se réfère à l'énoncé freudien, déjà cité, selon lequel là « *où jusqu'ici semblait régner le caprice le plus bizarre, le travail psychanalytique a montré loi, ordre et connexion* ». Autrement dit, la psychanalyse suppose qu'il y a un sens, au moins pour le sujet lui-même, aux symptômes, même dans les psychoses les plus graves. Selon elle, ce qui fait obstacle à la prise en charge analytique des patients les plus gravement psychotiques est la position freudienne quant à la schizophrénie (régression narcissique, rejet de la réalité, contre-indiquée).

C'est donc à partir des remaniements de la théorie freudienne par Ferenczi et Sullivan, qu'elle oriente sa pratique. Par conséquent, le repli autistique dans la schizophrénie n'est jamais que partiel, dans la mesure où il n'existe pas de phase du développement infantile (où il pourrait régresser) « outside of the realm of interpersonal relatedness » [331] (en dehors du

[330] Repond, A., « Quelques remarques sur le traitement de la schizophrénie dans les asiles », archives suisses de neurologie et de psychiatrie, vol. VIII, 1921. Cité par Minkowski, E., op.cit. p.276-277.

[331] Fromm-Reichmann, F., « Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy", Contributions to the round table discussions on psychotherapy of schizophrenia at the annual

royaume des relations interpersonnelles)[332]. Elle rejette la notion de pulsion de mort, ce qui l'amène à formuler l'hypothèse que la maladie est liée à la relation à une « schizophrenogenic mother », dans les expériences précoces de son existence.

« The schizophrenic's partial emotional regression and his withdrawal from the outside world into an autistic private world with its specific thought processes and modes of feeling and expression is motivated by his fear of repetitional rejection, his distrust of others, and equally so by his own retaliative hostility, which he abhors, as well as the deep anxiety promoted by this hatred »[333].

Le schizophrène n'est donc pas en dehors de la relation à l'autre, et ce que F. Fromm-Reichmann souligne, c'est l'effort du schizophrène pour sortir de ce qui s'est imposé à lui comme une défense nécessaire à un moment de son existence. Elle développe donc une clinique de la relation avec le schizophrène, qui tienne compte de la fonction du symptôme, et du style de relation à l'autre qui a existé avant sa décompensation, qui n'est pas sans causer des difficultés dans la relation transférentielle.

Frieda Fromm-Reichmann s'autorise donc de l'invitation de Freud : « *Il ne serait pas du tout impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la méthode de façon adéquat et qu'ainsi puisse être constitué une psychothérapie des psychoses* »[334]. Et elle nous propose un traitement psychanalytique de la schizophrénie qui pose les bases de la psychothérapie institutionnelle et de sa vocation à favoriser le traitement de la relation plutôt que le traitement chimiothérapique des symptômes.

En effet, à partir de sa théorie sur les causes de la schizophrénie, Fromm-Reichmann tente d'instituer un climat relationnel spécifique à leur prise en charge institutionnelle. Outre le « consentement thérapeutique » au symptôme, l'attention portée à ce qui angoisse le patient, elle tente de cerner les conditions d'une relation possible qui tiennent compte de l'insupportable, autant du côté du patient que du soignant[335]. La relation n'est donc pas suffisante au traitement. Le sujet pouvant se trouver confronté au caprice de l'autre.

« The damage done to him in early life cannot be undone by therapeutically manufactured unlimited acceptance in later life but only by understanding of and insight into the nature of the early trauma »[336]

---

meeting of the Americans Psychoanalytic Association and of the American Psychiatric Association, May 1948, in Washington, D.C..

[332] Traduction faite par nous.

[333] Fromm-Reichmann, F., « Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy », op.cit. Traduction par nous: « la régression émotionnelle partielle du schizophrène et son retrait du monde extérieur dans un monde autistique privé, avec ses modes spécifiques de penser et de ressenti et d'expression sont dus à la peur de rejets répétés, à la méfiance, et également à sa propre hostilité, qu'il exècre, ainsi que sa profonde anxiété promue par la haine.

[334] Freud, S., « De la psychothérapie », in « La technique psychanalytique », op. cit. p.17.

[335] « Schizophrenic violence is seldom malevolent but it should not be endured by the psychiatrist with the erroneous rationalization of the therapeutic heroism ». Fromm-Reichmann, F., « Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy », op.cit. Traduction par nous : la violence du schizophrène est rarement malveillante, mais elle ne peut néanmoins être supportée par le psychiatre et les fausses rationalisations de l'héroïsme thérapeutique.

[336] Fromm-Reichmann, F., « Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy », op.cit. Traduction par nous : les dommages causés dans la prime enfance ne peuvent être

Il s'agit donc d'abord de traiter l'angoisse, en créant une atmosphère propre à susciter la sortie du monde autistique, pour ensuite mettre en place les conditions du traitement et ses objectifs. Elle s'appuie là davantage sur la méthode de la psychanalyse interpersonnelle incluant la participation active du patient et l'analyse de la relation transférentielle. Le traitement de la schizophrénie ne vise pas la transformation de la personnalité, mais la possibilité pour le sujet de trouver un style de vie satisfaisant et possible avec la vie en société. F. Fromm-Reichmann de conclure : « *Schizophrenia in this sense, is not an illness but a specific state of personality with its own ways of living* »[337].

Pour conclure, nous pouvons indiquer que la prise en compte de la relation dans le traitement de la psychose est l'indice du désir du clinicien à comprendre quelque chose de ce qui, précisément, ne parvient pas à faire lien social dans la façon d'être au monde de ces sujets. Si nous ne souscrivons pas à l'hypothèse d'un traumatisme réel, l'hypothèse selon laquelle la façon dont le sujet a rapport à l'autre permet de nous orienter dans le traitement semble essentielle. A quel autre le sujet a-t-il eu affaire, que ce soit un autre réel ou pas, qu'est-ce que l'institution peut lui proposer comme alternative à cette relation ? Enfin, c'est une perspective qui prend le parti de la singularité et non pas du défaut ou du handicap. A sa façon, F. Fromm-Reichmann suppose que le sujet est impliqué et que le traitement a à tenir compte de sa position subjective. Sa critique de l'héroïsme thérapeutique semble être également une voie d'orientation, notamment en ce qui concerne la position du clinicien quant à son acte.

« L'effort pour rendre l'autre fou »

Harold Searles est l'héritier de F. Fromm-Reichmann. A Chestnut Lodge il développe la psychothérapie intensive des schizophrénies. Il est célèbre pour son recueil « L'effort pour rendre l'autre fou », publié en 1965. Ce qui anime H. Searles est le désir de comprendre « *ces choses prodigieusement intangibles que sont la personnalité humaine et les forces mystérieuses qui assurent la cohérence de son fonctionnement, causent sa dissolution ou la rendent capable de se reconstituer et de poursuivre son développement* ».

H. Searles développe le concept de « symbiose thérapeutique », en référence à Margaret Mahler[338], à partir de l'hypothèse que dans la schizophrénie le patient a une relation à un objet total, conséquence d'une indifférenciation primitive entre la mère et le nourrisson qui perdure. Il s'agit donc dans la relation thérapeutique de faire revivre au sujet cette relation, phase dite autistique, jusqu'à aboutir à l'individuation du patient. Selon lui, le mode de relation à l'autre du schizophrène est essentiellement d'incorporation. Il s'agit d'une

---

défait par le consentement thérapeutique sans limite dans la vie ultérieure mais seulement par la compréhension et la perception de la nature du trauma initial.

[337] Idem, traduction : la schizophrénie, dans ce sens, n'est pas une maladie, mais un type spécifique de personnalité, avec son propre mode de vie

[338] La symbiose comme état originaire d'indifférenciation entre le nourrisson et son environnement.

défense contre l'angoisse de séparation. Pour cela, il s'oriente des conceptualisations de Winnicott sur la haine et l'amour dans la relation mère-enfant.

La thérapie qu'il propose est une thérapie où l'analyste met en fonction l'amour dans ses interactions avec le patient pour le faire sortir de sa solitude :

« Terrible certes, est l'intensité de la haine que l'on découvre en soi et chez le patient au cours du long travail entrepris avec lui ; mais plus terrible encore a été pour moi la puissance de l'amour profond qui surgit immanquablement si les deux participants ont le courage de poursuivre leur chemin en dépit de toutes les angoisses, de tous les désespoirs »[339].

Le rejet du concept freudien de pulsion de mort, implique donc une clinique des émotions. En effet, la schizophrénie serait une défense contre des sentiments hostiles et de rejet. « *Il y a un effet de déplacement d'une partie des sentiments de l'enfant qui s'adressent essentiellement à la mère (amour, dépendance, etc.) vers le domaine non humain* ». Il s'agit donc pour Searles de faire prendre conscience au patient de ces émotions pour qu'il puisse restructurer les fonctions de son moi. Sa pratique s'oriente à partir du postulat de processus de communication inconscients entre le thérapeute et le patient, qui permettent l'identification de l'un à l'autre, permettant au cours du traitement l'émergence de la structure du moi (intégration du moi et individuation).

« Dans l'idéal, dit-il, la mère « humaniserait » toute la réalité intérieur et extérieur du nourrisson et du jeune enfant ; mais les conditions d'éducation de l'enfant ne sont, en fait, jamais idéales, si bien que l'enfant est plus ou moins confronté à cette lutte pour différencier l'humain du non humain et l'animé de l'inanimé dans son univers perpétuel intérieur et extérieur –chaque enfant devra s'engager dans cette lutte que le patient schizophrène a trouvé d'une écrasante difficulté »[340].

Dans la situation de transfert, le thérapeute doit donc « *fonctionner comme une partie du patient et permettre à celui-ci d'être véritablement, à un niveau profond de fonctionnement psychologique, une partie de lui-même, ce qui veut dire que le thérapeute ne doit plus être angoissé de fonctionner, ou de voir le patient fonctionner d'une manière « non humaine dans la relation* » »[341].

Les diverses techniques visant « à rendre l'autre fou » que décrit Searles ont ceci de commun qu'elles provoquent une confusion telle que le sujet ne parvient plus à savoir *qui* il est, *qui* est l'autre ni quelle est la situation *dans* laquelle il se trouve. La réalité n'étant plus clairement perçue, le délire exprime alors une tentative désespérée pour se raccrocher à quelque chose. Son concept de « l'effort pour rendre l'autre fou » témoigne du parti pris d'analyser la seule dimension imaginaire de la relation à l'autre. Il exclut toute causalité subjective pour reporter l'étiologie à une intégration pathologique du parent fou. En bref, le schizophrène sacrifierait sa propre individuation par amour pour l'autre parental.

Il poursuit quant à l'interaction patient-thérapeute :

[339] Searles, H., « L'effort pour rendre l'autre fou », folio essais, Gallimard, 2003, p.64.
[340] Idem p.74.
[341] Idem,p.75.

« Il a besoin de voir son thérapeute, dans le transfert, comme la représentation des parents qui, aux yeux de l'enfant, étaient incapables de sentiment humain, comme il l'a lui-même à ses propres yeux. Ce n'est qu'en extériorisant ainsi ses introjects pathogènes que le patient peut prendre contact avec ses propres capacités affectives et savoir, sans plus en douter, qu'il est un être humain… »

Dans cette pratique, le thérapeute s'oriente de la théorie du contre-transfert et de la nécessité d'un moi fort pour se faire le support des identifications projectives du patient : « *je montre que la « réalité » du patient dans sa totalité – c'est-à-dire en y incluant le domaine dit non humain de l'expérience – se déverse dans la symbiose avec le thérapeute-mère et se reconstruit dans un rapport sain à la réalité par l'intermédiaire de cette relation symbiotique* »[342].

La symbiose thérapeutique va de «l'incorporation mutuelle » à l'individuation dans la relation transférentielle. Il ajoute à ce traitement celui de la famille. Sa position essentiellement environnementale et interpersonnelle l'amenant à ignorer une causalité inconsciente pour privilégier un défaut relationnel primitif. En effet, selon lui, « *l'individu devient schizophrène, en partie, à cause d'un effort continu – largement ou totalement inconscient – de la ou des personnes importantes de son entourage, pour le rendre fou* »[343]. Il rejoint là les positions de l'école de Palo-Alto, pour laquelle l'étiologie de la schizophrénie se retrouve dans des injonctions parentales contradictoires (*double mind*). « *Il est bien connu, écrit-il, que les familles de schizophrènes sont amenées à traiter le patient comme le « fou » de la famille, le dépositaire de toute la folie des autres membres du groupe* ».

La psychothérapie qu'il propose consiste donc dans une réactualisation de la lutte entre le patient et le parent pour se rendre mutuellement fous. Phase du traitement au cours de laquelle le thérapeute risque sa propre désintégration psychique nous dit-il, ou bien d'être l'objet de son propre désir inconscient de rendre l'autre fou. Il y a donc une seconde phase nécessaire au traitement qui consiste en la sortie de cette relation symbiotique.

La conception communicationnelle de l'inconscient conduit à une technique psychothérapeutique fondée sur la compréhension par identification, à la co-pensée et au jouir ensemble. Ce que propose Searles devient un jeu de projections imaginaires où analysant et analyste sont à la même place, à propos duquel nous pouvons dire, avec Éric Laurent, que : « de tels recouvrements de co-pensée, de co-souffrance, et de co-jouissances étant possibles, l'on comprend mieux le souci pointilleux de préserver l'identité de chacun »[344].

L'école de Palo-Alto

L'école de Palo-Alto est parente de Chestnut Lodge dans la mesure où toutes deux se fondent sur le principe que « la schizophrénie n'est pas l'aboutissement d'un organisme

[342] Idem, p.87.
[343] Idem, p.252.
[344] Laurent, E., « Savoir du contre-transfert et savoir de l'inconscient », revue de Psychanalyse La Cause Freudienne n°53, « Pour ou Contre transfert », Février 2003, Publication de l'Ecole de la Cause Freudienne.

malade, mais la résultante d'une série d'interactions pathogènes dans laquelle un individu est pris ». Cependant, le groupe de Palo-Alto, fondé par Gregory Bateson (1904-1980) s'affranchi de la psychanalyse et du behaviorisme pour proposer une thérapie familiale active et rapide, fondée sur une approche systémique des relations humaines.

Le Brief Therapy Center[345] propose une théorie de la communication fondée sur trois hypothèses dites essentielles :

- l'essence de la communication réside dans des processus relationnels et interactionnels.
- tout comportement humain a une valeur communicative : « il est impossible de ne pas communiquer ».
- Les troubles psychiques de la personnalité peuvent être ramenés à des perturbations de la communication entre l'individu porteur de symptômes et son entourage : les symptômes d'un patient sont des « entrées et sorties d'informations ayant un certain effet et une certaine fonction dans le système familial où le patient évolue ».

Ce groupe fait référence à un même monde et à une théorie du normal. On peut parler d' « interaction démocratique symétrique ». Ainsi, il existerait un principe d'homéostasie (Don Jackson) selon lequel une famille formerait un tout dynamique (une unité) dans lequel le comportement de chacun est lié au comportement de tous les autres et en dépend. Dans les familles pathologiques, les règles d'interaction seraient continuellement remises en question.

En conséquence, la recherche du pourquoi et des causes des troubles psychiques cesse d'être déterminante, le rôle du passé dans l'état actuel n'est plus essentiel, et encore moins la question du conscient ou de l'inconscient. Le critère principal de l'analyse se trouve dans « les effets de ce comportement dans les rapports qu'un individu entretient avec son entourage ». Il s'agit de saisir les modèles d'interaction « ici et maintenant ». La thérapie brève ayant pour hypothèse fondamentale que :

> « Quelque soient leurs origines de base et leur étiologie […], les types de problèmes que l'on présente aux psychothérapeutes ne persistent que si ces problèmes sont maintenus par le comportement actuel, continu du patient et de ceux avec qui il est en interaction. En conséquence, si ce type de comportement qui maintient le problème est changé ou éliminé de façon adéquat, le problème sera résolu ou disparaîtra, quelque soit sa nature, son origine ou sa durée »[346].

L'action thérapeutique vise donc les interactions et le contexte. Cette école propose une « pragmatique de la communication », qui suppose qu'il existerait une logique (syntaxe, sémantique, pragmatique) de la communication humaine dont les règles sont observées dans une « bonne » communication, et rompues dans une communication perturbée :

---

[345] Marc, E., et Picard, D., « Actualité de la psychologie. L'école de PaloAlto », Editions Retz, 1984.
[346] Weakland, in Marc, E., et Picard, D., « Actualité de la psychologie. L'école de PaloAlto », Editions Retz, 1984 ; p.145.

« Une communication est qualifiée de « pathologique » lorsqu'au lieu de remplir sa fonction de lien positif entre les individus, elle contribue au contraire à les éloigner ou à dresser entre eux un écran d'incompréhension et de ressentiment »[347].

Ils ont notamment élaboré le concept de « communication paradoxale »[348] ou « double mind ». Dans une situation de « double contrainte », le message émis est structuré de telle manière que : 1) il affirme quelque chose ; 2) il affirme quelque chose sur sa propre affirmation ; 3) ces deux affirmations se contredisent. Un exemple célèbre :

« Une mère offre à son fils deux cravates, l'une rouge, l'autre verte. Le fils met la cravate verte, croyant faire plaisir à sa mère. Mais celle-ci réagit en constatant tristement : « Je savais bien que tu n'aimerais pas la rouge ! » Il met donc la rouge le lendemain, mais sans plus de succès : « Je savais bien qu'en réalité tu détestais la vert ! » Le jour suivant, il met les deux cravates, ce qui déclenche la réaction horrifiée de sa mère : « Je savais bien qu'on devrait tôt ou tard te faire interner ! ».

Où nous voyons l'élimination du malentendu qui fait surgir le sens comme objet « normativé ». En conséquence, ils proposent une méthode par apprentissage de nouveaux systèmes de communication. Une « technique du recadrage », consistant à changer le contexte où a lieu la conduite, ou à modifier la perception du contexte. Autrement dit, il s'agit de déplacer le cadre symptomatique vers un autre cadre. Il équivaut à un changement de point de vue : modification des relations et significations des éléments de la situation. La technique de soin vise donc le système et non les individus. Elle se sert de directives thérapeutiques, ou prescriptions de comportement, pour traiter le symptôme. La règle fondamentale est de « ne jamais entre en conflit avec le patient », de « parler le langage du patient ».

La schizophrénie devient alors une maladie de la communication :

« L'hypothèse sous-jacente est qu'un comportement (comme celui du schizophrène) est acquis ; mais comme on « n'apprend jamais rien au hasard, mais pour se conformer à son milieu ou s'en démarquer », l'analyse du système familial est censée nous donner la clef de la « maladie » du schizophrène. C'est en ce sens que Bateson parle d'une « dynamique de groupe de la schizophrénie ». […] Affiner l'étiologie de la maladie, proposer une définition plus riche et plus exacte de la schizophrénie… tout cela est accessoire en regard des interrelations qui s'effectuent à l'intérieur d'un cadre socio-culturel entre les individus qui y évoluent et entre eux et ce cadre »[349].

En bref, est schizophrène un individu pour lequel est restreint au maximum le choix possible de comportements appropriés à chaque situation. Restrictions comportementales, soumission mentale caractérisent le système de contrainte auquel se trouve soumis le patient. La genèse de la schizophrénie est à nouveau située dans le contexte d'une famille à « transactions schizophréniques ». Dans la famille pathogène, le sujet malade se distingue des autres dans la mesure où il disqualifie toute situation de communication. D'autre part, le

[347] Op.cit. p.72.
[348] Un message paradoxal est un message dont la structure enferme une telle contradiction qu'il communique en même temps deux contenus incompatibles.
[349] Marc, E., et Picard, D., « Actualité de la psychologie. L'école de PaloAlto », Editions Retz, 1984. P.127.

schizophrène se conduit de façon pathologique chaque fois que la réalité réactive une situation de double contrainte.

« La schizophrénie est non seulement une réponse à un système familial pathogène, mais aussi qu'elle fait tellement partie de ce système qu'on peut considérer que c'est la dynamique de la famille elle-même qui est la schizophrénie »[350]

L'hypothèse de la « double contrainte » sert une technique qui porte donc sur les symptômes exprimés par le patient. Autrement dit, il s'agit de produire une « injonction paradoxale », ou « prescription du symptôme ». Par exemple si un patient soupçonne le thérapeute d'avoir caché un micro dans son cabinet, il entreprend très sérieusement de fouiller la pièce avec lui. Théoriquement, le patient soumis à ce paradoxe aurait pour seule solution de rompre avec le jeu relationnel dans lequel il s'est enfermé.

Elimination du malentendu, élimination de l'interprétation, la volonté d'efficacité rapide, la référence à un même monde, et la promotion d'une unité heureuse sont autant de moyens pour réduire le sujet à ses interactions, comme transparent à lui-même et scientifiquement déterminable, et la guérison à l'adaptation à la réalité. Alors que pour Freud, le symptôme psychologique peut être défait pas la parole, parce que sa cause dépend du langage. C'est-à-dire qu'il relève d'un choix inconscient du sujet, et signe la singularité absolue du sujet, sa façon de composer avec la libido. La psychologie « scientifique » propose une « orthopédie mentale se targuant de faire penser autrement en établissant de nouvelles connexions entre les neurones » : « *Il n'y a plus ce que je sais qui pourrait être partagé, et ce que je désire qui implique l'Autre, mais de ce que je sais sur le monde et la place que j'y occupe, je tire les leçons qui conviennent pour mon désir, qui est « de l'Autre »* ».[351]

La cybernétique qui sert cette théorie de la communication promeut l'avènement de la société rationnelle, rendue à elle-même et maîtresse d'elle-même. Palo-Alto, avec l'analogie cybernétique proposant un modèle de système rationnel *a priori* rassurant, tombe dans l'illusion technocratique et ne parvient pas à tirer les conséquences de cette constatation fondamentale : « il n'y a pas de systèmes sociaux entièrement réglés ou contrôlés »[352].

Si David Cooper et le mouvement antipsychiatrique étendront ce modèle à l'ensemble de la société, à partir de l'idée que le médecin fait collusion avec les membres de la famille du patient. Georges Devereux, quant à lui, proposera que la schizophrénie soit indirectement sécrétée par les sociétés industrielles : « *La schizophrénie est presque incurable, non du fait de son origine, mais parce que ses principaux symptômes sont systématiquement encouragés par quelques-uns des aspects les plus importants de notre civilisation moderne* ». Toutefois, contrairement à Bateson, pour lui, *« bien que la schizophrénie soit provoquée par des tentatives inefficaces pour s'adapter à son milieu en voie de transformation, ce milieu lui-même ne saurait être la cause de la schizophrénie* ». Pour Devereux, la schizophrénie est la *psychose ethnique* de notre culture, ce qui n'est pas sans nous intéresser.

---

[350] Op.cit. p.135.
[351] Laurent, E., op. cit. p.44.
[352] Crozier, M., et Friedberg, E., « L'acteur et le système », Essais, Points, Editions du Seuil, 1977.

c. *Clinique bio psycho sociale*

« Lorsqu'on réduit l'analyse des conduites humaines
au repérage des mécanismes d'adaptation et de déviance,
on se met implicitement au service du pouvoir en place »
Vincent de Gaulejac[353]

Le mouvement de réhabilitation psychosociale

Le modèle systémique promeut un naturalisme selon lequel il y aurait des lois générales, universelles, que les hommes devraient observer pour constituer et maintenir les organisations sociales. La causalité systémique consiste à considérer les effets et les causes comme interdépendants à l'intérieur d'un système. Autrement dit, une théorie de l'apprentissage social à travers la matrice de la société, qui évacue toute dimension psychopathologique.

Le modèle biopsychosocial s'inscrit dans cette perspective. Modèle médical développé dans les années 1970, il revendique une approche intégrative des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires[354]. Biologique, dans la mesure où il s'agit d'un élargissement du modèle biomédical. Psychologique, fait référence aux *« processus cognitifs, émotionnels et comportementaux* normaux*, relevant entre autres de l'interprétation des symptômes par le sujet, et non à des aspects psychopathologiques* ». La dimension sociale vise l'évaluation du contexte social, culturel et professionnel, et concerne des stratégies thérapeutiques visant à modifier les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé. Il se fonde sur la participation active du patient, dont le corollaire est un accent particulier mis sur les aspects « information et éducation ».

Le modèle biopsychosocial est à l'origine des programmes de réadaptation psycho-sociale. Le mouvement de « réhabilitation psychosociale » se caractérise par la simultanéité des démarches de soins et de réinsertion sociale, une approche cognitive des troubles mentaux, et par une évaluation de ses résultats proportionnelle à la satisfaction des usagers. Elle a un « projet social d'insertion volontariste » du malade, à partir « d'interactions sociales valorisantes ». Elle a également pour projet la réduction des facteurs de risques en favorisant la recherche sur ce qui favorise l'apparition et la persistance des troubles.

La réhabilitation a pris son essor avec la crise financière du système de santé[355], dans la mesure où c'est une approche centrée sur « *l'organisation des soins qui présente un*

[353] de Gaulejac, V., « La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social », Nouvelle Edition, Economie, Points, Editions du Seuil. P.74.
[354] Berquin, A., « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », Revue médicale suisse, 2010 ; 6 :1511-3.
[355] Dubuis, J., « La réhabilitation : une problématique mondiale » ; L'information psychiatrique, Vol.82, N°4 – avril 2006.

caractère mondial et offre la possibilité de créer des échanges d'idées et d'expériences, une émulation, entre les groupes appartenant à des contextes culturels et économiques différents, pour promouvoir des solutions nouvelle, pour offrir de meilleurs soins et assurer le retour à une totale citoyenneté pour les malades ». Elle promeut la « désinstitutionalisation », dans une visée économique, au profit de la culture du capital social (coopératives sociales, groupes d'usagers et de famille, développement économique communautaire, etc.). Il s'agit là d'une psychiatrie dite sociale fondée sur la dialectique « besoins-demandes-réponses-moyens-accès aux soins »[356], dont le raisonnement est centré sur le « comment » plutôt que sur le « pourquoi ».

La réadaptation psychiatrique a trouvé écho dans la mesure où « *il fallait développer des services efficaces axés vers un maintien hors des hôpitaux d'une clientèle aux prises avec des problématiques graves et persistantes, dans un contexte de moyens psychothérapeutiques, pharmacologiques et économiques limités. De plus, le climat social demandait des moyens favorisant le respect de l'autonomie et de l'intégrité de la personne atteinte, son intégration sociale, le tout avec un souci d'intervention minimale efficiente* »[357].

La réadaptation psychiatrique du schizophrène

Le modèle de la réadaptation psychiatrique se divise en quatre niveaux d'impact d'une maladie mentale grave[358] pour lesquels correspondent une intervention, une compétence et un objectif [359] :

Niveau d'atteinte	Intervention	Compétence à acquérir	Objectif recherché
Pathologie et Déficit	Traitement	Un savoir	Contrôler les causes et les symptômes de la maladie
Invalidité	Réadaptation	Un savoir-faire	Développer de nouvelles habilités *(coping)* Redonner les moyens d'agir en tenant compte des déficits et des capacités
Handicap	Réhabilitation	Un savoir-être	Redonner à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir (*empowerment)* Favoriser la réinsertion sociale

La pathologie concerne une lésion ou une anomalie cérébrale, pour laquelle des investigations de laboratoire et d'imagerie sont préconisées. *Le déficit*, concerne la perte ou une anomalie dans le cerveau, et entraîne la manifestation des symptômes tels que le délire, les hallucinations (interventions cognitivo-comportementales, hospitalisation et pharmacothérapie). *L'invalidité*, est l'incapacité dans l'accomplissement d'une activité considérée comme normale pour un être humain. *Le handicap*, est conceptualisé comme un « *désavantage résultant d'une invalidité qui limite la possibilité d'assumer un rôle considéré*

[356] Stylianidis, S., « L'état de la réforme psychiatrique en Grèce actuelle sous le regard de la réalité psychiatrique française », L'information psychiatrique, op.cit.
[357] Barbès-Morin, G., Lalonde, P., « La réadaptation psychiatrique du schizophrène », Cahier de formation continue, Annales Médico Psychologiques 164 (2006) 529-536. P.530
[358] Op/cit. p.532.
[359] Tableau I Interventions et objectifs, Op.cit. p.533.

comme normal pour un individu (selon son âge, sa culture, etc.). Par exemple, le chômage, l'itinérance ».

Neuf principes sont à la base de ce traitement. D'abord un principe de maximisation de la santé : « *L'amélioration des capacités et des habilités des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique constitue une préoccupation essentielle de la réadaptation psychiatrique* ». « La réadaptation psychiatrique vise des améliorations comportementales dans les environnements de la personne ». Autrement dit un ajustement de la personne aux demandes de l'Autre. « Soutenir la dépendance peut entraîner une amélioration du fonctionnement autonome du patient ». C'est-à-dire dépendre d'un certain nombre de partenaires économiques et sociaux nécessaires « pour vivre une vie satisfaisante et productive ». « *Les deux interventions fondamentales de la réadaptation psychiatrique sont le renforcement des habilités de la personne et le développement des soutiens environnementaux* ». « *La réadaptation psychiatrique vise avant tout à améliorer les conditions résidentielles, éducationnelles et professionnelles des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique* ». « La participation active et l'implication des individus dans leur réadaptation constituent la pierre angulaire de la réhabilitation psychiatrique ». « *Le traitement médicamenteux à long terme constitue le complément souvent nécessaire mais rarement suffisant d'une intervention de réadaptation* ». « La réadaptation psychiatrique est éclectique et pragmatique ; elle repose sur une variété de techniques. Etant axée sur les résultats, la réadaptation n'a pas d'allégeance à une théorie en particulier ». « L'espoir représente un élément essentiel de la réadaptation psychiatrique ».

Les étapes du rétablissement [360]:

Etapes	**Perception de soi**	**Caractéristiques**
Moratoire	L'expérience de la schizophrénie « La descente aux enfers »	Déni, confusion, désespoir, repli, souffrance incommensurable, effondrement des désirs, des rêves. Ostracisme familial et social
Prise conscience	Le jaillissement d'une étincelle. Le désir de vivre	Première lueur d'espoir dans une vie meilleur et une possibilité de rétablissement.
Préparation	Une démarche personnelle d'introspection	Faire l'inventaire de sa partie saine, de ses forces et faiblesses. Apprendre à gérer sa maladie et à faire appel aux services disponibles.
Reconstruire	Activation de moyens personnels d'atteindre un mieux-être	Se forger une identité positive, établir des buts personnels importants. Faire des efforts pour chercher et expérimenter des stratégies Prendre la responsabilité de la gestion de sa maladie et du contrôle sur sa vie.
Croissance	Perception d'une lumière au bout du tunnel	La personne sait comment gérer la maladie et rester bien sans être nécessairement libre de symptômes. Elle est tournée vers le futur et se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie.

[360] Tableau 2, op.cit. p.535

Le guide patient de la Haute Autorité de Santé

« Ce sont les grandes idées vagues
qui produisent des civilisations »
Paul Valery

La Haute Autorité de Santé française, autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée en 2004, *« a pour mission de contribuer au renforcement de la qualité des soins au bénéfice des patients et au maintien d'un système de santé solidaire. Elle assure notamment la promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels, des patients et du grand public »*[361].

Le guide médecin ou le guide patient, a pour fonction de présenter les recommandations pour la pratique clinique et les propositions thérapeutiques. Notamment pour ce qui concerne la schizophrénie dans la mesure où celle-ci appartient à la catégorie des ALD, Affections Longue Durée, « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ». L'ALD est un code de la sécurité sociale, qui consiste pour le patient en l'ouverture de ses droits à la limitation ou à la suppression de sa participation en tant qu'assuré.

La HAS s'inspire essentiellement du modèle biopsychosocial. Elle formule comme objectifs à la prise en charge thérapeutique : la réduction ou élimination des symptômes ; Aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement ; préserver les capacités cognitives et les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie ; prévenir les rechutes ; assurer une prise en charge globale du patient et un soutien de l'entourage ; assurer et engager des mesures psycho-éducatives pour le patient et/ou son entourage.

La HAS recommande des interventions cognitives et comportementales a visée de réadaptation, « entraînement aux habilités sociales, remédiation cognitive ». *« Elles concernent aussi l'acceptation de la maladie par le patient et la préservation de l'intégration et de l'adaptation sociales ».* Elles sont conjointes avec la « psychoéducation ». Les mesures psycho-éducatives « *comportent la transmission de connaissances au patient et à sa famille ou son entourage : informations sur la maladie et les symptômes, informations sur l'évolution des thérapeutiques pharmacologiques et leurs effets secondaires, informations sur les autres interventions, information sur la stratégie de prévention des rechutes le cas échant et leur dépistage. Elles doivent évaluer l'assimilation de ces connaissances. La continuité des soins doit en constituer l'un des points essentiels* »[362].

Cependant, quelque soit la modalité d'intervention choisie par le professionnel, la « stratégie thérapeutique » est celle de l'alliance thérapeutique : « *Une information claire et compréhensible est régulièrement délivrée au patient et à son entourage. La prise en charge est personnalisée et requiert autant que faire se peut le consentement du patient ; elle est coordonnée par un soignant référent* ».

[361] HAS – Guide Affection Longue Durée : « La prise en charge de votre schizophrénie. Vivre avec une schizophrénie ». Novembre 2007.
[362] HAS – Guide – Affection de Longue Durée : « Schizophrénies », Juin 2007. P.8.

Nous avons vu que l'orientation biopsychosocial favorise une prise en charge ambulatoire. L'hospitalisation intervenant dans le cas de situations dites *à risque*. En effet, l'hospitalisation est considérée comme stigmatisante et marginalisante. Elle prône donc la prise en charge communautaire, la réadaptation étant essentiellement « *un processus d'entraînement d'habilités pour que la personne collabore à des méthodes d'apprentissages en vue de développer ses capacités, assumer ses responsabilités dans la vie et fonctionner de façon aussi active et autonome que possible dans la société* »[363]. Le guide patient est composé d'onglets[364] indiquant l'utilité de la prise en charge, des conseils sur comment suivre son traitement, être accompagné et la vie quotidienne.

L'approche bio-psycho-sociale est indéniablement parente du cognitivo-comportementalisme, en ce qu'elle promeut la gestion de soi à partir de trois objectifs : modifier le comportement observable, modifier le style de vie, faciliter la gestion de soi et des relations. Résoudre un problème psychologique c'est adopter un comportement déterminé par des procédures et des stratégies : contrôle du stimulus, auto-empêchement, procédure d'alerte.

Nous proposerons ici un cas exemplaire de cette pratique, extrait de l'intervention de Philippe Domenech, psychiatre, docteur en neurosciences cognitives, lors de son intervention au colloque « La psychiatrie et la psychologie fondée sur des preuves »[365]. Ce cas est présenté comme une situation clinique typique d'une jeune femme de 28 ans souffrant de Troubles Obsessionnels Compulsifs, tels que définis par le DSM[366]. C'est un TOC et non une schizophrénie, nous dit-il, car elle reconnaît la nature excessive des troubles et qu'ils appartiennent à son activité mentale.

Mlle K est adressée par son psychiatre pour un avis thérapeutique. Face à l'aggravation et à la résistance du trouble il s'interroge sur d'éventuels électrochocs. Cette

[363] Barbès-Morin, G., et Lalonde, P., « la réadaptation psychiatrique du schizophrène », Cahier de formation continue, Annales Médico Psychologiques 164 (2006) 529-536, p.532.

[364] « Comment être accompagné ? Si vous en êtes d'accord, votre médecin peut conseiller votre famille ou votre entourage pour vous aider et vous soutenir. En participant aux activités sociales, groupes d'entraide mutuelle, interventions scolaires ou professionnelles et en prenant contact avec les associations de patients ou de familles de patients.

Suivre son traitement, c'est : suivre la prescription et les conseils de votre médecin ; venir aux séances de psychothérapies proposées ; contribuer à diminuer les effets indésirables des traitements en arrêtant de fumer, en luttant contre l'excès de poids, en adoptant une alimentation équilibrée et en maintenant une activité physique ; prévenir les rechutes en évitant ou arrêtant l'usage du cannabis, de l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; consulter lorsque vous allez moins bien.

Conseils pour la vie quotidienne : Il est souhaitable que vous appreniez : à reconnaître les signes de début d'une crise ou une aggravation et ses circonstances déclenchantes ; les moyens de contrôler les périodes de crises afin d'adapter le traitement en fonction des symptômes ; comment faire appel à une aide en cas d'urgence. L'exercice physique contribue à votre santé : pratiquez-le en fonction de vos capacités.

Mieux vivre au quotidien, c'est : savoir parler des effets positifs ou négatifs de ses traitements à ses soignants ; savoir reconnaître les signes de début d'une aggravation ainsi que les circonstances favorisantes ; avoir des activités physiques régulières ».

[365] Domenech, P., « Prise en charge des troubles mentaux de l'adulte fondée sur des preuves », Intervention au Colloque « La psychiatrie fondée sur des preuves », 06 Avril 2013, Cognition.ens.fr.

[366] Les symptômes du TOC causent de la détresse, de la perte de temps, et une interférence par rapport au fonctionnement.

jeune femme présente des pensées intrusives dans tous les registres « classiques » : craintes d'événement dramatique, de maladie, de microbes. Et également des rituels de vérifications, qui se sont complexifiés au fur et à mesure de la maladie, pouvant aller jusqu'à la crise clastique s'ils sont entravés. Ses premiers symptômes ont surgit à 17 ans, alors qu'elle est en Terminale et se sont aggravés en 2ème année de classe préparatoire. Aujourd'hui, elle est désocialisée.

La démarche du psychiatre est de transformer les symptômes ainsi listés en mesures. Il utilise pour cela un outil psychométrique. Il s'agit de quantifier l'intensité des compulsions et interférences, leur durée, gène, anxiété, résistance et contrôle. La jeune femme obtient un score très haut : 33/40, le TOC est là diagnostiqué « scientifiquement ».

Cette mesure a l'avantage de simplifier le problème et de pouvoir en discuter simplement, nous dit le psychiatre. Il permet également de mesurer le passé, pour voir l'évolution quantitative du trouble. Toujours d'après les critères du DSM, il s'agit ensuite de déterminer le taux de comorbidité, pour déterminer la probabilité d'autres troubles associés. Il en conclut qu'elle n'est ni dépressive, ni schizophrène, ni anxieuse. Elle a des idées suicidaires, mais il n'en dit rien.

Il évoque son traitement pharmacologique et nous indique qu'elle est très attachée à son valium. Par contre qu'elle ne supporte pas les effets de l'antipsychotique. Une fois éliminé l'indication des électrochocs, il se tourne vers les Recommandations des Bonnes Pratiques de la HAS. Celles-ci préconisent : « TCC + traitement pharmacologique ». La Thérapie comportementale consiste en une exposition avec prévention de la réponse[367], de l'ordre de 25 séances par semaines, d'au moins 45 minutes. Mais il tient compte d'une proportion de 25% de refus ou d'abandon. Il faut donc y ajouter une thérapie cognitive pour améliorer le vécu des expositions (inclut à la prise en charge du comportement, les processus cognitifs et affectifs).

Ce que le Dr Domenech peut dire de l'histoire du traitement, c'est que cette femme n'a eu aucune TCC en 6 ans. Or, d'après les tableaux et recommandations, il n'y a pas d'arguments pour une résistance au traitement, mais les molécules prescrites par son confrère étaient mal ajustées. En conséquence nous dit-il : « années de vie perdues, perte de chance et déclassement professionnel ». Ce qu'il lui propose c'est un « Sevrage + réajustement du traitement selon les recommandations de la HAS ».

La restructuration cognitive dont il s'agit ici, consiste dans la mise à jour des postulats, des distorsions cognitives, la réattribution de culpabilité. Ainsi que souligner le caractère « banal et normal » des pensées obsédantes avec des exemples concrets. Il s'agit de montrer l'inefficacité des rituels : « agir sur le comportement pour agir sur les pensées ». Il y a prescription de tâches à domicile. Les séances durent jusqu'à atteindre le seuil où l'anxiété n'est plus critique, et ne s'arrêtent pas avant. Le patient ne part que quand il est en confiance.

Dans cette prise en charge, nous dit-il, il n'y a pas d'improvisation, « le thérapeute doit suivre le manuel », tout est expliqué, et le patient donne « son accord éclairé ». Le thérapeute a fonction de modèle. Le mécanisme est celui de l'habituation, à partir de laquelle la réponse diminue dans les cotations.

[367] Exposition doit être prolongée pour « éteindre la réponse » soit pas moins de 45mn. Il s'agit de lister les « situations problèmes » et faire coter « l'angoisse », pour faire un tri. Elles sont listées par ordre croissant, de façon à « grader » la difficulté d'exposition.

Pour cette jeune femme, le traitement a duré 24 mois. Il en résulte un maintien de symptômes résiduels (non précisés), pas de conversion des symptômes et une autonomisation. Toutefois, des séances de thérapie cognitive sont nécessaires quand elle doit reprendre le travail. Il s'agit de « rechutes à juguler ». Il en conclut, qu' « elle va bien, avec un petit niveau de symptôme ». Elle avait « un TOC simple favorable » selon les recommandations.

Nous avons là des patients mis en position d'être raisonnables, mis en demeure de se faire « sujets de leurs pratiques » ou de refuser les pratiques qu'on leur propose. Autrement dit, d'être des patients disciplinés. Toutefois, s'il y a un manuel pour le patient, il y en a un également pour le médecin. En effet, selon cette approche, l'expérience clinique est le plus bas niveau de recommandation.

N'est-ce pas là une conséquence de ce que Michel Foucault a nommé le « biopolitique »[368] ? Soit la médecine comme outil d'intervention pour tout un ensemble de problèmes politiques et économiques nouveaux. Il s'agit là du gouvernement des conduites dans un cadre et avec des instruments étatiques (HAS). Or, si le gouvernement actuel des conduites met volontiers le corps et l'âme au centre de ses préoccupations, il en confie la gestion rationnelle aux individus. Ils en réguleront eux-mêmes les usages, par évaluation, calcul des risques et des coûts financiers. C'est la civilisation par intériorisation des normes de santé et l'individuation comme maîtrise individuelle.

Ce n'est pas sans conséquences sur le discours médical. Nous voyons alors le recours à des mythologies individuelles et collectives, des représentations imaginaires et symboliques telles que celles qu'on peut lire dans le tableau ci-dessus. La maladie est alors romancée : de « la descente aux enfers » vers « le jaillissement d'une étincelle », s' « activent alors les moyens personnels d'atteindre un mieux-être » : c'est « la perception de la lumière au bout du tunnel »…

Le programme de réadaptation est cependant sans ambiguïté. Il s'agit bien de répondre aux besoins du capitalisme : corps sains, productifs, forts et obéissants pouvant assurer l'enrichissement de la nation. C'est la « doctrine de l'universel facile »[369] modernisée, qui met en synonymie l'universel et le quelconque, asile de méconnaissance et appel à la conversion de tous.

« D'autant que la technique offre des ressources. Après avoir été situé du côté du savoir, après avoir été situé du côté des droits politiques, le quelconque a désormais reçu une forme matérielle autonome : la statistique. L'universel et le quelconque demeurent unifiés, mais on dispose désormais d'un opérateur on ne peut plus efficace de la mise en équation. Armée de procédures précises, fondée sur une mathématisation de plein statut, la statistique consolide l'universel facile comme jamais auparavant. Elle est capable d'absorber dans le quelconque tous les non-quelconques, sous quelque forme qu'ils se présentent. Qui plus est, elle peut le faire en égalisant. Plus exactement, elle seule garantit que l'égalité soit assez passive pour que l'universel facile n'ai rien à redouter du côté du non-quelconque. […]

[368] Foucault, M., « Naissance de la biopolitique », 1979, Dits et écrits, tom II 1976-1988, Editions Quarto Gallimard, 2001.
[369] Milner, J.-C., « Le Juif de savoir », Figures, Editions Grasset, 2006.

Entre le quelconque des choses, indifféremment absorbées par la forme marchandise, et le quelconque des êtres parlants, indifféremment absorbés par l'échantillonnage statistique, l'apparentement se fait si fort qu'on croit assister *in vivo* à la transformation de ces êtres en choses. Le marché mondial, l'universel facile, le quelconque statistique, l'égalité passive sont mis en synonymie par un forçage bien-pensant ; ainsi sont-ils supposés tendre vers un même point que, par un forçage toujours aussi bien-pensant, on présente comme éminemment désirable. Mais ce Bien a tous les caractères de l'inerte. […]

La structure du sujet, en tant que telle, dément la statistique et réciproquement, la statistique a pour vocation de lisser la structure du sujet. Tout sujet lui est donc un ennemi potentiel. A ce titre, l'universaliste de l'ère statistique s'inquiète à bon droit de ce qui, directement ou allusivement, pourrait si peu que ce soit témoigner d'un sujet. Or, le sujet est partout. La méfiance à son endroit serait insuffisante si elle n'était pas constamment sur le qui-vive.

Mais s'il est vrai que le sujet est partout, il est vrai aussi que le sujet s'éclipse de lui-même. Cela relève de sa structure »[370].

1.2.3. Le problème éthique de l'organisation institutionnelle.

« Les grandes idées vagues produisent ce lien commun qu'est une civilisation, où le malentendu fini par être le plus élargi, le plus étendu que possible. Cette extension nous permet de nous parler entre nous. Lorsqu'il faut une précision, apparaît la science. Celle-ci crée aussi une langue, mais ne vise pas le lien social »,
Éric Laurent, *Lost in Cognition*

Le modèle biopsychosocial est paradigmatique de l'époque actuelle. Il témoigne de l'idéal d'une pratique où il s'agit de faire avec un individu doté de « capacités pouvant faire l'objet d'une optimalisation », par rapport à un pratique où il s'agit de faire *à la place* des patients dits « aliénés », pris comme objets de soins. Dans la mesure où l'on peut considérer qu'elle ne favorise pas l'émergence d'une prise en charge du patient par lui-même, ou qu'elle le maintien dans un état de dépendance, entravant ou risquant de compromettre ce qu'on appelle son « autonomie ».

Or, cette perspective, si on la pousse jusqu'au bout, remet en question l'existence même de l'institution de santé mentale, qu'elle soit du domaine sanitaire (hospitalisation) ou du médico-social. Car accueillir et prendre soins de personnes c'est déjà, d'une certaine façon, suppléer à une incapacité, ne pas laisser les personnes à leur autonomie.

Mais le dispositif institutionnel actuel s'élabore de plus en plus à partir d'une scission entre ce qui serait le traitement médical d'un côté et ce qui consisterait en un apprentissage ou réapprentissage de certaines compétences comportementales indispensables, conçues comme étant plus ou moins indépendantes de la problématique clinique de la personne. Pourtant, un

[370] Milner, J.-C., « Le Juif de savoir », Figures, Editions Grasset, 2006, p.215-217.

tel présupposé est démenti par l'expérience, qui nous enseigne que le phénomène clinique auquel nous avons affaire n'est pas un phénomène isolé, localisé dans la fonction perturbée[371].

Par ailleurs, nous avons vu la déshumanisation conséquente d'une vision de la vie humaine réduite à un inventaire de fonctions à exercer. En effet, une pratique clinique qui tient compte de la nécessité de s'interroger sur la cause des comportements considérés comme inadéquats ou régressifs, et de réfléchir à la forme que doivent prendre, à la lumière de cette cause, l'accompagnement et les interventions, n'ouvre pas sur le même enjeu quant au traitement qu'une pratique qui se soutien de la passion de l'autonomie. C'est-à-dire de l'extraction des aspects problématiques de la vie d'une personne de l'ensemble de sa vie, et notamment de sa dimension relationnelle (DSM), pour en faire des troubles isolés, sans rapport avec le reste de l'expérience.

Il s'agira donc ici de repérer la logique dont se supporte l'organisation institutionnelle quant à son objet. Autrement dit, les institutions comme de complexes bricolages d'histoire, de savoir et d'expériences. De quelle volonté thérapeutique sont-elles animées ? C'est là le problème éthique de l'organisation institutionnelle, tiraillée entre ce qui fait sa nécessité (la clinique) et sa dimension politique : « l'ordre psychiatrique ».

a. Psychothérapie institutionnelle

A l'aube du XXème siècle, l'aliénisme brille de ses derniers feux. Dès avant la Grande Guerre, la foi en la science positiviste fait place au scepticisme et au doute. Nous avons vu que la dégénérescence voit sa vogue diminuer, la schizophrénie devient un fourre-tout facile, où l'on peut loger tous les cas embarrassants. La psychiatrie en tant que concept global (l'asile et la théorie), s'impose dans les années 1920. En revanche, le terme « aliéné » reste officiellement en vigueur jusqu'en 1952, quant à l' « asile d'aliénés », il cédera difficilement sa place à « Hôpital psychiatrique » en 1937[372]. Nous avons vu, avec Bleuler, que la psychanalyse marque les développements de la psychiatrie, bien que globalement la communauté psychiatrique dise non à Freud. Toujours est-il que, dans l'entre-deux guerres, quelque chose a pris corps qui interroge la psychiatrie.

Lucien Bonnafé, marqué par les années noires de l'Occupation, milite pour une « psychiatrie désaliéniste » et dénonce la condition de dizaine de milliers de malades placés dans « une situation sans rapport avec les connaissances et les possibilités existant dans ce domaine de la médecine et d'une inhumanité intolérable ». C'est désormais l'hôpital qu'il faut soigner. Dans le monde psychiatrique français d'après-guerre, le marxisme l'emporte largement. C'est de psychiatrie sociale qu'il s'agit désormais. Cet « âge des militants »[373] redéfinit en quelque sorte un nouveau traitement moral, qui porte le nom de « psychothérapie institutionnelle ».

---

[371] Zenoni, A., « Autonomie et « auto-séparation » », in « L'autonomie en question, Lien social et santé mentale », Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française, sous la direction de Thierry Van de Wijngaert et François de Coinck. Fédération francophone des initiatives d'habitations protégées, 2007.
[372] Quetel, C., « Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours », éditions Tallandier, 2009.
[373] Hochmann, J., « Histoire de la psychiatrie », Que sais-je ? Presses Universitaires de France, 2004.

Les origines[374]

La psychothérapie institutionnelle naît de la psychanalyse et de la psychiatrie publique au milieu des années quarante, et de la Résistance organisée au sein de l'hôpital de Saint-Alban au cœur du Massif Central pendant la Seconde Guerre Mondiale. En effet, pour lutter contre les restrictions alimentaires liées à l'occupation, personnel, médecins et malades y organisent l'approvisionnement alimentaire, avec la complicité de la population. Cette lutte pour la survie introduit des changements sur le plan relationnel et sociologique. Changements qui se révèlent porteurs de modifications symptomatologiques et évolutives chez les malades.

C'est l'arrivée de François Tosquelles en 1941, psychiatre catalan contraint de fuir l'Espagne après la victoire de Franco, qui donnera ses fondements à cette nouvelle praxis. Il s'oriente de Lacan et de sa thèse, « De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité », et d'Hermann Simon auquel il emprunte l'idée qu'il faut à la fois soigner l'établissement et soigner chaque malade. Saint-Alban fera école, parmi les internes qui y seront formés on retrouvera notamment Jean Oury, fondateur de la clinique de La Borde, autre foyer de la psychothérapie institutionnelle.

Cependant, le syntagme « Psychothérapie institutionnelle » est une proposition de Georges Daumézon (1952). Il dénonce l'asile comme « institution totalitaire », plaçant le malade en bas de la pyramide hiérarchique. Il s'agit tout à la fois de transformer l'hôpital pour en faire un instrument de soin et de déplacer la prise en charge du malade vers le tissu social, réalisant les prémices de la « politique de secteur ». On assiste ainsi à un renversement avec le dispositif asilaire héritée du XIXème siècle. D'une part l'érection de l'hôpital en appareil de soins rend nécessaire la neutralisation des effets pathogènes de la hiérarchie. En effet, l'hôpital et sa structure hiérarchique n'est pas maniable sur le plan thérapeutique. Il convient d'y substituer un dispositif horizontal où les multiples réunions permettent à la parole de passer. Félix Guattari proposera le concept de « transversalité », pour désigner ce nouveau mode relationnel où l'assujetti devient sujet. D'autre part, la rupture avec la technique de l'isolement est marquée par le fait que, désormais, le traitement du malade doit se réaliser au plus près de son lieu de vie.

La psychothérapie institutionnelle se développe donc à parti de l'expérience concentrationnaire des camps nazis (Bruno Bettelheim) et de la résistance contre les structures hiérarchiques, productrices de ségrégation et d'oppression. C'est la « nécessité de changer quelque chose » qui soutient l'ensemble de ce mouvement. L'établissement psychiatrique, qu'il soit dans ou hors les murs, est malade. Malade de sa dépendance financière vis-à-vis des structures étatiques ; malade du fait des nécessités inhérentes à sa gestion même ; malade du fait de la fonction qu'il occupe pour la société.

La psychothérapie institutionnelle s'enrichit de l'apport des anglo-saxons, tels que Harry Starck Sullivan, notamment en ce qui concerne ses recherches socio-psychiatrique pour le traitement des schizophrènes ; des techniques d'éducation active (colonies de vacances, Instituts Médico-Pédagogiques, Centres d'entraînement) et de la psychanalyse. C'est à

[374] Ayme, J., « Essai sur l'Histoire de la Psychothérapie Institutionnelle », www.revue-institutions.com/**Jean_Ayme**-44.pdf

Jacques Lacan qu'est emprunté l'outillage conceptuel qui permet, notamment à Jean Oury, de conceptualiser la thérapeutique institutionnelle comme un système de demandes agissant sur le niveau pulsionnel. En effet, la déviation américaine résiderait dans un appareillage qui resterait aux niveaux oral et anal et qui ne traiterait pas les objets comme le regard et la voix. Objets qui sont en question dans la psychose. Oury[375] met également en fonction le manque comme cause du désir dans le système, qui doit faire passer les systèmes pulsionnels dans d'autres registres (langage, travail). Dans le mouvement lacanien, il y a eu également l'invention de Bonneuil par Maud Mannoni. C'est une institution scolaire qui outre un souci pédagogique, a également un souci thérapeutique. Le principe mis en fonction par M. Mannoni est celui d'une institution éclatée, comme le corps du schizophrène, pour que celui-ci s'y sente à l'aise. Ce mouvement cherche donc à donner une place au sujet : réunions de pavillons, club thérapeutiques, ateliers, associations du personnel. Ce sont des techniques d'ambiance qui jouent un rôle important dans le climat d'un service et dans l'évolution de chaque patient. Il s'attaque aux plaies du système asilaire que sont le gâtisme et l'agitation par la modification du lieu dans lequel ils se trouvent et par l'occupation qu'on leur donne.

Ce courant connaîtra son âge d'or entre 1950 et 1970. Notamment avec des succès politiques dans la réforme de l'hôpital psychiatrique. Entre 1952 et 1958 plusieurs circulaires permettent d'obtenir de l'administration un accroissement de personnel, des aménagements nouveaux et des équipements pour organiser le travail et les loisirs. Des hôpitaux neufs sont conçus sur le modèle de l'hôpital-village avec des unités de soins de petite dimension et un centre social, lieu d'échange et de rencontres.

L'optimisme thérapeutique de cette époque est également soutenu par l'utilisation des nouveaux médicaments psychotropes à partir de 1952. En effet, il facilitera la mise en place de ces techniques relationnelles et d'ambiance, et la possibilité de prise en charge des malades sur le mode ambulatoire. Leur usage nuancé et individualisé va permettre d'inscrire la prescription dans une démarche psychothérapeutique respectant la singularité de chaque patient[376].

Paradoxalement, c'est la politique de secteur mise en œuvre dans les années 1970 qui fera frein au mouvement. Bien qu'inspirée de la psychothérapie institutionnelle, elle ne pourra faire l'impasse de la structure hiérarchique, et s'emparera de la thérapie du milieu et de la dénonciation du mouvement antipsychiatrique pour engager une campagne de déshospitalisation : l'hôpital devient un mauvais objet en opposition avec l'extrahospitalier.

Un courant à trois jambes

La psychothérapie institutionnelle ne se réfère pas à ce jour à une organisation en particulier. Il y a eu le Groupe de Sèvres, créé par G. Daumézon en 1957, qui se dissout en

[375] Oury, J., « Sur la hiérarchie ».

[376] A noter que dans les établissements où ce mouvement n'a pas entrepris la « désaliénation », les neuroleptiques abondants, distribués de manière systématique et uniforme, permettront de faire disparaître les symptômes les plus gênants, mais au prix parfois d'une cessation de toute possibilité d'activité et d'échange.

Avril 1959 à cause de désaccords quant à la participation des infirmiers à la psychothérapie. La dissolution du groupe ouvre une période de dispersion et de divergences nous dit Jean Ayme[377]. Ces divergences tiennent à ce que Tosquelles énonce sous la forme de la métaphore des deux jambes : la psychanalytique et la sociologique. Je cite :

« Pour que la première jambe ose se projeter dans le vide, tout le corps prend appui sur l'autre jambe, et ainsi alternativement. Hélas ! Nous constations que certains voudraient pouvoir avancer la jambe freudienne sans jamais bouger l'autre… ne manquent non plus ceux qui font le choix unijambiste inverse »[378].

Au Groupe de Sèvres succéderont plusieurs autres organisations : Le Groupe de Travail de Psychothérapie Institutionnelle (GTPSI) en 1960, avec pour objectif la réflexion et l'étude permettant une élaboration théorique avec des retombées dans le champ psychiatrique. Il va fonctionner durant cinq ans, et donnera naissance à la Société de Psychothérapie Institutionnelle (SPI). C'est dans le discours inaugural à cette organisation que Tosquelles énoncera sa fameuse métaphore des deux jambes. La SPI cessera de fonctionner en 1968.

Jean Ayme analyse la courte vie de cette société par *« une certaine faiblesse sur le plan organisationnel par crainte de se transformer en société savante ou en association porteuse d'une doctrine* ». C'est peut-être là l'écart avec l'Ecole Freudienne de Paris (1964) créée par Lacan au même moment. Pour éviter l'opposition du « Nous » à « Eux », autrement dit un discours émis de la place de l'Idéal, Lacan fonde cette formation collective à partir d'un paradoxe :

« Dans le moment même où Lacan institue une formation collective, ses premiers mots[379] sont pour dissocier, et mettre en avant la solitude subjective, parce qu'il s'agit avec l'Ecole Freudienne de Paris d'une formation collective qui ne prétend pas faire disparaître la solitude subjective, mais qui au contraire se fonde sur elle, la manifeste, la révèle »[380].

C'est un pari, nous dit Jacques-Alain Miller dans sa « Théorie de Turin »[381], qui suppose qu'une communauté est possible entre des sujets qui savent que l'Idéal est de la nature des semblants, d'une cause qui ne s'expérimente qu'au niveau subjectif. Autrement dit, une organisation qui n'est pas dupe par rapport au signifiant maître.

Jean Ayme analyse donc l'échec de la psychothérapie institutionnelle à s'organiser en formation à partir des divergences entre la jambe sociologique et psychanalytique. Soit d'un certain rapport au signifiant maître. Il ajoute la « jambe politique »[382], dans laquelle on retrouve les promoteurs d'une psychiatrie sans lits et sans institution. Soit, le courant de l'antipsychiatrie, sur lequel nous reviendrons.

---

[377] Oury, J., Op.cit.
[378] Tosquelles, cité par Jean Ayme, op.cit. p.17.
[379] « Aussi seul que je l'ai toujours été dans ma relation à la cause analytique »
[380] Miller, J.A., « Théorie de Turin », Intervention au 1er congrès scientifique de la Scuola lacaniana di Psicoanalisi (en formation), le 21 mai 2000.
[381] Op.cit.
[382] Ayme, J., op.cit.

La jambe sociale est supportée par Paul Sivadon, dont l'effort pratique et théorique porte sur l'aménagement d'un appareil thérapeutique centré sur une visée rééducative et réadaptative. Paul Sivadon ouvre le premier Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale en 1948. Suivront les « désinstitutionnalistes », et la promotion des structures intermédiaires à l'hospitalisation, avec les appartements thérapeutiques notamment. Jean Ayme associe la réhabilitation à la jambe sociale de la psychothérapie institutionnelle, dont « *l'objectif est de permettre au malade d'échapper à l'hôpital psychiatrique dont la disparition est annoncée comme fauteur de chronicisation et d'excès de dépenses. […] C'est le retour au traitement moral, mais hors l'hôpital* » nous dit-il.

Dans le courant analytique, Jean Ayme cite de nombreuses expériences, de l'Ecole Expérimentale de Bonneuil (M. Mannoni) au secteur XIII (Paul Racamier), qui visaient à rendre possible la psychanalyse dans un dispositif de soins publics. L'enjeu de chacune de ces sociétés étant l'articulation, ou non, des fonctions analytiques et gestionnaires. Mais aussi la question de l'outillage conceptuel, notamment l'apport théorique de Jacques Lacan.

C'est avec Jean Oury que nous souhaitons aborder la spécificité de l'organisation clinique et institutionnelle du courant de la psychothérapie institutionnelle. Parce que, précisément, il s'est servi de l'enseignement de Lacan pour orienter sa pratique.

La clinique de La Borde

C'est en 1953 que Jean Oury (1924-2014) fonde la Clinique La Borde à Cour-Cheverny, dans le Loir-et-Cher. Toutefois, plutôt qu'une fondation, Oury parle d'une réponse à un manque dans l'offre de soins psychiatrique lié au territoire. « *Ce n'est pas : « Je fonde La Borde ! » ce n'est pas du tout ça, c'est pris dans un processus, on s'est trouvé là, presque par hasard. Le hasard* »[383]. Il n'y avait pas d'hôpital psychiatrique, et il s'agissait de se « débrouiller » en essayant d'hospitaliser le moins possible[384]. L'ouverture de la clinique précède de deux ans l'arrivée des neuroleptiques, ce qui porte à conséquence quant au traitement des « agités », ce qu'on fait avec eux en dehors de l'insulinothérapie ou des électrochocs.

La pratique clinique à La Borde se fonde donc sur deux nécessités : répondre à la demande, malgré l'écart entre la demande et le nombre de lits d'hospitalisations ; la nécessité de changer la prise en charge des « agités ». Plusieurs axiomes président à l'organisation institutionnelle. D'abord, sortir du carcan administratif et prévenir le risque de bureaucratisation. C'est la question de la hiérarchie, de la distinction entre statut, rôle et fonction. Il s'agit de lutter contre le « cloisonnement institutionnel ». Ce qu'Oury propose c'est en quelque sorte un travail d'élaboration constant autour de la question fondamentale : « Qu'est-ce que je fous-là ? ».

---

[383] Oury, J. et Faugeras, P., « Préalables à toute clinique des psychoses », coll. « des travaux et des jours », éditions Eres, 2012, p.97.

[384] Oury, J., « La psychothérapie institutionnelle de Saint Alban à La Borde », Conférence à Poitiers, 1970. http://cliniquedelaborde. Pagesperso-orange.fr

La formule, l'emprunt du verbe « foutre », nous semble mettre en valeur la part prise par la dimension de l'énonciation dans le travail d'Oury. Il est lacanien dans la mesure où il mise sa jouissance. Où il est attentif aux coordonnées subjectives qui président à tout acte.

« La clinique des psychose exige qu'il y ait un corps, au sens d'un engagement au lieu d'une neutralité bienveillante, d'un parti pris au lieu d'une pseudo-objectivité, d'une implication subjective au lieu d'un rôle ; il faut que s'y reconnaisse quelque chose d'essentiel »[385].

D'autre part, il ne cède en rien à la conception du transfert et à la position de celui qui intervient auprès du psychotique :

« Oser s'avancer vers l'autre sans pour autant rompre l'asymétrie nécessaire au travail clinique, avancer d'un pas à la fois libre et retenu, s'approcher avec pudeur mais s'approcher tout de même »[386].

Il propose une organisation institutionnelle en « constellations », groupe de personnes investies dans la « mise au travail du milieu ». Ce qui nous intéresse c'est le pragmatisme d'Oury, dans la mesure où ce qu'il met au travail c'est finalement l'idée de « profiter des occasions qui se présentent » (pathoplastie)[387]. La conception d'Oury est d'inclure la relation clinique dans le processus d'institutionnalisation. Les concepts de transfert dissocié, de connivence, d'ambiance prennent appui sur la psychopathologie pour élaborer la relation au psychotique. Si dans la psychose, c'est le transfert qui est dissocié, multi référencé (Tosquelles) : *« Notre travail justement, c'est de tenir compte de ces multiples-investissements, à tous les niveaux, et il est donc très important d'avoir un milieu extrêmement multiple et varié [...] Il faut que ces personnes, qui sont en difficulté, arrivent dans un lieu où il y a un bric à brac, pour que dans le fatras, il y ait des choses qu'elles puissent investir, des petits riens »*[388].

Concrètement, cela implique une variété de lieux pour favoriser la circulation, les rencontres et les échanges. Ce n'est pas sans créer des conflits lorsque la liberté de circuler veut dire que les malades peuvent aller à la cuisine par exemple, et s'occuper de la cuisine. Cependant, une telle liberté suppose d'abord que l'on considère qu'en psychiatrie, les gens ne restent pas dans leur lit. Et ensuite, que les gens qui travaillent là, qu'ils aient ou non le statut officiel de « soignant », se trouvent pris, qu'ils le veuillent ou non, dans une relation avec le malade. Et donc cela suppose que la façon dont ils vont interagir puisse avoir une importance d'ordre thérapeutique.

« N'importe quelle fonction de n'importe quelle personne qui travaille dans un Centre psychiatrique est toujours indexée d'un certain coefficient thérapeutique » nous dit Oury[389]. On voit là la nécessité des réunions, d'une part pour parler et ajuster les relations, et d'autre part pour « faire sauter les barrières hiérarchiques ».

[385] Oury, J. et Faugeras, P., op.cit., p.9.
[386] Idem.
[387] Oury, J. et Faugeras, P., op.cit. p.37.
[388] Op.cit. p.40.
[389] Oury, J., « La psychothérapie institutionnelle de Saint Alban à La Borde », op.cit.

La création de « Club », « comités hospitaliers », en position d'extimité par rapport à l'institution est une des inventions fondamentales du courant de la psychothérapie institutionnelles. Ce sont des sociétés intérieures, composées par les malades eux-mêmes, mais indépendantes par rapport à l'institution. Elles sont en générale gérés par des fédérations indépendantes telles que Croix Marine. Ainsi, les malades sont en libertés, sans qu'il y ait pour autant absence de structure.

b. La sectorisation française

La « matrice sainte albanaise », selon l'expression de Jean Oury, est également à l'origine de la politique du secteur. La psychothérapie institutionnelle menée dans l'hôpital, n'exclut pas l'action menée hors de l'hôpital, les deux étant intimement liées. Il s'agit de ne pas opposer l' « intra » à l' « extra », c'est-à-dire le travail dans et hors de l'hôpital. La psychiatrie de secteur, ou psychiatrie communautaire, est porté par un idéal égalitaire et d'intégration de la maladie mentale dans la société. Cela signifie que l'hôpital psychiatrique ne doit plus constituer l'unique lieu de soin, il doit être un outil parmi d'autres. Le centre de la démarche thérapeutique est déplacé vers la cité, au cœur d'un réseau densifié de moyens.

Une machine à coudre dans un champ de blé

Le problème, c'est de savoir comment intégrer la folie dans la cité. Tosquelles emprunte aux surréalistes cette métaphore, « d'arriver à mettre une machine à coudre dans un champ de blé »[390], pour indiquer qu'il ne s'agit pas d'une simple mécanique du dedans et du dehors. La folie comporte automatiquement des phénomènes d'exclusions. Pour faire face à cela, il faut d'abord considérer la folie comme faisant partie de la nature humaine, et donc pas seulement circonscrite dans les lieux où on pense l'enfermer. Au contraire de l'antipsychiatrie, pour laquelle la société est seule productrice de la maladie mentale. Il y a pour les tenants de la psychothérapie institutionnelle une double aliénation : sociale et psychopathologique. L'appui d'une institution est indispensable. Ce dont il s'agit est de théoriser l'activité soignante au cœur du dispositif.

La première expérience de secteur est initiée en 1954 à Paris par des psychiatres psychanalystes : Philippe Paumel, René Diatkine, Serge Lebovici et Paul-Claude Racamier. Ils vont créer une association loi de 1901 : l'Association de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement. Au principe de leur fonctionnement se trouve la question de l'institution comme outil thérapeutique, ce qui implique que les instances administratives confient les tâches de santé mentale à l'équipe soignante. Les directeurs sont des soignants, et les administratifs sont hiérarchiquement les exécutifs du collectif soignant. Cette idée est

[390] Cité par Coupechoux, P., in « Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux », éditions du Seuil, 2006, p.111.

fondamentale et d'actualité quand, aujourd'hui, ce sont les gestionnaires qui dictent la politique de santé mentale sur des critères de rentabilité.

En 1963, l'association fonde un hôpital avec des services d'urgences, on y met en place l'hospitalisation à domicile, un atelier thérapeutique, un atelier protégé, l'hospitalisation de jour ou de nuit, des clubs, des foyers de postcure.

L'aspect administratif

Le démantèlement de « l'hospitalocentrisme » est officiellement institué par la circulaire du 15 Mars 1960 qui met en place le « secteur ». C'est une réorganisation complète de la psychiatrie publique en un découpage géo-démographique de 70000 habitants. On parle également de « psychiatrie communautaire », l'hôpital psychiatrique ne disparaissant pas, mais étant institué comme un « centre de traitement transitoire ». L'objectif est triple : traiter à un stade précoce la maladie mentale ; séparer le moins possible de la famille et du milieu ; éviter les réhospitalisations par des dispositifs de postcure.

La continuité des soins est érigée en principe. L'équipe soignante a la responsabilité complète, sur un territoire donné, de la prévention, du dépistage, de la précure, de l'hospitalisation, de la postcure et de la réadaptation. C'est une véritable médecine sociale appliquée à la santé mentale de toute une population.

Toutefois, l'idéal de communauté thérapeutique n'est pas sans lien avec la question du coût de la santé mentale. En 1960, les lits en psychiatrie constituent, en France, 35 % des lits d'hospitalisation publique. A l'heure de la Sécurité Sociale, il est devenu impératif de diminuer et le nombre des admissions et celui des journées d'hospitalisation.

L'économie de la santé mentale et le risque social

Selon l'OMS, les coûts économiques des troubles psychiatriques représentaient en 2005 3 à 4% du produit national brut des Etats membres de l'Union Européenne[391]. Sans compter la perte de productivité, les pathologies psychiatriques sont l'une des causes principales de retraite anticipée ou de la perception d'allocation d'invalidité. Nos sociétés sont confrontées à un paradoxe : les murs de l'asile sont tombés, mais parallèlement la souffrance s'est mise à sourdre de partout. Nous avons là les conséquences de ce que nous avons appelé plus haut le paradigme de la santé mentale.

Or, les drames de ces dernières années, notamment le crime de Pau en 2004, ont rallumé les projecteurs sur la scène psychiatrique : « les fous sont parmi nous »[392]. Du temps de l'asile la réponse était finalement simple, on enfermait le patient. « L'asile c'était la paix sociale ». Or, l'hôpital psychiatrique aujourd'hui ne peut plus jouer ce rôle. Le nombre de lits a considérablement diminué, certes on continue d'hospitaliser les patients en crises, mais on ne les garde plus. Le problème est double pour la psychiatrie : d'abord, repérer à temps la crise et si possible la prévenir ; ensuite, agir vite, le plus efficacement possible et à moindre

[391] Voire P. Coupechoux, « Un monde de fous », p.268.
[392] Idem, p.291.

coût. Ce que nous dit Patrick Coupechoux sur la politique de santé mentale actuelle c'est que la mise en place de « réseaux » consiste essentiellement en une organisation des moyens privilégiant « les réponses techniques, immédiates, efficaces, au détriment de la démarche de fond, diversifiée, inventive et longue que nécessite l'approche de la maladie mentale ».

« Chaque société a la pathologie qu'elle mérite et la psychiatrie qui lui convient »[393], écrit Roland Gori. Au nom du progrès scientifique et du « bien être » social, nous assistons à un véritable choix par le pouvoir d'une conception de l' « Homme », des significations anthropologiques de sa folie, de ses angoisses, de ses malaises et des prises en charges qu'il requiert. Ce choix, dit Roland Gori dans son ouvrage « La dignité de penser »[394] paru en 2011, est le produit d'une époque, d'une société, « *tendant à privilégier de manière tragique un aspect de la réalité le plus à même de servir socialement l'économie matérielle et symbolique des logiques de domination* ». Nous retrouvons alors dans la fabrique des dispositifs institutionnels une nouvelle forme d'hygiène du corps social qui récuse l'histoire singulière au profit d'une conception déficitaire qui rend compte des troubles mentaux en termes de dysfonctionnement neurocognitifs. Et dans les prises en charges des souffrances psychiques et sociales, d'avantage une simple gestion des risques fondée sur l'épidémiologie des populations, plutôt que des pratiques de soins.

Le paradigme médico-économique a pour conséquence, dans le langage même des textes officiels, « un « gommage anthropologique » de la souffrance psychique, des conflits qui la motivent et des significations qui pourraient être les siennes »[395]. C'est l'ère des dispositifs normatifs de quadrillage et de contrôle social comme manière de civiliser les mœurs. On assiste à la re-médicalisation de la psychiatrie en sous-spécialité. Alors même qu'elle avait trouvé à se réinventer en se séparant de la neurologie.

c. L'antipsychiatrie

Pour conclure ce chapitre sur le problème éthique de l'organisation institutionnelle, nous abordons le courant de l'antipsychiatrie. Nous pourrions dire que ce courant est ce qui résulte lorsqu'on oubli la motivation clinique au principe de l'institution et qui rend sa fonction sociale irremplaçable. « Ce n'est pas parce qu'elle guérit que l'institution doit être maintenue, ni parce qu'elle ne guérit pas qu'elle doit être supprimée » dit Alfredo Zenoni[396]. « *On n'a peut-être pas assez perçu que c'est à cause de cette confusion entre sa fonction hôtelière, d'hospitalisation (au sens étymologique du terme), et ses objectifs thérapeutiques que l'institution a pu faire l'objet de critiques et de mesures d'abolition* ».

Succinctement, nous pouvons parler d'abord de l'antipsychiatrie des philosophes. Dont l'un des représentants en France est Michel Foucault avec son « Histoire de la folie ».

[393] Gori, R., « La dignité de penser », éditions LLL Les Liens qui Libèrent, 2011, p.50.
[394] Gori, R., « La dignité de penser », éditions LLL Les Liens qui Libèrent, 2011, p.46.
[395] Idem, p.56.
[396] Zenoni, A, « L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique », Editions Eres Point Hors Ligne, 2009, p.20.

Pour lequel la psychiatrie n'était que l'héritière du « grand renfermement » de l'âge classique[397]. La critique de « l'ordre psychiatrique » et de la « flichatrie de secteur » ne se préoccupe guère de la réalité de la souffrance et de l'angoisse. Mais conçoit la maladie mentale comme un mythe socialement construit. Toutefois, cette antipsychiatrie des philosophes n'est pas sans intérêt dans la mesure où elle permet un questionnement sur l'épistémologie psychiatrique et les idéaux qui soutiennent ses pratiques.

L'antipsychiatrie britannique

L'antipsychiatrie est un mouvement qui s'est développé en Grande-Bretagne au début des années 1960. Le terme a été inventé par trois psychiatres britanniques, David Cooper, Ronald Laing et Aaron Esterson.

Pour Cooper et Laing, les causes de la folie sont à rechercher exclusivement dans la société : « la psychiatrie avale ce que la société vomit ». David Cooper (1930-1986) propose une déconstruction du système asilaire. Avec Ronald D. Laing (1927-1989), il fonde une communauté thérapeutique (1965) : Kingsley Hall. S'ils récusent globalement la maladie mentale, ils ne nient pas l'existence des schizophrénies aigues. Ils soutenaient que les symptômes schizophréniques n'étaient que la conséquence de traitements répressifs qui interdisaient la « métanoïa ». Sorte de « voyage » délirant, considéré comme une expérience de potentialités psychiques nouvelles. Autrement dit, il ne faut pas en contrarier l'évolution. C'est un voyage à la découverte de soi-même, que le psychiatre doit accompagner.

D'autre part, tenant de la théorie familiale (Palo-Alto), ils proclament que nous sommes tous schizophrènes car élevés dans les familles aliénées au monde capitaliste[398]. Le film de Kenneth Loach, « Family Life » met en récit les fondements de l'antipsychiatrie : la schizophrénie est le lot de tous, seul le pouvoir arbitraire de la famille et des psychiatres faisant que certains, pas plus malades que les autres, se retrouvent internés ou soumis à des traitements pseudo médicaux. La schizophrénie est donc une création du milieu, une stratégie pour parvenir à vivre là où c'est invivable.

L'antipsychiatrie italienne

En France l'antipsychiatrie a peu de succès. Par contre, en Italie ce mouvement conduira à la fermeture des hôpitaux psychiatriques sous l'influence de Franco Basaglia (1924-1980). Sa critique de la psychiatrie s'accompagne d'une critique du capitalisme et du pessimisme de la raison : « tout ce qui ne produit pas est malade », « le pouvoir doit rendre l'improductivité productive ». Dans une série de conférences au Brésil dans les années soixante-dix, il énonce les fondements d'une pratique qui se veut optimiste. Le mouvement antipsychiatrique est une critique de la société de consommation. Elle résonne avec le mouvement étudiant des années soixante. La folie devient la métaphore de tout ce qui dérange les sociétés normalisées.

---

[397] Voire, Hochman, J., « Histoire de la psychiatrie », p.113.
[398] Garrabé, J., « Histoire de la schizophrénie », p.248.

Le mouvement italien parviendra à provoquer la constitution d'une commission parlementaire pour réformer la loi qui confiait la décision d'interner au pouvoir judiciaire. La nouvelle loi, votée le 17 mai 1978, interdit toute nouvelle construction d'hôpitaux psychiatriques et modifie l'internement sous contrainte. Des centres de santé mentale sont aménagés dans les hôpitaux généraux et en dehors. Ce système a ses limites. Outre une disparité entre les régions, il apparaît très vite que les patients chroniques sont « dissimulés » dans les hospices et maisons de retraite. Ceux qui peuvent payer vont dans des cliniques privées[399]. Aujourd'hui on peut dire que l'antipsychiatrie a ruiné la psychiatrie en Italie, mais n'a pas su la remplacer.

La schizophrénie est au cœur de ce mouvement. On peut dire, d'ailleurs, que c'est par ce mouvement qu'elle est mise sur la scène médiatique.

[399] Quetel, C., « Histoire de la folie », p.525.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Partie II – Psychanalyse et Schizophrénie

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Chapitre 1: Du primat du symbolique au primat du réel

La clinique psychanalytique, contrairement à la clinique psychiatrique, ne consiste pas en un classement des maladies mentales, mais elle compose au cas par cas. Visant le plus intime de chaque sujet, son mode de jouir propre, aucun classement ne peut venir en rendre compte de manière satisfaisante. Et si Freud et Lacan indiquaient comme référence la structure, c'était dans la visée de pouvoir discuter le cas dans le discours psychanalytique. Construire le cas, cela signifie en donner les coordonnées logiques pour contribuer à l'avancée du discours psychanalytique et saisir les mutations de la clinique.

Nous avons vu que la clinique est le résultat d'une opération historique : les symptômes ne revêtent pas les mêmes formes selon le contexte sociopolitique d'une époque. C'est ce qui fait que la psychanalyse reste une perpétuelle recherche, et qu'elle ne pourra jamais se clore sur elle-même comme discours constitué en science.

Nul doute que le soubassement de la clinique analytique est d'héritage psychiatrique. Mais la psychiatrie n'a rien apporté de nouveau depuis un demi-siècle. La clinique psychiatrique aujourd'hui est une clinique du médicament qui panse les affections du patient à partir des effets possibles de celui-ci. Le symptôme analytique n'est donc pas celui de la clinique psychiatrique. Le symptôme analytique est un symptôme parlant qui s'oppose à la clinique psychiatrique dite « muette »[400].

La clinique psychanalytique est une clinique du signifiant et une clinique sous transfert. Dès lors, la psychose est-elle l'apanage de la psychiatrie, si on part de l'hypothèse freudienne selon laquelle il n'y a pas de transfert possible dans la psychose ?

Outre que cette thèse freudienne se trouve infirmée par la clinique, nous avons vu que la diffusion de la psychanalyse, un siècle après l'avènement de la découverte freudienne, entraîne un accroissement considérable des demandes de cures émanant de sujets psychotiques. Or, discerner ceux-ci parmi les sujets névrotiques constitue l'un des enjeux majeurs. La possibilité d'un traitement est subordonnée à la capacité d'opérer cette distinction. Cette opération n'est pas aisée en raison d'une profusion de concepts.

Pour nous y retrouver, nous pensons la question de la psychose à partir des investigations de Jacques Lacan, opérées à partir de sa pratique psychanalytique, sa présentation de malades à l'hôpital Sainte Anne, sa lecture de Freud et les avancées des sciences de son temps. En 1957, il introduit le concept de Forclusion du Nom-du-Père pour désigner la structure spécifique de la psychose. Concept qu'il reconsidérera périodiquement à la mesure de ses avancées dans l'abord de la découverte freudienne.

[400] Floury, N., « Le réel insensé. Introduction à la pensée de Jacques-Alain Miller », éditions Germina, 2010, pp.57-59.

2.1.1. L'inconscient structuré comme un langage

L'expérience psychanalytique des psychoses se fonde d'une conception du sujet psychotique qui ne se confond pas avec la figure du fou. La psychose n'est pas due à un quelconque dysfonctionnement, elle ne relève pas d'une étiologie organique.

« Le fou est l'homme libre »[401] dit Lacan. Un homme libre au sens où il y a chez lui rejet, le rejet de « l'imposture paternelle ». Ce rejet implique une position subjective. Le fou a fait un choix en quelque sorte. Il choisit la folie, et le délire reste une solution à quelque chose de plus menaçant. La thèse de la liberté dans la psychose est la seule propre à distinguer les maladies neurologiques de la psychose proprement dite. L'élaboration structurale de la forclusion comme condition essentielle de la psychose n'a pas détourné Lacan de cette thèse.

« Existe-t-il un clinique psychanalytique des psychoses ? »[402] Cette question implique de situer le discours de la psychanalyse par rapport à la clinique psychiatrique. Nous avons vu que cette dernière s'appareille au discours universitaire, dans la mesure où elle cherche à produire un sujet à partir d'un savoir déjà là. Au contraire, le discours analytique implique que le sujet soit déjà là, et qu'on le mette au travail. Or, le problème que pose la psychose concerne d'abord la question de la production du sujet comme barré, ensuite celui du consentement du sujet à se mettre à la tâche.

Si la psychanalyse a donc quelque chose à dire concernant la psychose, et notamment la schizophrénie, il s'agit donc de situer son discours par rapport aux autres déjà présentés. Nous verrons donc que, si pour la psychanalyse « le langage est déjà là dans tous les cas »[403], ce qui implique le lieu de l'Autre comme déjà constitué, cela n'est pas le cas pour le sujet qui, lui, est à naître.

a. L'inconscient structural

A côté de la raison du cogito « je pense donc je suis » et de la science positiviste, la découverte freudienne de l'inconscient articule l'expérience subjective selon une autre logique. La répétition chez le névrosé donne lieu à l'interrogation sur les déterminants du désir. Le sujet n'est pas maître en sa demeure. Il y a l'expérience subjective du désir, de l'angoisse, de la jouissance qui excède les possibilités de la rationalité.

Le symptôme a un sens qui se rattache à la vie psychique du malade, en attente d'être déchiffré. Il est possible d'interpréter le symptôme, il veut dire quelque chose. Le symptôme au sens freudien implique une face signifiante et une face libidinale : il est le résultat d'une substitution de satisfaction. Le sens est en rapport avec les expériences vécues par le patient, avec quelque chose qui ne peut pas se dire. Ces événements ont fait l'objet d'un refoulement, mécanisme de défense psychique. Le symptôme est une formation de l'inconscient qui signe le retour du refoulé : quelque chose veut se dire. Le symptôme présente donc un aspect paradoxal : alors que le patient s'en plaint, il y tient et ne semble pas vouloir s'en débarrasser.

[401] Miller, J.-A., « Sur la leçon des psychoses », Actes de l'E.C.F., n°13, 1987, p.96.
[402] Miller, J.-A., « Produire le sujet ? », Actes de l'E.C.F., n°4, 1983.
[403] Miller, J.-A., « Produire le sujet ? », op.cit.

C'est cette satisfaction paradoxale du symptôme, qui se révèle être une formation de compromis entre le désir et la défense. Il se substitue à la satisfaction recherchée par la libido qui n'a pas eu lieu.

Cela porte à conséquence sur la conception de l'homme au regard des autres espèces. D'une part, le corps n'obéit pas au savoir naturel de l'organisme et de l'instinct de conservation de l'espèce. D'autre part, le corps de l'homme se singularise de porter les traces de sa rencontre avec la parole, venue perturber son fonctionnement sous formes d'affects et de symptômes.

Ça porte également à conséquence dans la conception que l'on peut se faire du langage et de ses rapports à l'être. Le sujet de l'inconscient est divisé entre langage et jouissance du corps. L'inconscient répond à des lois précises : le déplacement et la condensation, auxquelles Lacan donne sa véritable portée en montrant qu'il s'agit des lois du langage et de la parole (métaphore et métonymie). La considération de l'inconscient structuré comme un langage, la pratique analytique qui en tient compte servent de ligne de partage entre lacaniens et non lacaniens.

Qu'entend-on par « structure » ? Ce terme pris un essor particulier dans les années cinquante à partir des travaux de Claude Lévi-Strauss et de Jacques Lacan. Un mouvement de pensée en émergea : le structuralisme. Courant qui modifie les perspectives en psychiatrie en introduisant la notion de structures psychopathologiques. Toutefois, pour Lacan la structure se rapporte avant tout au concept de « sujet » : si du sujet peut advenir, c'est bien parce qu'opère un processus de construction – structuration - qui lui permet de se façonner et d'endosser les caractéristiques psychiques qui vont le conduire à se reconnaître lui-même, d'une part, et à se reconnaître comme humain, d'autre part, c'est-à-dire un parmi les autres[404].

La structure pour Lacan est aussi bien la structure du sujet – la façon dont il s'est constitué, organisé psychiquement – que la structure du langage en tant que c'est en venant habiter le langage, que le sujet devient sujet, qu'il prend place dans la structure et, ainsi, en acquiert une. Autrement dit, c'est le langage qui est premier et détermine le sujet. Dans « Position de l'inconscient »[405], Lacan explicite la primauté du symbolique à partir des opérations de causation du sujet : aliénation et séparation. L'inconscient structuré comme un langage entraîne la formule « un signifiant représente le sujet pour un autre signifiant »[406] qui explique la division originaire du sujet. Ce qui crée la structure, c'est la façon dont le langage émerge chez un être humain.

b. Aliénation et Séparation

On peut donc dire que, pour le discours analytique, le langage est déjà là dans tous les cas. Tout sujet passe par le temps de l'aliénation signifiante. Il est articulé à la présence de

[404] Abelhauser, A., « Le désir et la structure », in « Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne. Repères épistémologiques, conceptuels et cliniques », sous la direction de L. Jodeau-Belle et L. Ottavi, Presses Universitaires de Rennes, collection DIDACT Psychanalyse, 2010

[405] Lacan, J., "Position de L'inconscient," in *Écrits*, Le Champ Freudien (Paris: Éditions du Seuil, 1966).

[406] Idem, p.840.

l'Autre comme lieu des signifiants : « ça parle de lui avant qu'il ne parle »[407]. C'est ce que veut dire « le sujet comme effet du signifiant » ; dans tous les cas, le sujet est dans la sujétion signifiante du « ça parle de lui ». Du fait de sa prématuration, le petit d'homme est assujetti à l'Autre. Il dépend de l'Autre pour satisfaire ses besoins. Et au-delà, il se trouve assujetti à l'Autre par la demande d'amour : qu'est-ce que je suis pour toi ?

La présence incarnée de l'Autre importe pour que le cri devienne appel. Lacan souligne la responsabilité éthique de l'Autre qui doit se faire le destinataire de ce que le sujet lui adresse. Cela place l'enfant en position de sujet qui veut prendre la parole. La reconnaissance d'une prise de parole possible pour l'enfant fait qu'il devient sujet. C'est à ce point qu'on situe la dialectique entre demande et désir.

Le premier temps est donc celui qui articule le cri, S1, à un autre signifiant, S2. Le couplage de ces signifiants (S1 - S2) vient faire barrage à la jouissance primordiale en l'asservissant au langage. Le mathème $ vient représenter le sujet assujetti à l'Autre du langage et par là même divisé.

Toutefois, l'aliénation au signifiant implique un choix du sujet d'accepter ou pas d'en passer par l'Autre. Ainsi, sur le trajet qui mène à la division subjective il y a la seconde opération de causation du sujet : la séparation. Si le premier temps correspond au processus symbolique de l'articulation signifiante, le second articule le sujet à l'objet. On peut parler du moment pulsionnel de la subjectivation.

Le Fort-da est le paradigme de cette opération. L'alternance présence / absence de la mère ouvre l'enfant à la question du désir de l'Autre (*Che vuoi ?)* et à l'ordre symbolique (battement signifiant). C'est l'opération de la castration symbolique et ses conséquences phalliques œdipiennes que Lacan retranscrit comme métaphore du signifiant du Nom-du-Père.

A la place de l'Autre tout puissant, vient se substituer un Autre comme loi signifiante, un Nom-du-Père. Pour l'enfant névrosé, c'est la métaphore paternelle[408] qui donne à l'obscur désir de l'Autre une signification phallique. A la place de l'absence de la mère vient le Nom-du-Père qui vient donner sens à ce désir.

C'est ce qui permet à Lacan d'utiliser le concept de structure, c'est-à-dire que l'enfant rencontre un trou dans le savoir autour duquel vont s'organiser les signifiants de la constellation familiale : le Nom-du-Père et le Désir de la Mère. L'instance phallique est ce qui permet de vectoriser le sens et la jouissance (désir). La signification phallique possède alors une fonction de normativation.

c. Primat de l'Autre

On peut résumer ce moment de l'enseignement de Jacques Lacan par la formule : « Y'a de l'Autre ». C'est dans l'article de 1958, « D'une question préliminaire à tout

[407] Miller, J.-A., « Produire le sujet ? », op.cit.

[408] $\frac{\text{Nom du père}}{\text{Désir de la mère}} \bullet \frac{\text{Désir de la mère}}{\text{Signifié au sujet}} \rightarrow \text{Nom du père} \left(\frac{(A)}{\text{Phallus}}\right)$

traitement possible de la psychose »[409] qu'il promeut la fonction paternelle comme clé de voûte de l'architecture linguistique, sociale, dialectique, etc. Nous avons vu que la métaphore paternelle est la formalisation de l'Œdipe freudien. Soit une théorie du désir qui a pour limite le désir infantile : désir du meurtre du père et désir de la jouissance de la mère. Le pas de Lacan ici est de promouvoir à côté de l'Autre du signifiant, le Nom-du-Père comme Autre de la loi[410].

Avec jacques-Alain Miller, dans son exposé « L'Autre sans Autre » [411], nous pouvons dire que le premier enseignement de Lacan est sous l'égide de la loi : les lois linguistiques (signifiant et signifié), les lois du discours (dialectique de la reconnaissance qui voudrait qu'un sujet ne puisse assumer son être que par la médiation d'un autre sujet), les lois mathématiques, les lois sociologiques, la loi freudienne (comme condition pour que la jouissance du corps se stabilise et que le sujet accède à une expérience de la réalité qui lui sera commune avec d'autres sujets).

Autrement dit, l'enseignement de Lacan est là gouverné par le primat du symbolique, en tant qu'il obéit à la loi dans ces différents registres. Pour le premier Lacan la notion d' « ordre symbolique », est nécessaire pour fonder la tripartition symbolique, imaginaire et réel. On peut dire que dans l'ordre symbolique chaque chose est à sa place. Ce qui s'oppose au désordre imaginaire où, au contraire, les éléments échangent leur place, si bien que les places ne se distinguent pas. Termes dans lesquels Lacan décrit les relations entre le moi et l'autre : « *le moi et l'autre empiètent l'un sur l'autre, rivalisent, se font la guerre, ne trouvent entre eux que des équilibres instables, si bien que l'imaginaire apparaît marqué d'une inconsistance essentielle* »[412]. Quant au réel, nous dit Jacques-Alain Miller, il est en dehors du clivage entre ordre et désordre : « il est purement et simplement ».

Le point de départ de l'enseignement de Lacan est donc le Nom-du-Père comme support de la fonction symbolique, le père incarnant la figure de la loi. Cependant, par la suite, tout son enseignement va dans le sens contraire : vers le *sans loi*. Si nous poursuivons la lecture du texte de Miller « L'Autre sans Autre », nous y trouvons la logique de déconstruction de la métaphore paternelle dans la suite de l'enseignement de Lacan. Le premier point étant, précisément, qu'il n'a mis en avant le Nom-du-Père et la métaphore paternelle que pour la montrer défaillante dans la psychose.

« Premièrement, on peut déjà remarquer que Lacan n'a mis en avant le Nom-du-Père et la métaphore paternelle que pour la montrer défaillante dans la psychose.

Deuxièmement, il a montré la permanence en tant qu'objet petit a, d'une jouissance qui ne reçoit pas son sens de la métaphore paternelle.

Troisièmement, quand il s'est trouvé excommunié de l'IPA, et qu'il a donc renoncé à son Séminaire « Des Noms-du-Père » pour faire le Séminaire des *Quatre concepts*, il a mis très clairement en accusation dans ce Séminaire – relisez-le – le désir de Freud, comme asservi à la figure du père.

---

[409] Lacan, J., *Ecrits*, op.cit. p. 531.

[410] « Nom-du-Père, - c'est-à-dire du signifiant qui dans l'Autre, en tant que lieu du signifiant, est le signifiant de l'Autre en tant que lieu de la loi », Lacan, J., « D'une question préliminaire à toute traitement possible de la psychose », op.cit. p. 583.

[411] Miller, J.-A., « L'Autre sans Autre », exposé de clôture du XIème Congrès de la NLS, « Le sujet psychotique à l'époque Geek », Athènes, 19 mai 2013.

[412] Op.cit.

Quatrièmement, s'agissant de l'Œdipe, il lui a donné le statut d'un mythe qui désigne et voile à la fois la castration, et il a cessé d'en faire une loi. Il en a fait un mythe, c'est-à-dire une histoire imaginaire, organisée, mais imaginaire.

Cinquièmement, la métaphore paternelle écrit d'une certaine façon le rapport sexuel sous la forme de la prévalence virile sur la position féminine maternelle. Ce qu'il a démenti par le théorème « il n'y a pas de rapport sexuel ». Et ce théorème ruine la notion d'ordre symbolique.

Sixièmement, il a enfin défini le Nom-du-Père comme un sinthome, c'est-à-dire comme un mode de jouir parmi d'autres.

Et je termine par un septième point où j'inscris ce qui est en fait le point premier, le point tournant à partir duquel a commencé la déconstruction du Nom-du-Père comme Autre de l'Autre. Dans le *Séminaire III, Les psychoses*, Lacan faisait part de cette découverte de la métaphore et de la métonymie, les deux figures de style qui selon Jakobson résument toute la rhétorique. Il a commencé par utiliser la figure de la métaphore. Il s'en est servi pour formaliser l'Œdipe freudien, dans le *Séminaire IV, La relation d'objet*. C'est ensuite, seulement, qu'il utilise la seconde figure, la métonymie, pour formaliser le désir. Je dirais qu'il y a là deux termes qui se répondent : la métaphore paternelle et la métonymie désirante. Lacan a d'abord amené la métaphore paternelle et ensuite, d'une façon qui a été moins retentissante, la métonymie désirante.»

2.1.2. Le concept de Forclusion du Nom-du-Père

Nous reprenons ici le dire de Lacan selon lequel « le fou est l'homme libre ». C'est dire que l'être de l'homme ne peut être compris sans la folie, comme la limite de sa liberté. Or, « Sur la leçon des psychoses »[413], Jacques-Alain Miller nous précise que, ce qui porte cette thèse, c'est le procès de subjectivation dont nous avons parlé plus haut. « L'insondable décision de l'être » concerne le refus ou le consentement à l'identification commune. Choisir la division propre au langage ou la rejeter dépend de la position subjective de l'être : « *car la folie consiste à se déprendre de l'attrait des identifications qui ont effet de masse, pour se laisser – le mot est de Lacan – « tenter » par le risque de la folie* ». Bref, la forclusion du signifiant du Nom-du-père est corrélative d'une décision de l'être.

« *L'homme est né dans les fers, les fers du signifiant, et partout il est dans les fers – sauf l'aliéné, en effet, qui a rejeté la séduction du père, mais au prix de son âme, voire de la forme même de son corps* »[414]. Certes, il y a un choix, mais un choix « impensable ». C'est-à-dire que cette formule ne promeut pas la folie. Mais s'applique à cerner les conséquences pour un sujet lorsqu'il refuse de se soumettre à l'ordre symbolique :

« Il n'a point voulu échanger la jouissance pour le signifiant du Nom-du-Père, et la jouissance lui est restée intime, tandis que le signifiant du père lui était forclos. Dès lors, la liberté en effet est son lot, car il n'a point placé en l'Autre la cause de son désir. Savait-il qu'il serait voué par là, logiquement, à ce que l'Autre l'aime et le poursuive de ses assiduités jusqu'à la persécution ? »[415]

[413] Miller, J.-A., « Sur la leçon des psychoses », actes de l'E.C.F., n°13, 1987.
[414] Miller, J.-A., « Sur la leçon des psychoses », op.cit.
[415] Idem.

a. Une approche non déficitaire de la psychose

Dès lors que nous introduisons la fonction du sujet dans notre considération des psychoses, y compris la schizophrénie, ça veut dire, au sens de Lacan, qu'on ne peut pas traiter la question en termes de déficit ou de dissociation[416]. La fonction du sujet peut se définir à partir de la préexistence du langage par rapport au sujet. Il y a sujet comme effet du langage, peu importe qu'il parle ou pas.

Avec le Nom-du-Père, Lacan ne parle donc pas en termes de déficit, mais en termes de *manque de signifiant*. L'Œdipe, c'est l'armature signifiante minimale pour qu'un sentiment de la réalité entre guillemets normale se constitue pour le sujet[417]. Ce que dit la forclusion c'est qu'il s'agit d'un sujet comme effet du signifiant mais spécialement du signifiant qui manque (le phallus).

Toutefois, pour bien saisir la question cruciale du sujet dans la psychose, il faut distinguer le sujet – créature du signifiant – du parlêtre. C'est le sujet qui a à émerger du vivant, qui surgit d'un premier statut qui est celui d'objet. Cela concerne le problème de la reproduction de la vie, il s'agit de l'objet qu'il a été dans le désir de l'Autre : « ce que le sujet a été pour l'Autre dans son érection de vivant »[418].

Dans cette période de l'enseignement de Lacan on s'adresse au réel à partir du symbolique (l'Autre est déjà là), et – nous dit Jacques-Alain Miller[419] – « le réel répond ! » C'est ainsi que l'on peut entendre la définition de Lacan « le sujet est la réponse du réel ». Dès lors, la clinique psychanalytique des psychoses pourrait être l'étude des réponses du réel.

Si tout est affaire du dit dont le sujet s'ensuit, on peut formuler une clinique différentielle à partir de la façon dont « ça parle » pour un sujet – sujet comme effet du signifiant : le névrosé « parle de lui », pour le sujet paranoïaque, « ça parle lui », voire « ça parle *dans* lui »[420], tandis que pour le sujet de la schizophrénie « ça ne parle pas de lui ».

Et à partir de ce que cela implique à partir du statut d'objet dans le désir de l'Autre, autrement dit de la position du sujet par rapport à la castration[421]: le névrosé a consenti au manque-à-être (castration) et il s'en défend par le fantasme. Alors que dans la psychose l'objet ne fonctionne pas comme la cause du désir. Il est pur réel. Dès lors, pour s'en protéger le paranoïaque s'invente lui-même comme objet de la jouissance de l'Autre. Tandis que la schizophrénie est définie par J.-A. Miller comme « la subjectivation »[422] de ce pur réel. A quoi fait référence la note que l'on trouve dans l'article « Clinique ironique » : « *le schizophrène n'a pas le signifiant du manque, rien n'empêche qu'on puisse essayer de l'aider à l'obtenir dans le réel* »[423].

---

[416] Lacan, J., « Présentation des Mémoires d'un névropathe », in *Autres Ecrits*, aux éditions du Seuil, Paris, 2001.
[417] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », Quarto n°10, revue de psychanalyse publiée en Belgique, Février 1983.
[418] Miller, J.-A., « Produire le sujet ? », op.cit.
[419] Idem.
[420] Idem.
[421] Miller, J.-A., « L'incidence du sujet dans les psychoses », Quarto, revue de psychanalyse publiée en Belgique, n°104, Septembre 2014.
[422] Idem.
[423] Miller, J.-A., « Clinique ironique », La cause freudienne n°23, Enigme de la psychose, Février 1993.

S'orienter de l'enseignement de Lacan c'est donc inscrire la psychose dans le registre de l'éthique. D'une part, dans la mesure où il s'agit d'une position subjective de l'être qui refuse l'identification au père, le sujet supposé savoir, le discours du maître comme imposture. D'autre part, dans la mesure où cela participe d'un effort pour bien dire le réel, pour inventer une autre solution que la norme œdipienne. A ce sujet, Lacan parle de la psychose comme d'un essai de rigueur, et de courage pour qualifier la construction du délire.

La problématique du traitement psychanalytique de la psychose est donc de s'orienter à partir du choix du sujet par rapport à la castration. Lacan propose le terme de « rebroussement », autrement dit :

> « Conduire le symptôme jusqu'à son point de rebroussement, où peuvent fleurir des effets de créations. […] Sur le chemin de ce rebroussement, il peut arriver que le sujet vienne à se laisser séduire par une identification compatible avec celle de ses semblables. […]
>
> Alors, sur ce chemin, comment l'accompagne-t-on ? En témoin ? En secrétaire ? En assistant ? En compagnon ? Disons qu'on l'accompagne, avant tout, en tant que semblable »[424].

b. *La structure psychotique*

Maintenant que nous nous sommes assuré que nous abordions la psychose comme affaire d'un sujet, nous allons déplier le mode d'appréhension de la psychose d'orientation lacanienne.

La recherche[425] de Lacan trouve sa dynamique dans une rencontre privilégiée avec la paranoïa, qui le confronte aux impasses de la psychiatrie du début du XXème siècle, et qui le porte à s'intéresser à la découverte freudienne. « Ne devient pas fou qui veut », écrit-il sur les murs de la salle de garde. Or, c'est ce que Freud semble indiquer lorsqu'il se réfère, dans sa recherche d'un mécanisme spécifique à la psychose, à la métaphore du cristal : ce que l'on observe, nous dit Freud, quand on jette un cristal par terre c'est qu' « *il se brisera, non pas n'importe comment, mais suivant ses lignes de clivage, en morceaux dont la délimitation, quoiqu'invisible, était cependant déterminée auparavant par la structure du cristal* »[426].

La relecture opérée par Lacan des textes de Freud dans les années cinquante, l'amène à dégager dans les écrits du fondateur de la psychanalyse un concept qui, auparavant, n'avait pas retenu l'attention : la « Verwerfung »[427]. C'est Jean-Claude Maleval, dans « La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique »[428], qui déplie la construction et l'évolution du concept. La détermination de la structure de la psychose, en référence à la forclusion du Nom-du-Père, émerge dans le Séminaire III, « Les psychoses », et trouve ses développements

[424] Idem.
[425] Lacan, J, « De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité », Thèse de médecine soutenue en 1932, Le Seuil. Paris, 1980.
[426] Freud, S., « Nouvelles conférences sur la psychanalyse », Gallimard, Paris, 1936, p.80.
[427] Maleval, J.-C., « Le concept de forclusion du Nom-du-Père », in « *Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne, Repères épistémologiques, conceptuels et clinique* », sous la direction de L. Jodeau-Belle et L. Ottavi. Presses Universitaires de Rennes, Coll. Didact Psychanalyse, 2010.
[428] Maleval, J.-C., « La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique », Seuil, coll. Champ freudien, 2000.

dans l'article « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ». Elle est le pivot de son enseignement des psychoses, du moins sur son premier versant[429].

Le point de départ de Lacan sur les psychoses ce sont donc les structures freudiennes. Et c'est d'abord le texte de Schreber[430] et la problématique freudienne : quel est le mécanisme correspondant au refoulement qui vaut dans le domaine des psychoses ?

La première mention faite par Freud de la *Verwerfung* se trouve dans « Les psychonévroses de défense », en 1894. Où il décrit une forme de défense plus efficace et plus énergique que celle qui est à l'œuvre dans les phobies et les obsessions, « *elle consiste en ce que le moi rejette (Verwift) la représentation insupportables en même temps que son affect et se comporte comme si la représentation n'était jamais parvenue jusqu'au moi* »[431]. Autrement dit, elle caractérise un jugement du moi qui possède la particularité d'être générateur d'une rupture radicale avec une réalité inassumable.

Lacan reprendra cette indication freudienne pour dire que ce qui se passe dans le cas de Schreber c'est que « ce qui a été aboli au-dedans, revient au-dehors ». Ce qui spécifie là, la psychose, c'est que le sujet ne reconnaît plus son énonciation : ça lui vient du dehors. Lacan procède ici comme à une partition entre le phénomène de l'automatisme mental de Clérambault et le lapsus freudien. En effet, quand on fait un lapsus, on peut dire que ce qui a été refoulé au-dedans, revient au-dedans. C'est-à-dire que le sujet y reconnaît son énonciation, et c'est ce qui lui permet de l'analyser. Il y a donc deux types différents de refoulement où ce qui a été refoulé ne revient pas de la même façon par rapport à l'énonciation.

C'est le premier temps de la théorisation de la forclusion où Lacan « cueille » un terme de Freud pour venir obturer une place conceptuellement vide. Le refoulement psychotique est désigné par le terme de « Forclusion » par Lacan, terme qui veut dire « être enfermé à l'extérieur ».

Le deuxième temps a rapport avec ce que nous avons inscrit du manque d'un signifiant : la forclusion est la forclusion d'un signifiant. C'est-à-dire que l'hypothèse de Lacan c'est que le sujet établit son rapport à la réalité, non pas simplement par une maturation développementale, mais seulement s'il est soutenu par une armature signifiante. La forclusion du Nom-du-père désigne donc la carence d'un signifiant essentiel, qui assure la consistance du discours du sujet.

Enfin, la référence œdipienne situe la fonction paternelle comme essentielle. C'est-à-dire le père comme signifiant, à distinguer du père empirique. Le signifiant du père est l'élément différentiel, le point de capiton qui permet l'accolage du signifiant et du signifié, soit que les significations trouvent leur stabilité. Il isole cette fonction à partir de la clinique et notamment des conjectures qui président au déclenchement de la psychose. Situations fréquemment duelles, où le sujet se trouve en position rivalitaire avec un autre, et qui constituent un appel à une fonction tierce pacificatrice. Ou bien, des situations où le sujet se trouve comme mis en opposition signifiante avec ce tiers, sommé par exemple d'assumer ou de dénier une fonction paternelle. Ces conjectures, dit J.-A. Miller[432], se qualifient par ceci

[429] Miller, J.-A., « La forclusion », Cahier de la clinique psychanalytique n°1, décembre 1996.
[430] Schreber, D.-P., « Mémoires d'un névropathe », 1903.
[431] Cité par Maleval, J.-C., « La forclusion du Nom-du-Père », op.cit. p.37.
[432] Miller, J.-A., « La forclusion », op.cit.

qu'il y a toujours un appel à cette fonction tierce et c'est là que, si dans l'alternative signifiante du sujet, on ne trouve comme répondant qu'un trou, on peut dire que se déclenche une psychose.

L'hypothèse du déclenchement de la psychose repose donc sur une conjonction faite d'une mauvaise rencontre avec l'incomplétude de l'Autre, et d'une défaillance de ce qui permettait au sujet de voiler le vide de la forclusion, pour l'essentiel identifications imaginaires ou suppléances. Dans la clinique, la carence de la signification phallique peut impliquer une rupture de la chaîne signifiante : les troubles du langage ; une autre solution pour parer au vide est le délire, comme travail auto-thérapeutique.

c. *Une clinique des conséquences*

Le modèle structural lacanien situe donc le positionnement du sujet psychotique par rapport à l'articulation du signifiant et des lois du langage. Les différents tableaux cliniques se spécifient selon la position du sujet par rapport à cet organisateur du monde qu'est le langage : ceux qui usent du langage pour produire, dans leur parole, une forme de discours qui soutient un lien social et civilise ainsi la jouissance ; et ceux qui ne peuvent s'en saisir et en subissent différentes conséquences. Cette conception implique donc une « clinique des conséquences » de ce ratage de l'inscription du sujet dans le langage.

Or c'est précisément cette question, de ce qu'est fondamentalement l'être humain, qui constitue l'ordre psychiatrique. Nous avons vu que pour Henri Ey la vie psychique s'articule au biologique, et la schizophrénie s'aborde en terme de discordance. Pour lui la maladie mentale est une limite à la liberté. Au contraire de la position de Jacques Lacan[433] qui, critique la théorie organiciste de la folie, vise à autoriser une pratique possible avec des psychotiques pour un psychanalyste. Nous suivrons ici le propos de Michel Grollier, dans l'article « Apport du retour à la structure »[434], pour montrer que la référence à la structure du signifiant porte à conséquence sur la rencontre entre la psychiatrie et la folie.

« De fait, en suivant J. Lacan, nous comprenons que confronté à ces sujets perdus dans l'impossible liberté qui est la leur dans le rapport au langage, la psychiatrie a comme première action de limiter autoritairement celle-ci. Ce traitement a un effet apaisant car il permet d'originer un discours où le sujet peut se positionner ne serait-ce que comme persécuté par la psychiatrie. […]. De cette condition première du soin psychiatrique, il s'agit pour la médecine de tirer les conséquences, à savoir de faire consister un partenaire qui se révèle moins féroce que celui auquel a affaire le psychotique. Cela en gardant ouverte la possibilité d'élaboration et de création pour le sujet errant afin qu'il puisse constituer un appui à une nouvelle création plus inscriptible dans le lien social. […] De là, cette interrogation propre aux travailleurs de la psychiatrie de ne pas céder sur la pente de la maîtrise et du savoir pour conserver un désir que les patients élaborent une solution moins invalidante pour leur inscription dans un lien social minimum. »

[433] Lacan, J., « Propos sur la causalité psychique », 1946, in *Ecrits*, op.cit.
[434] Grollier, M., « Apport du retour à la structure pour une clinique différentielle », Arquivos Brasileiros de Psicologiea, v. 59, n.2, 2007.

Il n'y a donc pas seulement le mécanisme signifiant, mais aussi l'éthique. Lacan s'inscrit dans le mouvement d'une psychiatrie humaniste et sociale.

2.1.3. Le pôle paranoïaque de la psychose

Ce que Lacan va privilégier dans toute une partie de son enseignement, c'est la paranoïa. Concept purement psychiatrique par rapport à celui de schizophrénie qui est post-analytique. C'est-à-dire élaboré pour tenir compte de la découverte freudienne dans la pathologie mentale (Bleuler). D'ailleurs, nous avons vu que Freud lui-même, dans son texte sur Schreber, dit que le concept de schizophrénie est mal formé et ne semble pas être déterminé par des traits de structure.

Dans son aspect paranoïaque, la psychose apparaît être le destin d'une libido qui, non métaphorisée, parvient cependant à se projeter dans la dimension de l'Autre. Ce que Lacan formule dans ces termes : « la jouissance est identifiée dans le lieu de l'Autre ». De là vient que l'Autre se trouve en priorité, et de différentes manières, intéressé par le sujet sous un mode persécutif ou mégalomaniaque, qui témoigne de son statut d'objet de la jouissance de l'Autre. Il est important ici de ne pas oublier que l'Autre ne désigne pas seulement les petits autres, mais aussi une dimension, telle que sa propre image ou sa propre définition sociale.

a. Le conflit avec l'Autre

Dans la paranoïa, on peut dire que le sujet souffre de l'Autre : il est persécuté, objet de sa jouissance. Le délire est une solution pour reconstruire le lien à l'Autre. La clinique de la forclusion du Nom-du-Père met l'accent sur les troubles du langage : « la folie est prise tout entière dans les phénomènes de langage »[435]. Néologismes, ritournelles, sont des tentatives de remédier au défaut dans la structure du langage. En effet, lorsque le psychotique fait l'expérience d'un trouble dans l'ordre du monde, la carence du signifiant paternel se révèle, générant angoisse et perplexité. Mais aussi comme conséquences majeures : le déchaînement du signifiant et la délocalisation de la jouissance. Il s'agit d'instaurer des points d'arrêts au déchaînement du sens.

La formule, « ce qui a été aboli au-dedans, revient du dehors », indique d'abord que le paranoïaque rejette dans le monde extérieur la représentation insupportable. Le déclenchement est rapporté au dévoilement de cette énigme, à la rencontre de la béance de l'Autre. Il fait l'expérience d'une énigme (désir de l'Autre), de la perte de la réalité. A cela répond le travail délirant comme tentative d'obturation de ce trou par des significations nouvelles, mais aussi de localisation de la jouissance.

A cette époque de son enseignement, Lacan ne distingue pas paranoïa et schizophrénie. Le paranoïaque est, néanmoins, celui qui identifie, avec certitude, au champ de l'Autre la jouissance débridée qui trouble l'ordre du monde. La persécution est l'expression

[435] Laurent, E., « Trois énigmes : le sens, la signification, la jouissance », in La Cause freudienne, Revue de psychanalyse n° 23, *L'énigme de la psychose*, Février 1993.

de cette rencontre avec un Autre jouisseur. Face à cela, le psychotique ne dispose que d'un nombre limité de solutions : se faire déchet, devenir sa femme, supprimer le gêneur, se mettre à son service… Il s'agit dans chaque cas de « *rendre acceptable la position fondamentale du sujet psychosé voué, faute d'inscription de son être dans le champ symbolique, à s'appréhender comme un objet de la jouissance pour le désir de l'Autre ?* »[436]

Faute de la médiation paternelle, le travail de mobilisation du signifiant s'effectue sur l'axe imaginaire. La multitude des êtres imaginaires auquel fait appel le sujet incarnent fréquemment des figures paternelles, pacifiantes ou inquiétantes : figures du pouvoir, de la loi, du divin. La prégnance de l'image dans le champ de la paranoïa, témoigne également d'un processus d'atténuation des troubles par identification à une image idéale de lui-même. Il s'agit de cadrer son être, mais dans une identification à la toute-puissance phallique. Cette position exclue la dimension du doute, de sorte que le sujet se présente comme un « locuteur infaillible »[437].

Jusque dans les années soixante, la psychose se spécifie d'un trou au niveau du signifiant, auquel le sujet serait confronté depuis toujours. Ce trou concernait l'instance extérieure de l'Autre du langage. Dès lors, en l'absence d'Autre de la loi dans l'Autre des signifiants, le sujet se trouve confronté à un Autre qui lui adresse des messages, qui jouit de façon illimitée et non localisée. Cependant, à partir de l'élaboration du graphe du désir[438], la conceptualisation du champ symbolique, de l'Autre, se modifie. En effet, Lacan dégage une incomplétude structurale de l'Autre. « Le sujet est ce qui représente un signifiant pour un autre signifiant », indique que le sujet de l'inconscient est ce qui fait le lien entre des signifiants. La division du sujet indique qu'un signifiant essentiel manque dans l'Autre et le rend incomplet, ce qui se note : S (A barré). Autrement dit, aucun langage ne saurait permettre d'articuler la vérité toute entière, il n'y a pas d'Autre de l'Autre[439].

Dès lors que l'incomplétude de l'Autre est dégagée, le signifiant du Nom-du-Père n'est plus le garant de la vérité, mais il devient celui de la consistance de la parole du sujet. L'incomplétude de l'Autre n'est plus déstabilisante en elle-même, c'est parce que le psychotique ne dispose pas de la réponse phallique que les abords de la béance de l'Autre lui sont insupportables. Cette nouvelle conceptualisation, nous dit J.-C. Maleval, déplace l'accent mis sur les troubles du langage vers l'illocalisation de la jouissance : « *La conceptualisation du champ symbolique, de l'Autre, comme barré, troué, pas-tout, constitue la condition pour que le réel de la jouissance non symbolisable puisse devenir appréhendable par l'approche psychanalytique* »[440].

b. Le délire comme tentative de solution

C'est en 1911, à l'occasion de son commentaire du livre du président Schreber, que Freud introduit une conception nouvelle du délire. A savoir que « *ce que nous prenons pour*

[436] Maleval, J.-C., « Logique du délire », 2ème édition, Masson, Ouvertures psyc, 2000, p.97.
[437] Idem, p.164.
[438] Lacan, « Les formations de l'inconscient », Séminaire V, 1957-158.
[439] Maleval, J.-C., « La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique », op. cit. p. 99.
[440] Idem, p.103.

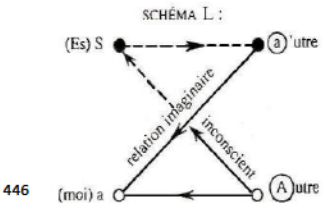
une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction ». Autrement dit, pour Freud, le délire paranoïaque possède un but, celui de renouer les rapports du sujet à la réalité, et celui d'atténuer l'angoisse. Depuis 1911 le délire peut être appréhendé comme une défense, selon Freud contre un désir homosexuel refusé, c'est-à-dire contre ce qui peut susciter l'angoisse. Jean-Claude Maleval, dans « Logique du délire »[441], précise que l'affirmation que le délire possède un but implique une dynamique évolutive inhérente, mais à laquelle Freud ne s'attache pas. Son projet consiste plutôt à dégager l'existence d'une logique fantasmatique originale au principe du développement de chaque délire. Néanmoins, J.-C. Maleval dégage du travail de Freud une tripartition classique à la logique du délire de Schreber : une période d'incubation, une période de réflexions intenses (phase de persécution et de systématisation de Falret et Magnan), et une période de « réconciliation » et de solution du conflit[442].

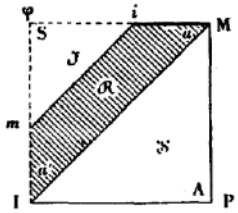
Jacques Lacan, dans son texte « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose »[443] , reprend avec rigueur le travail de Freud sur Schreber à une époque où la psychanalyse est au *statu quo ante*[444], à s'en remettre à la responsabilité du moi à l'endroit de la réalité dans la psychose. Il isole « l'effort de réplique » comme ce qui caractérise le travail de reconstruction délirante à partir des phénomènes de sens, de leurs transformations et leurs distributions. A défaut de l'ordre symbolique universel, il y a le travail de métaphorisation délirante.

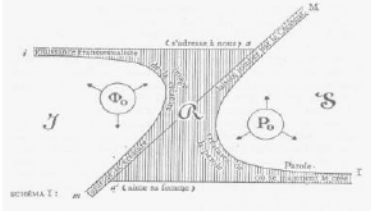
Outre que Lacan dévoile dans ce texte l'armature de l'édifice freudien, il développe sa propre contribution à partir de la chaîne signifiante. Il propose une « formulation scientifique de la relation à l'Autre du sujet » à travers trois schémas[445] : L, R et I[446]. A la fonction directrice d'une articulation signifiante (L), Lacan ajoute « un set de figures imaginaires » à partir du schéma R. Il anticipe sur la construction de la métaphore paternelle en indiquant où la signification du sujet est épinglée sous le signifiant du phallus, comme ce qui soutient le champ de la réalité pour un sujet. Dans le schéma I, il relate les conséquences lorsqu'une circonstance de la position subjective confronte à un trou à la place de la signification phallique : « il est clair qu'il s'agit là d'un désordre provoqué au joint le plus intime du sentiment de la vie chez le sujet »[447].

Lacan reporte donc la position subjective de Schreber sur des schémas afin d'en montrer la structure, lorsque l'on se réfère à la fonction directrice de l'articulation signifiante. Autrement dit, dans la séquence de phénomènes dont témoigne Schreber, « météores du

[441] J.C. Maleval, « Logique du délire », 2ème édition, Masson, 2000
[442] Op.cit. pp.33-37.
[443] Lacan, J., in *Ecrits*, 1958.
[444] Op.cit., p.546.
[445] Le premier indique que la condition du sujet dépend de ce qui se déroule dans l'Autre, en tant que ce qui s'y déroule est articulé comme un discours. Autrement dit, le schéma L représente le jeu des signifiants qui structure dans le sujet les trois instances du moi, de la réalité et du surmoi.







[446]
[447] Idem, p.558.

délire », il s'agit « d'écouter celui qui parle ». « Parce que, nous dit-il, c'est dans la relation de l'homme au signifiant que ce drame se situe ».

Lacan parle des « effets d'induction du signifiant » portant sur l'imaginaire. D'abord, ils obéissent à des lignes directrices. C'est-à-dire que loin d'être un chaos figé, le délire est une « solution élégante » motivée par la structure de la signification, soit la subjectivité du sujet. A la dissolution de l'imaginaire Lacan oppose les remaniements du symbolique, comme nouveaux effets de signifiants, permettant de restaurer la réalité pour le sujet.

Le déclenchement *« amorce la cascade des remaniements du signifiant d'où procède le désastre croissant de l'imaginaire, jusqu'à ce que le niveau soit atteint où signifiant et signifié se stabilisent dans la métaphore délirante »*[448].

L'élaboration de la métaphore délirante permet au sujet de construire une explication propre à justifier ce qui lui arrive. Elle n'advient qu'au terme des tentatives de signifiantisation de la jouissance[449]. J.-C. Maleval a donné un nom à chacune des quatre périodes que l'approche psychanalytique repère dans la construction du délire : délocalisation de la jouissance et perplexité angoissée, tentative de significantisation de la jouissance de l'Autre, identification de la jouissance de l'Autre, consentement à la jouissance de l'Autre. Néanmoins, ces divers phénomènes pouvant s'interpénétrer il propose les lettres P0, P1, P2, et P3. Quatre positions subjectives du psychosé.

Lors de P0, c'est le trou dans l'imaginaire qui se trouve révélé, avec ses conséquences quant à la délocalisation de la jouissance. Le surgissement de divers phénomènes élémentaires en découle. Lors de P1, nous pouvant localiser l'effort de réplique qui consiste en un effort pour civiliser la jouissance en la portant au signifiant. Dans le cours de P2 et P3, pour ceux qui réussissent à suturer la chaîne signifiante, nous dit Maleval, la jouissance se tempère en un délire systématisé. En son ressort le plus décisif, la logique du délire repose sur le tempérament de la jouissance délocalisée.

De cette logique dépend notre mode d'intervention, de même que le transfert. Il s'agit de savoir où se trouve le sujet ? Se trouve-t-il au bord du trou, c'est-à-dire du défaut dans le symbolique ? Ou *dans* le trou ? La rencontre d'un sujet n'a pas les mêmes conséquences quand il est dans la perplexité ou quand il a construit un délire. Notre position sera différente selon le stade du délire.

c. L'ironie de Jacques Lacan

La théorie classique de la forclusion se décompose donc en trois temps. D'abord la ponctuation du mot « Verwerfung » chez Freud, pour nommer le refoulement dans la psychose. Ensuite, l'hypothèse de Lacan selon laquelle le sujet établit son rapport à la réalité à partir d'une armature signifiante, qui a comme conséquence que la forclusion est la forclusion d'un signifiant. Enfin, le troisième temps est celui de la référence œdipienne : le père comme fonction primaire ou point de capiton. C'est-à-dire « *un signifiant spécial à partir*

[448] Idem, p.577.
[449] Maleval, J.-C., « Logique du délire », 2 2ème édition, Masson, 2000

de quoi toutes les significations vagabondes trouvent leur équilibre et leur point de stabilité »[450].

Reste la question de ce que la forclusion implique quant à la jouissance du sujet ? En effet, le Nom-du-Père est une fonction qui permet d'ordonner le champ du délire. C'est la fonction du point de capiton. Mais Lacan est allé dans le sens, au cours de la suite de son enseignement, d'une pluralisation des noms-du-père. Ce qui veut dire que le Nom-du-Père n'est pas la clé de voûte de la question de psychoses. On se demande alors, pour un sujet, qu'est-ce qui fait fonction de père ? Et « *ça permet, [nous dit Jacques-Alain Miller,] d'envisager que même là où il y a effectivement forclusion du signifiant du Père, il puisse y avoir pour un sujet ce qui peut s'appeler compensation, tout un registre compensatoire de la fonction paternelle, qui tient ou qui ne tient pas* ».

Autrement dit, l'ironie de Lacan c'est qu'il donnera dans la suite de son enseignement une théorie inverse à la théorie classique de la psychose. Il ironise d'abord sur la métaphore paternelle. « C'est une ironie en ceci qu'il écrit père-version »[451], dit Miller. C'est-à-dire qu'il démantèle le Nom-du-Père comme fonction symbolique. Là où la fonction paternelle garantissait l'ordre symbolique, c'est-à-dire un monde où chaque chose est à sa place. A partir des séminaires V et VI Lacan quitte la voie du père pour la voie du désir. Cette bifurcation a pour conséquence dans la théorie de la psychose que c'est le trop de présence du Nom-du-Père qui est le ressort de la psychose. Le père ne doit pas se confondre avec l'Autre de la loi. Il faut au contraire qu'il ait un désir « père-versement orienté », c'est-à-dire accroché et régulé par un fantasme.

La déconstruction de la métaphore paternelle est le résultat de l'élaboration du graphe du désir. Nous avons vu plus haut que Lacan se dégage de la domination de la fonction paternelle à partir de ce qu'elle implique quant à la fin de l'analyse. La fin de l'analyse par le Nom-du-Père implique une signification définitive, comme solution au problème de la jouissance. Au contraire, Lacan a envisagé une fin d'analyse où il s'avérerait que *pour tous* il manque un signifiant. C'est le signifiant de l'Autre barré. C'est-à-dire qu'il n'y a aucune garantie du côté de l'Autre. Ce que cerne une analyse c'est un point irréductible à la parole, intraitable par le symbolique, hors sens. Ce qu'il appellera plus tard le « *non-dupe* », c'est-à-dire le sujet qui se satisfait du grand Autre barré, de l'inconsistance de l'Autre. Soit un sujet qui se découvre sans Autre, au-delà de sa détermination par le signifiant.

On peut dire que Lacan remanie l'hypothèse structuraliste qui permettait de se repérer dans la clinique selon un binaire névrose/psychose. Il garde le concept de forclusion mais il l'étend. Et cela a des conséquences pour le traitement.

Nous avons vu que la métaphore délirante vise à reconstruire l'ordre de l'Autre. C'est-à-dire que le sujet psychotique, qui ne trouve pas de signification commune pour régler son rapport à la réalité, tente de reconstruire un monde souvent encore plus consistant. Certaines initiatives, en particulier le courant de la psychothérapie institutionnelle, ont pour visée de recréer un Autre à la place du Nom-du-Père forclos. C'est à dire de produire une institution qui soit pour le psychotique un Autre civilisé, et qui s'intéresse, au-delà des normes, à la production du sujet. Cette orientation conçoit la thérapeutique à partir de l'Autre, en tant que

[450] Miller, J.-A., « La forclusion », op.cit.
[451] Miller, J.-A., « L'Autre sans Autre », Exposé en clôture du XIème Congrès de la NLS, « Le sujet psychotique à l'époque Geek », Athènes, 19 Mai 2013.

le Nom-du-Père sert à civiliser. C'est mettre en fonction l'Autre de la loi, là où, dans la psychose, l'Autre est entièrement du côté de la jouissance.

Lacan, en appelait plutôt à une psychiatrie qui saurait y faire avec le singulier de la folie, sans l'Autre comme norme universelle. Car la valeur du Nom-du-Père c'est le « pour tous ». Il se dégage de la référence au Nom-du-Père pour accueillir la façon dont chacun s'extrait de l'Autre pour produire sa version de jouissance, qui fait objection à toute universalité. « La forclusion généralisé » c'est le manque du signifiant comme ce qui définit le statut de l'humain. Le psychotique ne fait plus exception. Et « sortir la forclusion du champ réservé de la psychose, ouvre sur une généralisation de ce qui est thérapeutique »[452].

[452] Borie, J., « Le psychotique et le psychanalyste », Editions Michèle, collection *Je est un autre*, Paris, 2012, p.72.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Chapitre 2: Une clinique différentielle fondée sur la primauté de la jouissance

Le premier enseignement de Lacan donne une conception mécaniste de la forclusion du signifiant : lorsque la métaphore paternelle échoue, le sujet est, en quelque sorte, victime d'un mécanisme qui lui échappe totalement. Or, nous dit Jacques Borie dans « Le psychotique et le psychanalyste », *« nous devons pouvoir compter, pour que le sujet puisse traiter sa souffrance, sur son implication là où cependant l'Autre ne répond pas. Nous n'aurions rien, sinon, que des mesures prises par un Autre non barré, qui vaudrait pour tous »*[453].

Nous avons donc un premier vecteur qui est celui de la parole, où le père est un opérateur symbolique. La problématique œdipienne, dans cette perspective, donne une version où, ce qui compte du côté de la mère, ce n'est pas le cas qu'elle fait de la personne du père, mais le crédit qu'elle porte à sa parole. Avec la forclusion généralisée, Lacan se décentre du symbolique pour aller vers le réel. Il y a bien une forclusion, mais elle ne porte pas sur le signifiant du Père, elle porte sur le sexuel : « il n'y a pas de rapport qui fasse UN entre le masculin et le féminin ; principe qui vaut pour tous les sujets parlants ». Le second enseignement se tourne donc vers le réel en jeu pour un homme et une femme.

C'est à partir de cette nouvelle considération que nous pouvons penser une clinique singulière, en nous orientant des diverses modalités de réponses du sujet au réel. Et, d'une part, examiner la question de la psychose à partir de la problématique de la jouissance. Nous quittons la logique binaire il y a/ il n'y a pas, pour une sorte d'équilibre des jouissances. Nous quittons la logique de l'Autre pour une causalité réelle. Le sujet est « réponse du réel », et psychose et névrose sont des défenses face à ce réel. C'est-à-dire que le fantasme ou le délire sont des arrangements qui permettent de supporter le réel.

D'autre part, le primat donné à la jouissance et au réel ouvre à toute une série de cas dont la forclusion ne rend pas compte. Si la paranoïa implique l'Autre dans son processus de reconstruction, il y a toute une série de cas où il n'y a pas de délire construit, où c'est le corps qui pose sa question. La clinique se règle alors sur le mode de jouissance, la modalité de défense : de quoi souffrez-vous ? De l'Autre qui vous persécute ? Ou de vos organes qui ne fonctionnent pas ?

Le modèle structural lacanien situe donc le positionnement du sujet psychotique par rapport à l'articulation du signifiant et des lois du langage, et par rapport au corps. A partir de là, on peut dire que l'enseignement de Lacan va essayer de cerner de façon plus précise quel est le rapport entre la langue et le corps, tel que la schizophrénie en montre l'échec, d'une certaine façon.

[453] Op.cit. p.73.

2.2.1. Lacan 1, Lacan 2

La forclusion du Nom-du-Père est le premier paradigme de Jacques Lacan concernant la théorie de la psychose. Le signifiant du Père, ou Nom-du-Père, est forclos pour le sujet, avec toute la phénoménologie repérable comme conséquence cette forclusion. Durant cette période, le déclenchement se repère en fonction d'un appel au père auquel le sujet ne peut pas répondre. Il y a un trou dans l'Autre, et quand le sujet rencontre ce trou, il y a le déclenchement.

La clinique structurale repose donc sur un binaire névrose/psychose, avec un trait distinctif : Nom-du-Père ou pas Nom-du-Père. La forclusion est localisée, à l'absence du signifiant du père répond le retour de la jouissance dans le réel. Cependant, si le Nom-du-Père est forclos, il y a néanmoins presque toujours quelque chose qui vient à la place. Notamment le délire qui rétablit en quelque sorte une signification de la jouissance.

a. Causalité imaginaire

Lacan dégage une première cause de la réalité psychique dans l'imaginaire. C'est l'opération du stade du miroir, version lacanienne du narcissisme freudien.

La thèse du miroir part d'un postulat : dans les premiers mois de sa vie, l'enfant n'a aucune appréhension unitaire de son corps propre, il se vit dans un constant morcellement ; dans son rapport au semblable, il a un vécu indifférencié. L'expérience du stade du miroir consiste en ce moment où l'enfant, confronté à son image spéculaire, atteste par une jubilation de la reconnaissance de son image, par l'image de l'autre. Cette image originaire constitue selon Lacan, la matrice du moi qui va dès lors s'étoffer d'une surimpression d'images par le mécanisme d'identification. Cette fonction d'identification est mise au principe de la constitution de la réalité par Lacan.

En effet, l'image spéculaire est l'opérateur de la constitution de la réalité en tant que, d'une part, elle confère au corps une image totalisante, d'autre part elle institue l'autre pour le sujet, en tant que c'est par identification qu'il constitue cette image. A la suite de la reconnaissance de son image spéculaire, le sujet est introduit à toute une dialectique sociale qui modèle son comportement.

Le stade du miroir a donc une fonction formatrice : avoir un corps ; et une fonction d'aliénation : « servitude imaginaire ». Le sujet humain désirant se constitue autour d'un centre qui est l'autre, en tant qu'il lui donne son unité, et en tant qu'il l'introduit à la dialectique de l'objet, il est d'abord objet de rivalité et de concurrence[454].

« *Ce moment où s'achève le stade du miroir inaugure, par l'identification à l'*imago *du semblable et le drame de la jalousie primordiale [...], la dialectique qui dès lors lie le* je *à des situations socialement élaborée. C'est ce moment qui décisivement fait basculer tout le*

[454] Saint Augustin : « J'ai vu de mes yeux et j'ai bien connu un tout petit en proie à la jalousie. Il ne parlait pas encore, et déjà il contemplait, tout pâle et d'un regard empoisonné, son frère de lait ».

savoir humain dans la médiatisation par le désir de l'autre, constitue ses objets [...] »[455]. Autrement dit, je ne constitue mon Moi que sur l'image de l'autre, et le premier abord que j'ai de l'objet c'est en tant qu'objet du désir de l'autre. La vie sociale se fonde sur une circulation de l'objet.

L'image du corps propre s'établit par ailleurs, selon Lacan, sur une discordance. La satisfaction devant la complétude spéculaire est ancrée dans un manque : le sujet, ne maîtrisant pas son corps, obtient la jubilation par anticipation. Le sujet est affecté de deux corps : l'organisme dans son statut réel, et le corps spéculaire. L'insertion dans le morcellement initial de l'organisme de l'image totalisante du corps, promeut l'image au centre de la vie psychique.

« Il y a là une sorte de carrefour structural, [dit Lacan] où nous devons accommoder notre pensée pour comprendre la nature de l'agressivité chez l'homme et sa relation avec le formalisme de son moi et ses objets. Ce rapport érotique où l'individu humain se fixe à une image qui l'aliène à lui-même, c'est là l'énergie et c'est là la forme d'où prend origine cette organisation passionnelle qu'il appellera son moi »[456].

Cependant, cette partie imaginaire du narcissisme, a-a', Lacan l'a décrite comme une impasse. L'opération analytique, si elle opère de l'imaginaire, ne peut conduire le sujet qu'à une « aliénation renforcée de son désir ». L'enseignement de Lacan en 1957 vise à chercher la solution du côté de l'Autre[457] :

« La solution est à chercher d'un autre côté, du côté de l'Autre distingué par un grand A, sous le nom de quoi nous désignons une place essentielle à la structure symbolique. Cet Autre est exigé pour situer *dans le vrai* la question de l'inconscient, c'est-à-dire pour donner le terme de structure qui fait de toute la suite de la névrose une question et non un leurre ».

b. Causalité symbolique

Lacan invente donc un autre partenaire au sujet, un partenaire non spéculaire. Cette nécessité d'un autre partenaire pour le sujet lacanien, nous indique que, pour Lacan, la pathologie s'enracine dans les impasses de l'imaginaire.

Le point de départ donné par Lacan au champ du langage et à la fonction de la parole, implique une partition entre d'un côté le symbolique comme ce qui est articulé, causal, et de l'autre, l'imaginaire. Pour faire le lien entre ces deux dimensions, il y faut le fantasme, écrit $◊a, soit ce qui unifie deux éléments hétérogènes, l'un qui relève du signifiant, construit comme un vide et, à ce titre, voué à s'identifier. Et l'objet petit *a* comme imaginaire, qui embrasse toutes les formes imaginaires qui peuvent captiver l'intérêt du sujet au titre du désir. Petit *a* est cet élément de vie que Lacan introduit dans la chaîne symbolique mortifiée.

[455] Lacan, J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », *Ecrits*, op. cit. p.98.
[456] Lacan, J., « L'agressivité en psychanalyse », *Ecrits*, op. cit. p.113.
[457] Lacan, J., « La psychanalyse et son enseignement », Ecrits, op.cit., p.454.

La jouissance et le symptôme sont des métaphores. La première (a/ (-$_{\varphi}$)) est celle de la substitution de petit *a* sur la castration symbolique. La seconde est celle de la substitution d'un signifiant à un autre (S'/S).Cette théorie correspond à une époque où Lacan cherche à domestiquer la pulsion. C'est le second paradigme de la jouissance[458], celui de « la signifiantisation ». La satisfaction pulsionnelle y est symbolique, c'est-à-dire que la pulsion se structure en termes de langage, et la fonction signifiante annule la jouissance sous la forme du désir, comme ce qui enrobe la jouissance, ou encore du mot comme « meurtre de la chose ». Autrement dit, la jouissance est répartie entre désir et fantasme. Le rapport du sujet à la pulsion se joue sur la scène du fantasme, et Lacan emploi l'expression de « fantasme fondamental » pour situer le réel.

La domestication de la pulsion se retrouve sur le graphe du désir. Elaboré dans les séminaires V, « Les formations de l'inconscient »[459] et VI, « Le désir et son interprétation »[460]. La fonction du graphe est de repérer la structure de l'expérience analytique. Il situe le sujet dans ses relations à l'image, à son aliénation dans l'Autre du signifiant, au désir et au fantasme et, enfin, au manque dans l'Autre et à la pulsion. Il s'agit de la mise en jeu de ces différentes instances ou concepts au sein de la cure.

Le sujet reçoit sa première identification de l'Autre, S(A). Trait unaire qui aliène le sujet et forme son idéal du moi, I(A). I(A) est la visée de la courbe du graphe, c'est-à-dire la forme sous laquelle le sujet se pense aimable dans l'Autre. Sur ce trajet, nous retrouvons le vecteur imaginaire comme obstacle à la rencontre avec l'Autre. Mais non plus sous la forme du schéma L (a-a'), mais sous celle de i(a) vers m (moi). Autrement dit, l'image, avec ses effets leurrant, shunte la rencontre de l'Autre, qui est au-delà de l'image.

Mais ce que le graphe met en évidence, par rapport à l'écrit sur le stade du miroir, c'est que ce qui donne consistance à l'image c'est l'objet petit *a*. L'image habille *a* qui est sa part libidinale incluse et voilée. Il faut que l'image (de l'autre et du corps propre) soit libidinalisée pour qu'elle soit investie. Sinon, elle se défait, ouvrant le gouffre à la régression spéculaire, des remaniements imaginaire et du corps morcelé. Ce que Lacan a parfaitement montré avec le cas Schreber dans sa « Question préliminaire »[461].

L'Autre, est le lieu de l'inconscient et du trésor des signifiants. Il a une fonction structurante par rapport au sujet. Que la place de l'Autre soit décisive amène Lacan à en interroger l'incarnation. Seule l'énonciation, dit-il, est garantie d'un énoncé d'autorité. Pas d'autorité sans auteur. Une parole n'a de portée qu'en fonction de qui l'a dite[462]. Répondre qu'à cette place il y a le Nom-du-père ne suffit pas. Et c'est bien la perception du manque dans l'Autre, S (A barré), qui ouvre sur la question du « Que me veut-il ? » (Che vuoi ?).

---

[458] Miller, J.-A., « Les six paradigmes de la jouissance », La cause freudienne n°43, Octobre 1999, pp.7-29.

[459] Lacan, J., "*Les formations de l'inconscient: 1957 - 1958*", Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 5 (Paris: Ed. du Seuil, 1998).

[460] Lacan, J., "*Le désir et son interprétation, 1958-1959*", *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VI,* (Paris: Martinière, 2013).

[461] La jouissance est jouissance de la forme imaginaire du corps. Elle est localisée sur l'axe a-a' et fait obstacle à l'axe symbolique A-S. Elle émerge quand se rompt la chaîne symbolique, lorsque l'élaboration symbolique fait défaut ou défaille.

[462] De Georges, P., « La pulsion et ses avatars », Editions Michèle, coll. Je est un autre, 2010. p.385.

L'enseignement de jacques Lacan procède donc par une succession de paradigmes, chacun étant logiquement développé jusqu'à atteindre son aporie, aporie à partir de laquelle un nouveau paradigme est avancé, qui en répond. On peut donc dire qu'il y a d'abord l'Autre, l'image de l'autre, la parole, le langage, la structure. Dans la clinique des psychoses, cela implique de considérer le choix du sujet par rapport au signifiant du Père. Ils ont choisis la psychose comme mode de défense contre le réel. Avec comme conséquence dans la relation à l'autre, la persécution, le transitivisme, une relation imaginaire mortifère. C'est la psychose schrébérienne comme paradigme. Autrement dit, un modèle du traitement qui prend appui sur l'élaboration d'un délire.

Lacan va « du côté de Schreber » pour nous montrer la structure de la psychose. Dans « Question préliminaire » (1958), Lacan reprend la question de l'imaginaire pour spécifier les conséquences de la pulsion de mort tapie au fond de l'image. Il parlera d'une « régression topique au stade du miroir »[463] .

A cette date de son enseignement, le corps schrébérien est le corps du stade du miroir. C'est un corps scopique qui intervient en parallèle par rapport à ce qui tient à l'articulation signifiante. Symbolique et imaginaire sont deux registres qui fonctionnent parallèlement, mais qui sont noués par la métaphore paternelle. Lorsque la métaphore paternelle échoue, il y a disjonction du symbolique et de l'imaginaire. La jouissance supposée localisée par la signification phallique, se trouve en quelque sorte dispersée dans différentes localisation du corps. Les phénomènes psychotiques qui affectent le corps et la pensée sont liés à une béance dans le champ de l'imaginaire. La régression topique au stade du miroir est corrélative au déchaînement du signifiant dans le réel, « météores du délire », aux phénomènes de corps, qui ne trouvent à se résoudre que dans la transformation du sujet Schreber en femme[464].

Lacan met également l'accent sur la perte de l'unité de la forme. On retrouve les diverses modalités de la perte de cette unité lorsque la fonction symbolique ne permet pas de dépasser l'affrontement imaginaire a-a'. Exemple des hommes bâclés à la 6-4-2 et du cadavre lépreux : « *D'où le portrait fidèle que les voix, annalistes disons-nous, lui donnèrent de lui-même comme d'un « cadavre lépreux conduisant un autre cadavre lépreux » (S. 92-VII), description très brillante, il faut en convenir, d'une identité réduite à la confrontation à son double psychique, mais qui en outre rend patent la régression du sujet, non pas génétique mais topique, au stade du miroir, pour autant que la relation à l'autre spéculaire s'y réduit à son tranchant mortel*[465] »[466]. Il ne reste donc plus que le sujet « comme déjà mort », point sur lequel Lacan insiste pour montrer qu'il n'y a pas l'au-delà de l'image que permet la construction symbolique.

La restauration imaginaire, pour rendre le monde vivable, est censée venir à Schreber par l'érotisation de l'image de soi. C'est-à-dire que la libido, qui jusque-là était libre, se trouve

[463] Lacan, J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », 1958, in *Ecrits*, op.cit., p.568.
[464] pp.564-566 : « [...], à savoir l'idée « qu'il serait beau d'être une femme en train de subir l'accouplement ».
[465] Le couple du stade du miroir conçu comme mortifère.
[466] Idem, p.568.

concentrée dans l'image de soi revitalisée, figurant dans le texte de Schreber sous le nom de « volupté de l'âme ». C'est une libido qui implique l'Autre, sous la forme de la figure divine, et qui est réglée par le signifiant. La réalité lui est devenue à nouveau habitable par de nouveaux effets signifiants. Pour Lacan, les remaniements de l'imaginaire et du symbolique sont réglés par une logique, celle de la relation de l'homme au signifiant, et qui se retrouve dans la relation de Schreber à Dieu :

> « Dieu est désormais indissolublement lié, depuis des années, à ma personne. Dieu exige un état constant de jouissance, comme étant en harmonie avec les conditions d'existence imposées aux âmes par l'ordre de l'univers ; c'est alors mon devoir de lui offrir cette jouissance, et en retour un peu de jouissance sensuelle m'échoit, et je me sens justifié à l'accepter à titre de léger dédommagement »[467].

c. *Causalité réelle*

Le versant du délire, l'articulation d'un signifiant avec un signifiant imaginaire, consiste à faire exister un Autre comme lieu de la jouissance. Dans la rencontre clinique, ça implique la supposition de cet Autre, ne serait-ce que pour le vider de la jouissance. Or, l'évolution théorique de Lacan est poussée par ce qu'on a appelé « le déclin du Nom-du-Père ». C'est-à-dire le déclin des interdits à l'égard de la sexualité, la ruine des idéaux, et la mise au premier plan de l'incomplétude de l'Autre et de la jouissance du corps. C'est le déclin de la « norme-mâle ». C'est-à-dire de la norme du père en tant qu'elle produit la signification phallique.

Jacques-Alain Miller nous a introduit à cette période de l'enseignement de Lacan à partir de son cours, « L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique »[468]. Par rapport aux remaniements dans le social, ce qui apparaît c'est une faille à laquelle chacun à affaire. Autrement dit, le manque de signifiant, caractéristique d'une forclusion, peut se généraliser. Il y a un manque de signifiant dans la langue elle-même, suite à ce que l'on pourrait appeler le « traumatisme » que nous partageons tous : avoir un corps. Ce manque de signifiant partagé par tous, mène à l'idée que si le phallus est bien le signifiant de la jouissance, il y a pourtant une jouissance Autre, qui lui échappe.

C'est dans ce contexte que Lacan développe le nouveau paradigme que représente l'articulation entre réel, symbolique et imaginaire. Le rapport au corps ne se limite plus à son image au miroir, le corps organique est réel, en même temps que sensible au signifiant, comme si une écriture symbolique pouvait s'y réaliser[469]. Le Séminaire XXII, « R.S.I. »[470], tend à faire prévaloir le réel du corps plutôt que son image liée au stade du miroir. Le point

---

[467] Schreber, cité par J.A. Miller, op. cit. p.54.
[468] Laurent E. et Miller J-A., « L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique », La Cause Freudienne, « Silhouettes du déprimé ». Revue de psychanalyse, n°35, février 1997.
[469] Charraud, N., « R.S.I. et forclusion généralisée », Séminaire théorique, in l'a-graphe, Section clinique de Rennes – 2010-2011, Institut du Champ freudien, Département de psychanalyse – Université de Paris VIII.
[470] Lacan, J., "*R.S.I.", Le Séminaire de Jacques Lacan Livre XXII*, Inédit, 1974.

d'Archimède pour la psychanalyse n'est plus le symbolique et le signifiant, mais bien le réel. Mais le réel se caractérisant d'être hors signifiant, comment l'attraper ?

Jacques-Alain Miller nous introduit à cette causalité réelle dans son cours d'orientation lacanienne de l'année 2011, « L'Etre et l'Un »[471]. La causalité réelle est une causalité nettoyée de l'image comme du sens. C'est une causalité, dit-il, dont l'effet central, n'est ni l'image, ni le fantasme, mais le sinthome. C'est-à-dire que le sinthome n'est pas une représentation, ça n'appartient pas au registre du sens. C'est de l'ordre de l'*energeia*, « on ne peut pas dire ce que c'est, on peut dire seulement que c'est ».

Le premier chapitre du séminaire XXIII, « Le sinthome »[472], est un apologue nous dit Jacques-Alain Miller. Il y a d'abord le réel, ensuite se surajoute le signifiant. C'est avec e signifiant que commencent les embrouilles, les embrouilles du vrai, du désir, de l'interdit, de l'Œdipe, « parce que à la racine, le signifiant vient percuter le réel, il vient percuter les corps. Et chez le parlêtre, ce choc initial, ce traumatisme, introduit une faille ».

Il y a donc, d'abord le réel. Au niveau du réel « Ya dl'Un » dit Lacan. Il n'y a pas de rapport sexuel, mais il y a le corps, il y a jouissance. Et dans ce paradigme de Lacan, la fonction de la castration est de capitonner la faille, de faire cesser les embrouilles du sens, pour que quelque chose puisse s'écrire. C'est dire que dans la clinique borroméenne, le symptôme et le Nom-du-Père s'équivalent. Ce sont des points de capitons.

Le primat donné au réel a des conséquences sur la doctrine de la jouissance. En effet, le primat donné au réel, c'est aussi le primat donné à la jouissance, sous la forme d'une subversion de l'impératif de subjectivation freudien[473] : « là où c'était, Je dois advenir »[474], en un « Là où Je était, il s'agit de faire advenir la jouissance ». La perspective de Lacan dans son dernier enseignement est donc celle d'un premier « il y a jouissance ». Il y a jouissance en tant que propriété d'un corps vivant. Qui implique qu'il n'y a de psychanalyse que d'un corps vivant et qui parle. Et du fait que le corps, dans l'espèce humaine, est parlant, sa jouissance s'en trouve modifiée, déviée. Elle ne convient pas au rapport sexuel[475]. Autrement dit, la jouissance du parlêtre est toujours celle qu'il ne faudrait pas. Substitutive par rapport au rapport sexuel qu'il n'y a pas. Et précisément, le symptôme témoigne qu'il y a eu un événement qui a marqué la jouissance du sujet.

L'appareil de jouissance n'est plus contenu seulement dans les limites du fantasme, c'est le langage lui-même qui devient cet appareil. La jouissance est partout dans le signifiant, elle peut se déplacer, se répartir, mais elle ne peut pas se négativer. Et l'articulation du corps et du langage dans la jouissance nous est donnée par Lacan avec le concept de « sinthome ». C'est-à-dire le symptôme généralisé. Où sont noués Symbolique, Imaginaire et Réel. Dès lors, le langage, la parole, le grand Autre, le Nom-du-Père, le phallus deviennent des opérateurs de connexion, des semblants entre la jouissance et l'Autre, le signifiant et le signifié, l'homme et

[471] Miller, J.-A., « L'être et l'Un », cours d'orientation lacanienne 18/05/11. Enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris VIII, inédit. 2011

[472] Lacan, J., "*Le Sinthome 1975-1976*", Le Séminaire Livre XXIII, Le Champ Freudien (Paris: Seuil, 1973).

[473] Miller, J.-A., « Choses de finesse en psychanalyse, cours d'orientation lacanienne n°16, du 06 Mai 2009, inédit.

[474] Soit, là où était la pulsion acéphale et silencieuse, le sujet du signifiant doit advenir.

[475] « Il n'y a pas de rapport sexuel »

la femme. Le désir dans la névrose, mais aussi bien la psychose et la perversion, deviennent des défenses contre la jouissance, des dispositifs, des élucubrations sur la jouissance. Dès lors, la pratique ne s'opère plus sous l'égide d'un « qu'est-ce que ça veut dire ? », mais de la question « qu'est-ce que ça satisfait ? ».

On pourrait donc dire que le Lacan 1 est celui de la clinique structurale, tandis que le Lacan 2, est une nouvelle formalisation à partir des nœuds. C'est la clinique borroméenne qui peut se distinguer par le point de capiton[476] « *oui ou non* ». Comment c'est appareillé ? Quel nouage ? Quelle agrafe ? Standard, non standard ? Il ne s'agit plus d'opérer par le sens, mais par un « savoir-y-faire »[477], qui n'est pas savoir articulé, mais plutôt savoir *se débrouiller avec*.

2.2.2. Le sujet de la jouissance

Ce déplacement de l'interprétation vers le cadre borroméen conduit l'analyste vers une autre discipline que l'écoute du sens. Il s'agit de la lecture du symptôme qui consiste à mettre à distance la parole et le sens qu'elle véhicule, à partir de l'écriture comme hors sens, comme lettre, à partir de sa matérialité, nous dit Jacques-Alain Miller. Dans la clinique psychanalytique des psychoses, c'est prendre acte d'un autre versant que le versant du délire. Celui de la matérialité de la lettre. C'est-à-dire qu'il y a des sujets qui ne traitent pas le réel à partir de la parole. C'est la prise en compte de la dimension du corps dans le traitement de la psychose.

Lacan a écrit peu de texte sur la psychose. Il y a le séminaire III, « Les psychoses », « La question préliminaire », et puis plus rien jusqu'à son séminaire XXIII, « Le sinthome ». Entre-temps il y a toutefois quelques jalons. Notamment la leçon du 10 Juin 1964 du Séminaire XI, « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse »[478], qui fait référence à l'introduction de la dimension psychotique chez l'enfant. Mais présentant cela comme ayant une portée générale : « le modèle de toute une série de cas ». Il s'agit de la présentation du concept d'holophrase et de ses conséquences.

Ce qu'Éric Laurent fait remarquer dans son texte, « La psychose chez l'enfant dans l'enseignement de Jacques Lacan »[479], c'est qu'il existe une unité de mathèmes entre cette leçon et la « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole »[480] ouvrant sur

[476] Miller, J.A., « La conversation d'Arcachon, cas rares : les inclassables de la clinique », p.157. IRMA, Le Paon, collection publiée par Jacques-Alain Miller, Agalma éditeur diffusion Le Seuil, 2005.
[477] Miller, J.-A., « La théorie du partenaire », Quarto n°77, Juillet 2002, « Les effets de la sexuation dans le monde ».
[478] Lacan, J., "*Les Quatre Concepts Fondamentaux de La Psychanalyse*", Livre XI, Le Champ Freudien (Paris: Seuil, 1973).
[479] Laurent, E., « La psychose chez l'enfant dans l'enseignement de Jacques Lacan », Quarto n°9, Revue de psychanalyse, Décembre 1982.
[480] Lacan, J., « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole », in Autres Ecrits, p.243. op.cit.

« la passe », et l' « Allocution sur les psychoses de l'enfant »[481]. A cette unité de mathèmes, s'ajoute pour Lacan, une unité de préoccupations : éveiller ses élèves aux conséquences nouvelles à tirer de son enseignement. En effet, dans la « Présentation des *Mémoires d'un névropathes* »[482], en 1966, Lacan nous indique qu'il est à un tournant de son enseignement. Il distingue deux modes d'écritures du sujet, le sujet qui se définit en ceci qu'un signifiant va le représenter pour un autre signifiant, et la polarité la plus récente du sujet de la jouissance.

a. L'holophrase

« *Lorsqu'il n'y a pas d'intervalle entre S1 et S2, lorsque le premier couple de signifiants se solidifie, s'holophrase, nous avons le modèle de toute une série de cas – encore que, dans chacun, le sujet n'y occupe pas la même place* »[483]. C'est en se mettant à une certaine place, par rapport au mathème que Lacan nous décrit dans cette leçon XVIII du Séminaire XI, « que s'introduit dans l'éducation du débile la dimension psychotique ».

Dans cette leçon, Lacan commente le travail de Maud Mannoni, publié dans « L'enfant arriéré et sa mère ». Précisément, il critique ce qu'elle avance, que « *l'enfant retardé et sa mère forment à certains moments un seul corps, le désir de l'un se confondant avec celui de l'autre* ». Pour lui, ça n'est pas seulement qu'ils aient un seul corps, c'est qu'ils n'ont qu'un seul signifiant. C'est le couple signifiant S1-S2 qui se solidifie, se gèle. L'holophrase c'est une phrase qui n'a qu'un seul mot, mais qui comporte toute la structure d'une phrase. C'est comme le « au secours ». Il ne répond pas au fonctionnement métaphorique du langage, le sujet n'est pas divisé dans cette énonciation. L'holophrase, c'est donc un autre état du signifiant : un signifiant unaire, S1, sans S2.

Ce que Lacan propose c'est une clinique structurale selon la place du sujet : « *c'est pour autant que, par exemple, l'enfant, l'enfant débile, prend la place au tableau, en bas et à droite, de ce S, au regard de ce quelque chose à quoi la mère le réduit à n'être plus que le support de son désir dans un terme obscur, que s'introduit dans l'éducation du débile la dimension psychotique* ».

[481] Idem p.361.
[482] Lacan, J., in Autres Ecrits, p.213, op.cit.
[483] Lacan, J., Leçon XVIII, « Du sujet supposé savoir, de la dyade première, et du bien », Séminaire XI, « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », Le champ freudien, Seuil, 1973.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

X ◊ S1

O. s, s', s'', s''',… S (*i* (a, a', a'', a''', …))

S2

O. s, s', s'', s''',… : *suite des sens.*
i (a, a', a'', a''', …) : *suite des identifications.* [484]

Il poursuit : « *c'est assurément quelque chose du même ordre dont il s'agit dans la psychose. Cette solidité, cette prise en masse de la chaîne signifiante primitive, est ce qui interdit l'ouverture dialectique qui se manifeste dans le phénomène de la croyance.* »

Autrement dit, ici, avec ce mathème, Lacan génère des phénomènes cliniques à partir d'une structure. Et nous pouvons dire qu'il essaye d'organiser la polarité dont nous avons dit, avec Éric Laurent, qu'elle surgit à ce moment-là. Soit entre un sujet déterminé par le glissement signifiant et un sujet corrélé à l'objet en tant que pris dans l'image, i(a).

Comme nous savons que c'est dans le Séminaire XI que, précisément, Lacan décroche avec la première période de son enseignement, nous pouvons anticiper sur la fonction de cet objet. L'objet petit *a*, est inventé, dans le onzième séminaire, comme médiateur entre la jouissance et l'inconscient. Soit un objet qui est en rapport avec le champ du langage et qui en même temps condense la jouissance. Avec l'objet *a*, Lacan pense la jouissance, au-delà de l'interdiction, comme celle d'un corps qui se jouit. La jouissance ne tient pas à une interdiction, elle est événement de corps. Elle n'est pas articulée à la loi du désir, elle est de l'ordre du traumatisme, du choc, de la contingence, du pur hasard, *tuché*. Elle n'est pas prise dans une dialectique, elle est une fixation. On peut donc dire que sur ce schéma, nous avons d'un côté les effets de sens, et de l'autre la relation à la jouissance.

A partir du moment où, entre deux signifiants, il n'y a pas coupure, mais holophrase, il n'y a pas l'opération paternelle. Cependant, Lacan ne met pas l'accent ici sur le Nom-du-Père. Il met plutôt l'accent sur un des effets de la forclusion, qui est l'holophrase. Et il génère ainsi une *série de cas*, qui vont de l'effet psychosomatique à la débilité.

L'holophrase serait donc une attaque spécifique de la métaphore subjective. A savoir « le signifiant est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant ». Le sujet n'apparaît pas comme manque (aphanisis). Ce qui fait dire à Jacques-Alain Miller en 1987[485], que nous sommes aux limites de la structure du langage. Avec l'holophrase, la série de cas dont il s'agit sont tous ceux où le mécanisme signifiant S1-S2 ne fonctionne pas. C'est-à-dire où le sujet cesse d'être représenté. « *Ce sont des cas où nous ne sommes pas en présence d'une*

[484] Idem, p.215.
[485] Miller, J.A., « Quelques réflexions sur le phénomène psychosomatique », Analytica n°48, Cahier de recherche du champ freudien, « Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse », GREPS, navarin Editeur, 1987.

articulation signifiante, mais où est en fonction la présence ou l'absence d'un signifiant unaire [...]. Un S1, donc, mais en quelque sorte absolu. »

Ce que met en valeur la fonction du trait unaire, non indexé de l'Autre du signifiant, notamment dans le phénomène psychosomatique, c'est l'effet sur le corps. L'incorporation de la structure du langage a pour effet de séparer le corps et la jouissance, d'opérer un vidage, ce qui fait que la jouissance est réservée à certaines zones érogènes. On parle alors du corps « désert de jouissance ». Au contraire, l'absence d'aphanisis implique une jouissance non séparée, qui fait retour sur le corps. Et qui, dans la schizophrénie est spécifique.

Ce que l'holophrase permet alors d'attraper ce sont les conséquences pour un sujet lorsque l'objet petit a ne chute pas, où le sujet colle à sa jouissance. Elle permet également de mettre en fonction le signifiant unaire, comme signifiant qui inclut la jouissance, qui fait rupture avec le système du semblant. Dès lors se déplie toute une pratique où il s'agit d'interroger *l'Un-tout-seul*, la fixité du S1. Et, surtout, d'ouvrir la perspective d'une clinique où l'Autre n'est pas l'Autre du signifiant, de la garantie, du désir, mais où « l'Autre c'est le corps », le corps propre.

b. La jouissance vient à causer ce qui se lit comme monde

Nous avons indiqué plus haut l'enchaînement des hypothèses de Lacan, concernant ce qui cause la réalité psychique, dans son enseignement. De quoi se soutiennent la réalité, l'espace, le temps ? Dans « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », Lacan inscrit en note[486] que c'est en tant que le sujet est barré, $, « barré du désir », et que l'objet petit *a* est extrait, que la réalité trouve son support et son cadre. Soit la même année, 1958, où il promeut le terme de « cause » dans « La Direction de la cure ». Le désir n'est qu'un effet de signifiant, la visée de la psychanalyse se déplace du désir à ce qui le cause : la jouissance. Le désir est désormais interprété comme une défense contre les pulsions.

La plus grande partie de l'enseignement de Lacan est dominé par cette opération de signifiantisation de la jouissance où : le réel c'est la jouissance, le désir vient de l'Autre. C'est lorsqu'il prononce « Yad'lUn »[487] que s'opère le passage à *Lacan 2*. C'est-à-dire, nous dit J.-A. Miller dans son cours de 2011[488], que « *L'Autre qui n'existe pas* veut dire exactement que c'est le Un qui existe ». Le Un est le signifiant originaire, un signifiant qui est de l'ordre du réel. J'avance sur mon propos pour indiquer sa parenté avec l'holophrase, dans la mesure où ce signifiant est tout seul. Mais ce qui nous occupe ici c'est dans quelle mesure ce signifiant UN constitue l'opération signifiante à partir de laquelle le sujet s'appareille au langage.

Le Un est le noyau, le réel qui préside à tout discours, à tous les semblants de l'être. C'est à partir de cet Un, dit Miller, que l'on peut poser le manque. Miller se sert de la logique mathématique, de Frege et de l'ensemble vide, pour nous indiquer que ce premier signifiant doit s'effacer, pour que la suite des nombres puisse s'articuler. Cet Un est corrélatif de la

[486] Lacan, J., *Ecrits*, Op.cit, p.554.
[487] Séminaire XXII, « R.S.I », 1974-1975, inédit.
[488] Miller, J.-A., « L'être et l'Un », cours d'orientation lacanienne 16/03/11. Enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris VIII, inédit. 2011

jouissance opaque qui est de l'ordre du réel. Il faut donc un premier signifiant tout-seul, qui s'efface, dit Miller, pour que les signifiants s'articulent et donnent sens, ordre au réel.

La jouissance est première. Avec le primat de l'Un c'est la jouissance du corps propre qui vient au premier plan, dans la mesure où il n'est que secondaire qu'elle soit l'objet d'un interdit. Lorsque Lacan écrit dans sa « Postface au Séminaire XI »[489], que « la jouissance vient à causer ce qui se lit comme monde », il veut dire que ce qui est premier, ça n'est pas l'être, mais l'avoir. Et avant tout, avoir un corps. « Ça veut dire, au fond,- dit Miller, c'est le secret de l'ontologie, c'est la cause dernière de ce qui se présente comme l'ordre symbolique »[490]. Dans son cours du 11 Mai 2011, J.-A. Miller poursuit :

« Le sujet lacanien, est-ce qu'on peut dire qu'il n'avait pas de corps ? Non, mais il n'avait qu'un corps visible, réduit à sa forme, à la prégnance de sa forme et le désir était indexé sur la forme du corps. Est-ce qu'avec la pulsion, avec la castration avec l'objet a, le sujet retrouvait un corps ? Il ne retrouvait un corps que sublimé, que transcendalisé par le signifiant. Avant le dernier enseignement de Lacan, le corps du sujet, c'était toujours un corps signifiantisé, porté par le langage. Il en va tout autrement à partir de la jaculation Yad'lUn parce que le corps apparaît alors comme l'Autre du signifiant, en tant que marqué, en tant que le signifiant y fait événement et alors il vaut, cet événement, cet événement de corps qu'est la jouissance apparaît comme la véritable cause de la réalité psychique ».

c. Tout parlêtre se défend du réel et de la jouissance

Les structures cliniques se présentent alors comme autant de modes de défenses par rapport au réel et à la jouissance. On passe d'un paradigme où la jouissance était normée par le complexe d'Œdipe, à celui de la jouissance qui s'apprivoise. C'est donc la position subjective qui est mise en valeur. Pour tous, c'est la mise en œuvre d'une solution singulière. C'est une nouvelle définition des rapports du corps et de la jouissance.

Dès lors que l'Autre n'existe plus, la jouissance n'est plus interdite à qui parle. Elle doit être réfrénée[491]. Et c'est ce à quoi s'astreint l'être parlant qu'il soit psychotique, névrosé, autiste. « Toute formation humaine a pour essence, et non pour accident de réfréner la jouissance », écrit Lacan en 1967, dans l' « Allocution sur les psychoses de l'enfant ».

L'incorporation signifiante a une double opération. Le langage, la parole, le signifiant découpent la jouissance Une[492]. C'est-à-dire que le signifiant produit le corps vidé de sa jouissance, il « négative la chair ». C'est l'opération du « symbole comme meurtre de la chose ». La seconde opération, c'est qu'il la découpe, la condense, la borde dans des objets. Des objets de satisfaction pulsionnelle, les objets *petit a*, oral, anal, regard, voix.

La jouissance est hors-corps. C'est la fonction de l'incorporation signifiante. L'objet figure cette jouissance. On parle d' « objet condensateur de jouissance ». Autrement dit, la

[489] Lacan, J., « Postface au Séminaire XI », Autres Ecrits, op.cit., p.507.
[490] Miller, J.-A., « L'être et l'Un », cours d'orientation lacanienne 11/05/11. Op. cit.
[491] Lacan, J., « Allocution sur les psychoses de l'enfant », Autres Ecrits, op.cit. p.964.
[492] C'est-à-dire tout ce qui est de la jouissance sans l'Autre.

jouissance est dérobée au corps par l'articulation signifiante, mais elle reste articulée au corps par l'objet qui trouve sa fonction dans le fantasme : écran, fenêtre. C'est le statut extime de l'objet *petit a*, entre semblant et réel.

L'événement de corps, concerne le sujet en analyse, qui une fois *passé*, se confronte à ce qui reste de jouissance au-delà de la résolution du désir. C'est-à-dire qu'il faut en passer par les défilés du signifiant pour saisir la fonction du trait unaire, l'Autre jouissance. Cette remarque est nécessaire, car il s'agit de distinguer événement de corps et phénomène de corps. Le phénomène de corps concerne la psychose. Ce n'est pas l'Autre jouissance, mais la jouissance de l'Autre, envahissante.

Pour envisager ce que veut dire Lacan par « une jouissance hors corps », nous allons à nouveau nous servir des travaux d'Éric Laurent en 1982[493]. Il nous propose deux abords du corps chez Lacan : l'un qui est marqué par la béance du stade du miroir, et dont la complétude vient du dehors, l'autre, son image, i(a). L'autre, est le corps-organisme, « marqué du plein et qui est blessé ». Cette perte, transforme l'organisme en humain. C'est-à-dire, dans ce cas, que le corps se présente comme foncièrement morcelé, marqué d'un moins de jouissance. Corps-désert de jouissance. C'est là que la jouissance ne reviendra que du dehors. C'est-à-dire que le corps, c'est ce qui est toujours soumis à l'effraction de la jouissance. Et c'est de cela, écrit E. Laurent, dont témoignent les psychotiques dans la clinique :

« C'est un lieu d'effraction, ouvert sans cesse au retour toujours effréné de la jouissance. Spécialement dans le cas du psychotique, qui, lui, n'a pas symbolisé cette jouissance, n'a pas, au fond, concentré – puisque Lacan utilise l'expression du « condensateur » pour l'objet -, concentré cette jouissance dans l'organe qu'il abandonne, qui est le phallus. C'est pour ça que le corps du psychotique peut devenir tout entier zone érogène ; les organes peuvent devenir zone érogènes, tout autant qu'ils sont. A partir de ce moment-là, c'est là où se situe l'effort du schizophrène, et de tous ces cas où il n'y a pas délire : essayer de faire fonction d'un organe alors qu'il n'est pas dans le discours ».

2.2.3. Maladies de la mentalité

Le schizophrène et l'autiste sont « *des sujets qui ne consentent pas au semblant, ou n'accordent pas croyance au semblant, ou ne réussissent pas à s'assourdir face au bruissement de la jouissance dans le semblant, ou [*ajoute Giles Chatenay dans son article « Réelles paroles », qui*] ne réussissent pas à fermer les yeux sur les déchirures des voiles du semblant* ».[494] C'est-à-dire, nous dit-il, que ces sujets ne réussissent pas « *à ne pas savoir*[495] *que ce monde de semblants et de parlêtres est contaminé de jouissance Une, contaminé de réel* ».

[493] Laurent, E., "La Psychose Chez L'enfant Dans L'enseignement de Jacques Lacan," *Quarto Revue de Psychanalyse Publiée En Belgique, n°* 9 (Décembre 1982).
[494] Chatenay, G., « Réelles paroles », in J.-P. Rouillon et G. Chatenay, « Les autistes doivent-ils nous écouter ou devons-nous les entendre ? », Editions du Losange, 2012.
[495] Souligné par nous.

Jacques-Alain Miller reprend dans la conversation d'Arcachon en 2005, une formalisation qu'il avait introduite en 1977[496], à propos de la présentation de malades de Jacques Lacan. Il s'agit de l'opposition entre les « maladies de la mentalité » et les « maladies de l'Autre ». Ces dernières concernent les sujets qui prennent leur consistance subjective dans une certitude incontournable (Paranoïa). Le sujet croit à l'Autre complet, qui ne manque de rien. C'est lui-même qui est l'objet, ce qui manque à l'Autre qui ne manque de rien. Ce sont les maladies de l'Autre non barré.

Au contraire, les maladies de la mentalité sont celles où la relation imaginaire s'émancipe, où l'axe a-a' est réversible, sans aucune scansion symbolique. « Ce sont les maladies des êtres qui s'approchent du pur semblant », nous dit J.-A. Miller. C'est-à-dire qui se spécifient de n'être inscrit dans aucun discours, pour lesquels la dimension de l'Autre est en déficit.

Dès lors, plutôt qu'un déficit, nous parlons d'un excès, un excès de réalisme[497]. Le sujet schizophrène est pris dans le langage, mais hors-jeu. C'est-à-dire que par rapport à ce qui organise la réalité humaine : ses artifices, ses usages, ses institutions, il souffre de ne pas y croire. La schizophrénie c'est l'échec du semblant[498] à voiler la pulsion de mort, l'échec du signifiant à formuler une fiction pour supporter l'existence. Dans « Clinique ironique »[499], Jacques Alain Miller spécifie le sujet schizophrène de n'être pris dans aucun discours, soit en dehors de la matrice d'un lien social. Dont l'ironie est une modalité de dénonciation de l'inconsistance de l'Autre. On comprend alors, comment en donnant la primauté à la jouissance, c'est la schizophrénie qui va se présenter comme le paradigme de la psychose dans le dernier enseignement de Lacan.

a. La dimension de la perte

Nous avons vu que le sujet construit son monde à partir de la jouissance. Ce qui permet cette construction, ce n'est pas l'excès de la jouissance, mais le fait que tout parlêtre dans son rapport à la jouissance se trouve confronté à la dimension de la perte, de la castration. Cependant, cette dernière ne se réduit pas à la castration symbolique. Elle peut aussi bien s'effectuer dans le réel : automutilation, destruction, suicide, passage à l'acte…

Néanmoins, le sujet peut consentir à la dimension de la perte sans pour autant se mutiler ou tomber dans la déréliction. Il est important alors de repérer, de cerner ces points à partir desquels se réalise cette perte, « car c'est à partir du trou, du vide ainsi créé que le sujet va pouvoir inventer une solution pour parer à l'envahissement et au ravage »[500]. Jean-Pierre Rouillon, psychanalyste au Centre Thérapeutique et de Recherche de Nonette, nous transmet

[496] Miller, J.-A., « Enseignements de la présentation de malades », texte paru dans Ornicar ?, bulletin périodique du Champ freudien, n°10, juillet 1977, Ed. Lyse, in La conversation d'Arcachon, op.cit.
[497] Zenoni Alfredo, « Penser la schizophrénie aujourd'hui », Cahiers de psychologie clinique, 2003/n°21, p.61-62.
[498] Miller, J.-A., « L'orientation lacanienne : De la nature des semblants », 1991 : « la psychose c'est l'échec des semblants ».
[499] Miller, J.A., « Clinique ironique », Revue de La Cause Freudienne, n°23, 1993.
[500] Rouillon, J.-P., « De la défense à la création », in « Les autistes doivent-ils nous entendre, ou devons-nous les entendre ? », op.cit.

comment, c'est souvent dans la rencontre avec un autre, un partenaire, que le sujet peut consentir à cette perte. Son texte articule deux modalités de traitement du réel dans la schizophrénie et l'autisme : défense et création.

La perte peut entrer en fonction dans l'espace de la rencontre avec un partenaire qui ne recule pas devant la dimension de la jouissance. Toutefois, dit-il, la perte peut être effectuée pour obéir ou satisfaire l'autre. Le sujet ne s'extrait pas alors d'une position d'objet de la jouissance de l'Autre. « *Si la jouissance se localise, ce qui dans une certaine mesure la limite, le fait d'occuper la position d'objet condensateur de jouissance, peut conduire sans détour à une relance de l'exigence de jouissance* ». Ce n'est donc pas dans la seule dimension de la rencontre avec un partenaire que la perte peut s'opérer. « La rencontre dessine le lieu où cette perte peut se réaliser ».

Ce lieu où va pouvoir s'opérer la perte, est un point où le rapport du sujet à la jouissance entre en jeu. Nous proposons, avec G. Chatenay[501], un petit répartitoire du type « difficulté de la relation avec… » :

Autisme – la parole	Schizophrénie – le corps
Paranoïa – l'Autre	Mélancolie – l'objet pulsionnel

Il s'agit donc de s'y retrouver dans le réel. Mais cette clinique est ironique. C'est-à dire que Lacan dégage que la logique qui oriente l'autiste et le schizophrène dans la rencontre avec l'autre, c'est qu'ils ne nous entendent pas[502]. Le sujet se passe de l'Autre. Provoquer la rencontre, requiert alors le respect de la défense à l'égard de l'autre, ce qui demande d'isoler ce qui dans l'autre, relève de l'excès, du trop, de l'envahissement.

Dans sa « Conférence à Genève sur le symptôme »[503] en 1975, Lacan fait mention du « schizophrène » :

> « Il s'agit de savoir pourquoi il y a quelque chose chez l'autiste, ou chez celui qu'on appelle schizophrène, qui se gèle, si on peut dire. Mais vous ne pouvez dire qu'il ne parle pas. Que vous ayez de la peine à entendre, à donner sa portée à ce qu'ils disent, n'empêche pas que ce sont des personnages finalement plutôt verbeux. »

Dans cette citation, nous pouvons dire que nous avons d'abord le gel signifiant, celui de l'holophrase. Mais Lacan nous met en garde : que le sujet n'ait pas le signifiant du manque, que l'on soit aux limites de la structure du langage, n'empêche pas que le langage soit déjà là. Si l'autiste et le schizophrène sont plutôt verbeux, c'est qu'ils parlent pour que rien du dire n'apparaisse. Il s'agit d'effacer toute implication subjective dans la production des énoncés.

Par ailleurs, dans son « Allocution sur les psychoses de l'enfant », en 1967, Lacan précise que du verbe, ils se protègent parce que la relation au langage est établie. En 1975, il

[501] Op. cit.
[502] Lacan., « Conférence à Genève sur le symptôme »10 Avril 1975, Le bloc-notes de psychanalyse n°5, 1985.
[503] idem.

précise : « Ils n'arrivent pas à entendre ce que vous avez à leur dire en tant que vous vous en occupez »[504]. Autrement dit, nous avons là deux registres : celui de la pulsion et de la jouissance, et celui de la défense. C'est la présence de l'autre (« en tant que vous vous en occupez ») qui produit l'envahissement. L'autre registre est celui où il se passe de l'Autre, « verbeux », c'est celui de *lalangue*.

« Lalangue » est un néologisme de Lacan, qui désigne un état antérieur du signifiant, où le signifiant travail non pour la signification, mais pour la satisfaction. Et à partir duquel il fait résonner l'équivocité du mot jouissance en « jouis-sens ». Mettant ainsi sur le même plan signification et satisfaction. C'est-à-dire que ça ne va pas vers l'Autre. Ca ne relève pas de la signification, du sens, mais du son, de ce qui résonne du signifiant dans sa motérialité[505]. C'est lalangue qui permet un ordonnancement de ce qui affecte le sujet, produisant une récupération de jouissance.

Autrement dit, Lacan propose une alternative à l'impuissance dès lors qu'on veut s'occuper d'eux. Il nous invite à tenir compte des rapports du sujet et de la jouissance, il nous invite à une conversation avec le sujet qui tienne compte du réel de sa structure. C'est une « réforme de l'éthique » dit Lacan dans son « Allocution » qui lui permet de conclure sur : « quelle joie trouvons-nous dans ce qui fait dans notre travail ? ».

b. Conversation pragmatique

Avant de conclure ce chapitre en introduisant plus précisément le « dit-schizophrène », il s'agit ici de cerner la spécificité du traitement psychanalytique des psychoses à partir du dernier enseignement de Lacan. Faut-il parler avec le sujet psychotique de la jouissance qui le ravage ? Si oui, comment, jusqu'où et sur quoi ? Dans quelle orientation ? Où le traitement par la parole doit-il s'arrêter, s'abstenir ?

Nous avons vu que par rapport au foisonnement de traitements psychanalytiques des psychoses dans les années cinquante, Lacan intervient avec un « Retour à Freud ». Il met en garde par rapport aux excès de son époque de l'interprétation sur la mère, la naissance, l'imaginaire. Ce qu'il propose dans « Question préliminaire à tout traitement possible[506] de la psychose », c'est une analyse des phénomènes de langue du symptôme psychotique. A l'horizon de tout traitement possible, il y a l'établissement d'une signification nouvelle après l'invasion d'une jouissance innommable, d'un mécanisme pulsionnel envahissant le corps du sujet psychotique. Ce que Lacan met au jour en reprenant le cas Schreber, c'est la façon dont la langue du sujet psychotique est habitée par un effort pour nommer la jouissance. Il dégage un mécanisme commun à toute psychose : l'établissement d'un usage particulier de la langue pour cerner la jouissance. Les hallucinations de Schreber sont étudiées comme un système. « *L'apparent chaos hallucinatoire s'ordonne parfaitement autour d'une activité de*

[504] Lacan, J., « Conférence à Genève sur le symptôme »,10 Avril 1975, op.cit.
[505] Idem.
[506] Souligné par nous.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

nomination nouvelle grâce à ces instruments de production de signification nouvelle que sont les catégories métaphore / métonymie »[507].

Éric Laurent emploie le pluriel « Les traitements psychanalytiques des psychoses », dans son article de 2003, pour être cohérent avec l'évolution de l'enseignement de Lacan. C'est-à-dire, que le Nom-du-père a été pluralisé, puis généralisé, la langue elle-même prenant en charge les phénomènes de jouissance. C'est ce qu'avec Jacques-Alain Miller[508] il nomme la « seconde métaphore paternelle ».

Dès lors, c'est une sorte de « conversation sur la jouissance » qui apparaît comme fondamentale pour définir les traitements des psychoses. Il s'agit d'aider le sujet à nommer cette chose innommable. Cette conversation prend appui sur la linguistique. D'abord Jakobson, dont nous pouvons dire, brièvement, que la thèse se résume à ce qu'on produit du sens soit avec la métaphore, soit avec la métonymie. La production d'équivoques troublant les systèmes de code. Lacan a décrit l'effort de stabilisation entre les signifiants et la signification qui constituent une langue à partir des travaux de Jakobson. Il propose une linguistique de la parole en acte, où le fait de parler lui-même, les actes de langage du sujet psychotique, modifient la langue qu'il utilise, jusqu'à ce que la langue nouvelle, modifiée par les actes de langage, puisse accueillir les messages hors sens qui circulaient hors de toute norme.

Autrement dit nous avons là « une pragmatique linguistique » qui replace le traitement psychanalytique des psychoses dans les perspectives sur la langue et sur la place du sujet dans la langue, nous dit Éric Laurent. Cependant, choisir de s'appuyer sur le travail du délire, ce n'est pas aider le sujet à délirer. A cet égard, Éric Laurent relève l'usage ironique que fait Lacan du syntagme « secrétaire de l'aliéné ». Nous avions mis en exergue au début de ce travail une citation de Falret : « Ne réduisez pas votre devoir d'observateur au rôle passif de secrétaire des malades ». Lacan subvertit cette recommandation, en proposant une entreprise de nomination et de traduction de ce qui arrive au sujet, de ce qui excède la signification. « Se faire un nom », n'est pas seulement aider le sujet à obtenir une identité de jouissance, une fixation à un idéal. Il s'agit, nous dit Éric Laurent, « *d'accompagner l'entreprise de nomination en sachant qu'il y a toujours un principe d'indétermination de la traduction, qu'il est toujours possible de trouver une autre façon de dire et de poursuivre avec une façon de dire* »[509]. Le traitement psychanalytique des psychoses consiste donc en une conversation avec le sujet. Mais dans laquelle nous lui faisons poursuivre son travail de traduction, « puisque la jouissance manque à l'océan des noms propres ». Alors, au contraire, le secrétaire ne recueille pas dans une position passive, « le psychanalyste ajoute sa logique à l'interprétation de l'inconscient »[510] dit Lacan. Il est donc actif, garant de la traduction possible, de ce qu'il recueille il déduit la jouissance en jeu, il localise, lui aussi, la chose innommable pour le sujet, ne serait-ce pour que l'entreprise se poursuive sans trop de court-circuit (passage à l'acte).

---

[507] Laurent, E., « Les traitements psychanalytiques des psychoses », Les feuillets du courtils 21, Février 2003. Publication du Champ freudien en Belgique, avec la collaboration du RI3.
[508] Miller, J.-A., « Extimité », Cours d'orientation lacanienne du 5 Février 1986. Enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris VIII, inédit.
[509] Laurent, E., « Les traitements psychanalytiques des psychoses », op.cit.
[510] Lacan, J., « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole », Autres Ecrits, pp243-259, op.cit.

Le traitement possible de la jouissance semble donc se produire par l'invention d'un savoir particulier sur la jouissance. Non pas un savoir dans sa dimension de sens, mais un savoir de *chiffrage* de jouissance. Chiffrage qui rendrait ladite jouissance un peu plus compatible avec la vie. Nous avons vu que le second enseignement de Lacan n'est plus celui de la discontinuité névrose/psychose, mais bien plutôt celui de l'égalité des êtres parlants, en tant qu'ils sont tous confrontés à un réel, celui du sexe et de la mort. Et c'est comme réponse au réel qu'émerge pour chacun d'entre nous la structure. Ou plutôt : « ce qui crée la structure est la manière dont le langage émerge au départ chez un être humain »[511]. Ce n'est pas le langage qui est premier, mais *lalangue*. Les débris, les détritus de lalangue :

> « J'ai très bien vu de tout petits enfants, ne serait-ce que les miens. Le fait qu'un enfant dise *peut-être, pas encore*, avant qu'il soit capable de vraiment construire une phrase, prouve qu'il y a en lui quelque chose, une passoire qui se traverse, par où l'eau du langage se trouve laisser quelque chose au passage, quelques détritus avec lesquels il va jouer, avec lesquels il faudra bien qu'il se débrouille. C'est ça que lui laisse toute cette activité non réfléchie – des débris, auxquels, sur le tard, parce qu'il est prématuré, s'ajouteront les problèmes de ce qui va l'effrayer. Grâce à quoi il va faire la coalescence, pour ainsi dire, de cette réalité sexuelle et du langage »[512].

C'est-à-dire que dans son dernier enseignement, Lacan décompose le concept de langage en deux parts : lalangue et le lien social. Si le langage est une structure dont on peut étudier les lois de composition, elle véhicule également de façon invisible la norme sociale. Le langage est le produit d'une opération de maîtrise. Au contraire, au niveau de lalangue, personne ne donne à un mot le même sens que quelqu'un d'autre, chacun a sa langue privée, sa langue pulsionnelle. Or, le psychotique est atteint au niveau du lien social, au niveau de l'Autre, et de ce fait il reste corrélativement plus connecté à sa lalangue.

Les conditions de la conversation avec le psychotique, nécessite donc de s'informer du fonctionnement de lalangue pour le sujet. Car s'informer, c'est déjà traduire, et permettre l'arrimage, en même temps que sa poursuite, de l'élaboration métonymique de savoir non standard[513].

c. *Le dit-schizophrène*

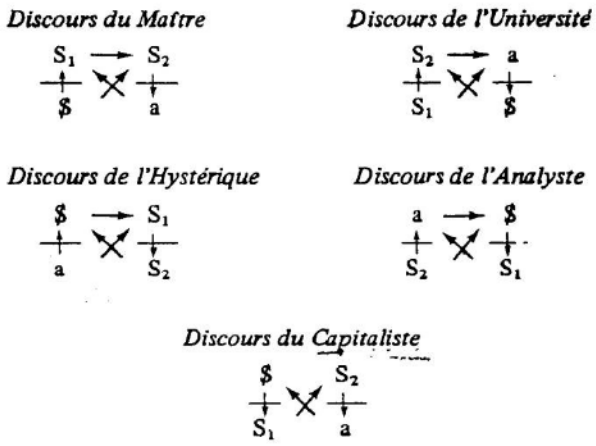
Il y a peu d'occurrences du terme « schizophrénie » dans les écrits de Lacan, la plus importante étant celle qui figure dans « L'étourdit » en Janvier 1972, parue dans les « Autres écrits ». Pourquoi Lacan précède la catégorie d'un « dit » ? Il nous semble que « le dit-schizophrène » témoigne de la réserve constante de Lacan à l'égard de cette catégorie. Réserve qui fait écho au « tout schizophrénique » de la clinique psychiatrique de l'époque, et

[511] Lacan, J., « Yale University, Kanzer Seminar », *Conférences aux universités nord-américaines*, Paru dans Scilicet n°6/7, 1975, Seuil.
[512] Lacan, J., *Conférence à Genève sur le symptôme*, 10 Avril 1975, op.cit.
[513] Doguet-Dziomba, M.-H., « Une pratique de conversation sur la langue privée : un cas de « psychose ordinaire », Les feuillets du Courtil n°21, Février 2003, « Traitements psychanalytiques des psychoses », Publication du champ freudien en Belgique, avec la participation du RI3.

dont nous avons fait la présentation en amont. Donc réserve « politique » dirons-nous. Réserve clinique, également, par rapport au sujet schizé. Ce que Jacques-Alain Miller, à partir notamment de ce qu'il écrit dans son article « Schizophrénie et Paranoïa »[514], démontre. En effet, il semble que pour Lacan « le sujet schizé » soit le sujet barré, sujet du signifiant. C'est-à-dire que la schize du sujet, loin de spécifier le schizophrène, serait de départ. C'est ce que Lacan emploie pour qualifier son « sujet ». Cette réserve fonctionne pour nous comme une mise en garde. Il s'agit de conserver un esprit critique face au discours contemporain sur la schizophrénie, d'une part. D'autre part, il s'agit de mettre des guillemets à une théorie de la schizophrénie qui serait lacanienne.

Une théorie « lacanienne » de la schizophrénie se fonde, d'une part, de l'introduction de la fonction du sujet, dont nous avons vu qu'elle interdisait de traiter la question du schizophrène en termes de déficit ou de dissociation. D'autre part, au lieu d'un déficit du moi, Lacan parle en termes de manque de signifiant. La forclusion, c'est le manque d'un signifiant qui touche à l'armature signifiante minimale pour qu'un sentiment de la réalité « normale » se constitue pour le sujet. Enfin, Jacques-Alain Miller[515] nous donne comme référence, lorsque l'on veut s'intéresser au « dit-schizophrène » tel que Lacan le met en place, le discours.

C'est dans les années soixante-dix que Lacan élabore ce qu'il appelle ses « quadripodes ». Quatre discours qui sont quatre écritures des rapports entre le signifiant maître, S1, le savoir, S2, l'objet petit a (plus-de-jouir) et le sujet, $. A ces quatre termes correspondent quatre places : celles de l'agent, l'autre, la production et la vérité. Le premier discours est le discours du maître, ou discours de l'inconscient, à partir duquel Lacan écrit les trois autres, par rotation des places d'un quart de tour :



Quatre discours, auxquels il ajoutera plus tard le discours de la science et du capitaliste.

[514] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », Quarto n°10, revue de psychanalyse publiée en Belgique, Février 1983

[515] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », Quarto n°10, revue de psychanalyse publiée en Belgique, Février 1983.

Cette topologie fait l'objet du séminaire XVII, « L'envers de la psychanalyse »[516], prononcé en 1969-1970. Lacan y donne une autre portée à la proposition « le signifiant est ce qui représente un sujet pour un autre signifiant ». En effet, les quatre discours sont quatre propositions où se décline la position d'énonciation du sujet : le sujet et sa parole sont contraints par la structure du signifiant, les discours sont donc quatre modes de contraintes qui mettent en exergue quatre modes d'énonciation.

Lacan parlera également du discours comme lien social. Soit comme des modes de régulation de la jouissance, ce qui s'écrit à partir de la disjonction entre vérité et production. En effet, un discours au sens de Lacan, nécessite une impuissance définie par « la barrière de la jouissance »[517]. Le sujet entre dans le lien social après avoir consenti à perdre une jouissance sans faille. Autrement dit, c'est d'être pris dans un discours que le sujet se « normalise ». Le discours du maître est premier, dans la mesure où on peut y lire que l'articulation signifiante, S1-S2, cause la division du sujet et produit une perte de jouissance : *petit a*.

On peut donc dire que les quatre discours, tels qu'inventés par Lacan dans le livre XVII de son séminaire, formalisent le passage du *Lacan 1 au Lacan 2*. En effet, on peut y lire une nouvelle écriture du sujet de la jouissance. Chaque discours étant une structure où le sujet se trouve aliéné, mais où il trouve également un savoir-y-faire avec la jouissance. L'indication de Miller quant à la schizophrénie est donc une conséquence à prendre de ce que Lacan avance dans « L'étourdit » comme « l'hors-discours de la psychose »[518].

Lorsque Lacan met en place précisément le dit-schizophrène c'est par rapport au discours comme lien social, « le dit-schizophrène se spécifie d'être pris sans le secours d'aucun discours établi »[519]. Mais c'est également en rapport avec la thématique du « corps sans organe »[520]. Le corps qui est une référence essentielle dans le dernier enseignement de Lacan. En effet, le corps est le seul instrument de jouissance à notre disposition, et dans son dernier enseignement Lacan distingue deux corps. Le premier est parcouru par les signes du lien social et répond au sens, le second est le corps de chair, qui existe et est hors sens. Le corps de chair est celui que nous avons vu troué par lalangue. C'est-à-dire que le corps entre dans le lien social à partir de l'effraction langagière, cette marque du langage sur le corps qu'il nomme aussi « troumatisme ». Tandis que le corps de chair renvoie à une jouissance autiste et non partageable, le corps du symbolique est celui qui vient suppléer au trou de la castration par la production du plus-de-jouir.

La prise du corps dans le discours, Lacan la situe dans la question même des « parlants » sur leur corps. « La seule chose qui pose la question d'à quoi cela serve un

[516] Lacan, J., "L' envers de la psychanalyse: 1969 - 1970", Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 17 (Paris: Ed. du Seuil, 1991).
[517] Lacan, J., « Radiophonie, Réponses à sept questions posées par M. Robert Georgin pour la radiodiffusion Belge, 1970 », *Autres écrits*, Le champ freudien, collection fondée par Jacques Lacan, aux Editions du Seuil, Paris, 2001, p.445.
[518] Lacan, J., « L'étourdit », *Autres écrits*, Le champ freudien, collection fondée par Jacques Lacan, aux Editions du Seuil, Paris, 2001, p.490.
[519] Idem, p.474.
[520] Gilles Deleuze et Félix Guattari.

organe, c'est justement à partir d'un discours ». C'est-à-dire que pour Lacan, le langage est l'organe par excellence :

« Si le langage n'était pas déjà l'*organon* par excellence, il n'y a pas de question à propos des organes ; qu'est-ce qui nous donne le moindre test que le animaux aient un rapport à leurs organes ? Qu'est-ce qui donne à penser qu'une mouche se demande à quoi sert sa patte, elle trotte, il n'y a pas de question enfin, c'est le corps sans organes au sens où il n'y a pas question. S'il y a une question, c'est qu'il y a déjà cette réponse qu'à soi tout seul constitue le langage à l'intérieur duquel peuvent se propager les questions »[521].

Le langage est donc l'organe premier qui donne sa fonction au corps de chair en le faisant passer au signifiant, ce qui s'éclaire de « L'étourdit » : « Le corps des parlants est sujet à se diviser de ses organes, assez pour avoir à leur trouver fonction »[522]. Et cette fonction, que le sujet tient du discours, creuse la place de l'inexistence du rapport sexuel, poursuit Lacan. Ce qui supplée à cette absence est « à mettre au chef de l'être ou avoir le phallus ». Autrement dit la façon dont les sujets, dans leur singularité, vont donner consistance à leur corps, à partir de la croyance du parlêtre d'avoir un corps, racine de l'imaginaire[523]. C'est là l'enjeu du discours : que tout sujet puisse s'inscrire dans la fonction phallique pour parer à l'‘absence du rapport sexuel[524].

Dans cette opération, nous repérons le passage du sujet comme réponse du réel au semblant comme suppléance. Ce que Lacan argumente en 1972, à propos du cas Schreber où l'échec du semblant, « « réalise » sans doute le rapport dont le semblant fait le supplément »[525]. La fonction du discours est donc de traiter la rencontre de tout sujet avec le réel :

« … de ce réel : qu'*il n'y a pas de rapport sexuel*, ceci du fait qu'un animal à stabitat qu'est le langage, que d'labiter c'est aussi bien ce qui pour son corps fait organe, - organe qui, pour ainsi lui ex-sister, le détermine de sa fonction, ce dès avant qu'il la trouve. C'est même de là qu'il est réduit à trouver que son corps n'est pas sans autres organes, et que leur fonction à chacun, lui fait problème, - ce dont le dit schizophrène se spécifie d'être pris sans le secours d'aucun discours établi »[526].

Ce qui s'appelle la schizophrénie est donc ce qui, pour Lacan, éclaire les rapports du langage et du corps. C'est en Octobre 1972, soit la même année où il a écrit « L'Etourdit », à l'occasion d'une conversation avec l'Ecole Belge de Psychanalyse qu'il précise :

« Cela veut dire que là le langage ne réussit pas à mordre, à savoir que tout de même le corps n'est pas tellement sans organe, il y en a au moins un qui est le langage parce que s'il y a quelque

[521] Lacan, J., Séance extraordinaire de l'Ecole Belge de Psychanalyse, le 14 Octobre 1972. Paru dans Quarto, supplément belge à la Lettre mensuelle de l'Ecole de la Cause freudienne, 1981, n°5, pp.4-22.
[522] Lacan, J., « L'étourdit », op.cit. p.456.
[523] Mandil, R., « Parlêtre et consistance corporelle », texte de préparation au Xème Congrès de l'Association Mondiale de Psychanalyse, « Le corps parlant, sur l'inconscient au XXIème siècle ».
[524] Lacan, J., « L'étourdit », op.cit., p.458.
[525] P.460.
[526] Lacan, J., « L'étourdit », op.cit., p.474.

chose dans quoi baigne le schizophrène, c'est devant ce maniement enfin affolé enfin du langage, simplement il n'arrive pas à le faire mordre sur un corps et en effet à partir de là on peut considérer que le corps est sans organes mais qu'est-ce que cela veut dire enfin ? Cela veut dire que si on pose la question de la fonction d'un organe, c'est à partir du langage en tant que le langage est le premier à quoi le corps se trouve absolument subordonné »[527].

La position du schizophrène par rapport du discours témoigne d'un état natif du sujet[528]. Un sujet qui n'a pas d'état-civil, c'est-à-dire un savoir-y-faire avec la jouissance. Et c'est à partir des travaux de Lacan sur James Joyce, que la schizophrénie devient le modèle paradigmatique de la psychose. Lacan confère à la schizophrénie un « excès de réalisme ». Le sujet schizophrène est exposé au réel du langage, à l'inexistence de l'Autre et à l'inconsistance du discours. Le corps du schizophrène ne reçoit pas du discours un fonctionnement unifié et réglé, le signifiant n'a pas la propriété d'annuler la jouissance.

La psychanalyse vue par un schizophrène (Séminaire XXIII, *Le sinthome*) ouvre à la dimension pragmatique de la clinique borroméenne, en tant qu'elle est un « matérialisme de la jouissance ». C'est-à-dire qu'elle n'opère pas à partir de la parole et de la symbolisation comme tentative d'annulation de la jouissance, mais à partir des modalités de traitement « hors discours » du sujet lui-même.

[527] Lacan, J., Séance extraordinaire de l'Ecole belge de psychanalyse, le 14 Octobre 1972. Paru dans Quarto, supplément belge à la Lettre mensuelle de l'Ecole de la cause freudienne, 1981, n°5, pp.4-22.
[528] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », op. cit.

Chapitre 3: Une théorie de l'incurable ?

Nous sommes passés d'une clinique centrée sur le conflit avec l'Autre à une clinique du sujet centrée sur ce qui l'affecte dans le corps. Comment le schizophrène nous éclaire-t-il sur les embrouilles du corps parlant ? Comment accompagner un sujet exposé au réel du langage ? Pourquoi Lacan avertit les étudiants : « Quand vous aurez la pratique du schizophrène, vous saurez l'ironie qui l'arme, portant à la racine de toute relation sociale »[529] ? L'ironie de la schizophrénie fait-elle couple avec l'ironie du dernier enseignement de Lacan à propos de la thérapeutique ? N'est-ce pas cette ironie qui fait obstacle à un principe qui établirait le savoir psychiatrique sur cette catégorie ? A quoi nous sert le travail de Lacan sur Joyce ?

La schizophrénie est un champ confus, si l'on prend le point de vue déficitaire. Dans ce dernier chapitre nous préciserons le syntagme « clinique ironique », dans son rapport avec le schizophrène tel que défini par la psychanalyse. A partir, notamment, de l'avertissement de Jacques-Alain Miller en 1993 : « ou bien notre clinique sera ironique, […] – ou bien notre clinique ne sera qu'une resucée de la clinique psychiatrique »[530].

Il nous semble en effet que le paradigme de la schizophrénie est à corréler avec l'époque actuelle. C'est-à-dire que le point du vue de la schizophrénie nous orienterait dans la clinique, à partir de son ironie même, comme ce qui présentifie les liens qu'entretient l'être parlant avec le corps, le langage, les objets, les choses, l'inconscient, la pulsion. En effet, nous sommes à une époque où le sens s'absente du monde, et où le sujet est envahi par l'expérience de jouissance. L'enjeu de la clinique est alors d'accompagner le sujet pour faire avec le hors sens, au lieu de s'épuiser dans une interprétation toujours renouvelée[531]. Il s'agira dans ce chapitre de s'appuyer sur le discours psychanalytique pour maintenir une certaine distance avec l'impossible à supporter, pour mesurer l'aide que nous pouvons apporter au sujet.

2.3.1. Clinique ironique

Le syntagme « clinique ironique » est extrait du titre de l'article de Jacques-Alain Miller paru en 1993 dans la revue de La Cause freudienne[532]. Dans cet article, Miller pose la clinique différentielle des psychoses comme un problème. Pour le clarifier, il lui oppose « une clinique universelle du délire ». C'est-à-dire, « celle qui prend son point de départ de ceci, que tous nos discours ne sont que défenses contre le réel »[533]. Dès lors, nous pouvons mettre en rapport « clinique ironique » et un ensemble de questions qui ont trait au dernier

[529] Lacan, J. « Réponse à des étudiants en philosophie », 1966, Autres Ecrits, p.209.
[530] Miller, J.-A., « Clinique ironique », La cause freudienne n°23, Enigme de la psychose, Février 1993.
[531] Laurent, E., « Déficit ou énigme », La cause freudienne n°23, Enigme de la psychose, Février 1993.
[532] Miller, J.-A., « Clinique ironique », La cause freudienne n°23, Enigme de la psychose, Février 1993.
[533] Miller, J.-A., « Clinique ironique », op. cit.

enseignement de Lacan : comment cerner le réel ? A partir du Séminaire XI[534], Lacan articule le réel à la mauvaise rencontre, il n'y a pas de savoir dans le réel. Il ne répond à aucun vouloir-dire. Dans le séminaire XXIII Lacan parlera du réel comme impossible, dans la mesure où « le réel est […] sans loi »[535]. Le réel n'a pas d'ordre, dit-il. Il n'y a que des « bouts » de réel.

Cependant, si la psychanalyse comme discours et comme pratique est un lien social, comment peut-elle dire quelque chose du réel ? Comment aller au-delà d'un discours qui ne serait pas du semblant ? Où est le réel alors que nous sommes dans une expérience où il s'agit de raconter les choses ?

Pour raccorder sens et réel, signifiant (matérialité signifiante) et signifié (sens), « l'appareil à psychanalyser »[536] s'est donc munis d'éléments d'artifice, le Nom-du-Père, mais aussi la structure du discours comme agrafe. « *C'est de vivre ensemble et de se parler que le signifiant et le signifié s'équilibrent. […] Autrement dit, la compréhension, et même l'accord du signifiant et du signifié, du sens et du réel, [dit J.-A. Miller,] c'est une affaire de communauté.* » Ce qui fait l'agrafe du sens et du réel c'est « la communauté des utilisateurs d'un langage, et surtout leur accord pour se mettre à faire pareil »[537]. Cependant, loin de se satisfaire de l'ordre social, c'est-à-dire d'un accord sur des semblants[538], Lacan a conservé l'idée que tout n'est pas du semblant. Il y a du réel dans l'expérience.

Nous nous apercevons que la fin de l'enseignement de Lacan pose la question de la possibilité même de la psychanalyse au regard du réel. Dans la mesure où l'opération analytique repose sur l'idée que nous traitons un réel susceptible de répondre au sens et aux effets de sens. L'ironie du dernier enseignement de Lacan c'est de savoir si la psychanalyse est une escroquerie ou non ?

a. Qu'est-ce que l'ironie ?

Ironie : faire tomber son i Phone
dans son jus de pomme

Nous avons vu que l'ironie selon Jacques Lacan c'est dire que « l'Autre n'existe pas ». Qu'au fond, le lien social est une escroquerie. « *L'ironie est la forme comique que prend le savoir que l'Autre ne sait pas, c'est-à-dire, comme Autre du savoir, n'est rien. Alors que l'humour s'exerce du point de vue du sujet supposé savoir, l'ironie ne s'exerce que là où la*

[534] Lacan, J., « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », op.cit.
[535] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII « Le sinthome », éditions du Seuil, Champ freudien, 2005, p.137 : « le réel est, il faut bien le dire, sans loi ».
[536] Miller, J.-A., « L'appareil à psychanalyser », Quarto n°64, « Philosophes de Lacan », Revue de psychanalyse, Hiver 1998.
[537] Idem, p.10.
[538] Miller, J.-A., « La psychanalyse, la cité, les communautés », Revue de La Cause freudienne n°68, « Notre sujet supposé savoir », Février 2008.

déchéance du sujet supposé savoir a été consommée »[539]. Tandis que l'humour implique l'Autre, la relation imaginaire, et le sens. C'est-à-dire que le *witz* est un lien social.

Dans la fin de son enseignement, l'ironie c'est renverser ce qui était établi dans le discours psychanalytique de l'époque. Soit la norme œdipienne. D'autre part, alors que Lacan a isolé le langage, la façon dont les gens parlent, le discours comme ce qui fait tenir la réalité pour chacun, il élabore la catégorie du « semblant », ce qui pourrait nous faire croire qu'il ne s'agit là que d'une illusion, un artifice.

Cependant, l'ironie de Lacan n'est pas cynisme. Ni relativisme. La position de l'ironiste est de mettre des points d'interrogation, de faire répéter, de ne pas comprendre. C'est une position par rapport aux idéaux sociaux. C'est une conséquence de l'écart entre sens et réel. Un effet de l'interrogation de Lacan sur la psychanalyse. Tout n'est pas semblant.

Notre hypothèse est que la clinique est ironique dans la mesure où les remaniements du XXI^{ème} siècle amènent le psychanalyste à saisir la façon dont une époque vit la pulsion. Le discours tel qu'élaboré par Lacan implique la pulsion. La communauté des utilisateurs du langage implique également un mode commun de jouissance, une répartition systématisée des moyens et des manières de jouir.

La psychanalyse est donc mise au défi de renouveler sa pratique dans le monde, structuré par les deux discours prévalent de la modernité : le discours de la science et le discours du capitalisme. La domination combinée de ces deux discours, chacun appuyant l'autre, accroit ce que Freud appelait le « malaise dans civilisation » et que Lacan déchiffrait comme les impasses de la civilisation.

Freud a inventé la psychanalyse à l'époque du signifiant maître et de l'identification. Malgré un déclin déjà amorcé, c'était la prégnance de la famille paternaliste qui valorisait l'Œdipe et la fonction paternelle. Le surmoi freudien s'organisait autour de l'interdit, de la culpabilité, du devoir, faisant exister l'Autre. L'époque lacanienne de la psychanalyse, nous disent Éric Laurent et Jacques-Alain Miller[540], est ironique parce qu'elle est l'époque des non-dupes de l'existence de l'Autre. C'est aussi l'époque du réel, en tant qu'il est mis en question. Miller formule l'hypothèse que les succès même de l'opération scientifique ont miné la crédibilité du réel[541].

La subjectivité contemporaine est submergée industriellement de semblants. Le sujet est en prise directe avec les objets *petit a* et avec l'impératif pulsionnel. La montée au zénith social de l'objet *petit a* produit l'impératif de jouissance, « Jouis ! », comme fondement de notre civilisation. Or, dès lors que le sujet est en prise directe avec les objets de satisfaction, l'Autre n'a plus de consistance et le sujet en pâtit, puisqu'il n'est plus arrimé solidement à la chaîne signifiante.

La pratique lacanienne de la psychanalyse a affaire aux conséquences de la production industrielle du plus-de-jouir, qui dévaste la nature, fait éclater le mariage, disperse la famille et remanie le corps. « *Mais elle joue surtout sa partie par rapport aux nouveaux réels dont témoigne le discours de la civilisation hypermoderne. Elle joue sa partie dans la dimension*

[539] Miller, J.-A., « Clinique ironique », op. cit.
[540] Laurent, E., et Miller, J.-A., « L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique », Revue La Cause freudienne n°35, « Silhouettes du déprimé », Février 1997.
[541] Miller, J.-A., « L'appareil à psychanalyser », op.cit., p.12.

d'un réel qui rate, de telle sorte que le rapport des deux sexes entre eux va devenir de plus en plus impossible, de telle sorte que, si je puis dire, l'un-tout-seul sera le standard post humain »[542].

Il n'y a pas de savoir dans le réel, nous dit Lacan, c'est « ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire ». Néanmoins, il y a un réel dans l'expérience analytique qui s'atteste du symptôme. C'est-à-dire « ce qui ne cesse pas de s'écrire ». « *Le symptôme est la forme que prend le réel l'exigence pulsionnelle en tant qu'elle ne cesse pas de se faire entendre, et qu'elle ne cesse pas de se satisfaire, y compris dans le déplaisir du symptôme* »[543].

Il n'y a pas de savoir dans le réel, il n'y a pas de rapport sexuel, mais à la place il y a le symptôme. Une contingence de la rencontre qui fixe et conditionne ensuite le mode de jouir pour un sujet. C'est dire qu'il y a certaines rencontres qui sont susceptibles d'organiser le rapport à l'Autre sexe, d'une façon différente pour chacun, « il y a, pour chacun, un éclat différent qui le capte »[544]. Nous sommes donc à un niveau où il n'y a pas l'Autre, nous sommes à un niveau pulsionnel des arrangements de la jouissance, où finalement le partenaire du sujet c'est son symptôme. On ne s'en débarrasse pas, on apprend à faire avec.

Clinique ironique c'est donc mettre au principe de la psychanalyse le ratage, se fonder sur le symptôme en tant qu'il témoigne d'un rapport contingent avec l'impossible. Il s'agit d'inventer une « pratique sans valeur », une pratique excluant la notion de succès.

Comment concevoir une pratique où il s'agit seulement des différentes manières de rater ? Comment concevoir une pratique à partir d'un partenaire-symptôme, impliquant la répétition de l'Un de la jouissance, qui revient toujours à la même place, sans aucune espèce de sens ?

b. Clinique et discours

« *Etre sans boussole, [...] est-ce être sans discours ? Est-ce être chaotiques, schizophrène [..] ? Et d'abord, est-ce que nous sommes sans aucune boussole ? Peut-être avons-nous une autre boussole ?* »[545]

Au regard de l'évolution symptomatique de la civilisation, la schizophrénie met à nu l'inexistence de l'Autre. Dans le jeu de l'Autre, le sujet schizophrène fait l'expérience de l'absence d'enjeu et de raison. L'expérience de la réalité n'est pas tressée des semblants. Miller appelle « schizophrène, le sujet qui n'éviterait pas le réel. C'est le parlêtre à qui le symbolique ne sert pas à éviter le réel, parce que ce symbolique lui-même est réel ». En conséquences, « s'il n'y a pas de discours qui ne soit du semblant, il y a un délire qui est du

[542] Miller, J.-A., « Une fantaisie », Conférence à Comandatuba, IV[ème] Congrès de l'AMP, 2004. p19.
[543] Miller, J.-A., « L'appareil à psychanalyser », op.cit., p.14.
[544] Idem.
[545] Miller, J.-A., « Une fantaisie », op.cit., p.11.

réel, et c'est celui du schizophrène. C'est de là que peut se construire l'universel du délire »[546].

La clinique de la jouissance, au-delà de l'Œdipe, s'intéresse au savoir du schizophrène, à l'univers du discours tel qu'il est vu pas un schizophrène. Car il est exposé à l'inexistence de l'Autre sans la médiation de ce que Lacan appelle un discours. Il est pris comme tout être parlant dans le langage, mais sans la médiation d'une croyance, sans le secours d'une signification des mots fixée par leur usage dans une communauté. « Sans le secours d'aucun discours établi », pour reprendre la formulation de Lacan.

La schizophrénie devient la modalité paradigmatique de la psychose dans la mesure où le sujet schizophrène est le seul sujet sans défense devant l'impossible à supporter. Cas limite par rapport aux autres positions névrotiques, perverses, et psychotiques. Le paranoïaque lui-même trouvant à se défendre du réel par le délire. Dans « Clinique ironique »[547], Jacques Alain Miller spécifie donc le sujet schizophrène d'être hors-jeu, soit en dehors de la matrice d'un lien social.

Comment repérer la schizophrénie à partir du discours ? A partir de quel discours ? La méthode proposée par Jacques-Alain Miller consiste à se repérer sur le discours du maître afin de suivre les modifications induites par la position schizophrénique[548]. Alors ce qui semble d'emblée atteint c'est la représentation du sujet par le signifiant – $S_1 \rightarrow S_2$ –. C'est-à-dire, écrit Miller, que la forclusion se définit ici d'interdire la représentation du sujet. « C'est en fait un éparpillement des signifiants représentant le sujet », ce qui le conduit à dire que « *c'est spécialement dans le cas de la schizophrénie que nous verrions émerger ce que Lacan appelait l'essaim de signifiants, mais cette fois-ci irrémédiablement dispersé* ». L'insight, la dispersion des identités, se trouvent alors repérés sur le schéma du discours du maître à partir de la pluralisation du signifiant maître comme équivalente à sa disparition. Sur la ligne du dessous - $ // a – la conséquence en est une domination de la jouissance sur le sujet. C'est à cette là que Miller place ce que Freud avait pu avancer du narcissisme primaire dans la schizophrénie. C'est le niveau « *de la jouissance pure et désarrimée de l'objet petit a. Au niveau où la jouissance n'est pas coordonnées au semblant phallique* ».

Si c'est le langage qui décerne au sujet son corps, et qu'il nécessite une prise dans le discours pour barrer la jouissance, nous comprenons que le schizophrène n'entre pas dans le discours. L'articulation signifiante ne permet pas d'ordonner la jouissance, et le sujet schizophrène est raccordé directement au corps. Ce qui nous pourrions écrire :

$$\frac{S_1, S_1, S_1, \ldots}{\$ \qquad a}$$

Soit un schéma où il n'y a ni l'articulation S_1-S_2, ni la barrière qui sépare le sujet de la jouissance. Cliniquement, cela s'exprime par une implacable lucidité (ironie) ou par une radicale incompréhension qui frappe le rapport à la réalité. C'est pourquoi Alfredo Zenoni[549] soutien avec l'hypothèse d'un excès de réalisme que :

[546] Miller, J.-A., « Clinique ironique », op. cit. p.6.
[547] Miller, J.A., « Clinique ironique », Revue de La Cause Freudienne, n°23, 1993.
[548] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », Quarto n°10, revue de psychanalyse publiée en Belgique, Février 1983.
[549] Zenoni Alfredo, « Penser la schizophrénie aujourd'hui", Cahiers de psychologie clinique, 2003/2 n°21, p.67.

« Ce n'est pas que le sujet ne perçoive pas la réalité telle qu'elle est ou imagine des choses qui n'existent pas, c'est plutôt qu'il expérimente, trop sans doute, la structure d'inexistence de ce qui constitue la réalité proprement humaine, […]. Tout ce régime symbolique de la vie humaine apparaît comme foncièrement vide, déshabité, inconsistant ».

Nous avons considéré également les conséquences sur le corps du schizophrène. Ce que relève Lacan à propos d'un épisode de la jeunesse de James Joyce, où l'on observe que ce qui peut arriver au corps comme accident, coup ou atteinte, laisse le sujet dans une plus ou moins grande indifférence. Le corps apparaît comme déshabité, désarrimé, réduit à une sorte d'enveloppe vide.

Le corps, celui dont l'être se soutient, dit Lacan dans Radiophonie, « c'est le langage qui le lui décerne »[550]. Mais s'il ne reçoit pas d'un discours un fonctionnement unifié et réglé par le principe de plaisir, il apparaît à la fois comme détaché du sujet, non habité, et comme soumis à une significantisation dispersée des organes, hors unité corporelle.

D'autre part, si dans leur dimension de semblant, le langage et le corps apparaissent vides, il n'en reste pas moins que « le schizophrène n'a pas d'autre Autre que la langue »[551]. « Ainsi, A. Zenoni remarque, qu'au lieu de constituer une mise à distance ou une négativation de la jouissance, la parole est elle-même ce par quoi le sujet se confronte à la jouissance ». Si le signifiant n'a pas cette propriété d'annuler la jouissance, il a la propriété de la Chose. La langue devient dans la schizophrénie un partenaire intrusif. Ce dont les œuvres de Louis Wolfson[552] , Virginia Woolf[553], ou de Joyce témoignent. Autrement dit, avec la schizophrénie nous touchons au registre de la connexion immédiate du langage et du corps, du signifiant et de la jouissance.

De l'exposition à l'inexistence de l'Autre, sans la médiation d'un discours établi, Alfredo Zenoni, dans sa « Note sur ladite schizophrénie »[554], tire plusieurs conséquences. D'abord, dans le registre du lien social, de l'activité. Le sujet schizophrène ne transférant pas la jouissance vers la dimension des semblants, transfert libidinal nécessaire pour que la réalité tienne, les discours ne sont que des fictions creuses. Puis, dans le rapport au « trait unaire ». « De ce rapport direct à l'inexistence de l'Autre dérive également l'évanescence ou l'absence d'une identification symbolique dominante ». Enfin, en l'absence de garantie, la parole se trouve sans fondement. « Rien dans le langage n'offre, en effet, de point de butée, de premier ou dernier mot ». Hors de la dimension de l'Autre, le corps et le langage sont envahis par la jouissance. « *Le symbolique ne réfrène ni ne traite sous la forme de discours aucune jouissance, et du même coup, la langue et le corps passent dans le réel, « hors discours »* ». Dans le régime schizophrénique, poursuit Zenoni, « tout le symbolique est réel », dans la mesure où la jouissance et le signifiant font un.

[550] Lacan, J., « Radiophonie », op.cit., p.409.
[551] Miller, J.-A., « Clinique ironique », op. cit. p.9.
[552] Wolfson, L., « Le schizo et les langues », Gallimard, Paris, 1970.
[553] Harrisson, S., « Virginia Woolf, L'écriture, refuge contre la folie », Ouvrage collectif, éditions Michèle, 2011.
[554] Zenoni, A, « L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique », op. cit. pp.158-176.

c. *Tout le monde délire*

Dans la clinique de l'universel du délire, proposée par Jacques-Alain Miller en 1993, le schizophrène se situe à « une place d'exclusion interne ». Si, pour lui, tout le symbolique est réel, il apparaît donc que, pour les autres structures, le symbolique n'est que semblant. Il argumente à partir de la « ronde des quatre discours », faite pour montrer qu' « il n'y a pas de discours qui ne soit du semblant ». Autrement dit, le schizophrène, « sujet hors discours », est en quelque sorte l'exception qui permet de former l'ensemble.

Puis, Miller nous fait remarquer que sa thèse, « tout le monde est fou, c'est-à-dire délirant », est une thèse freudienne. En effet, dans l'article « La perte de la réalité dans les névroses et les psychoses », qui clôture le recueil de textes « Névrose, psychose et perversion »[555], Freud critique sa propre position, énoncée la même année dans un article antérieur. Cette position attribuait aux deux grandes structures cliniques des lignes de clivages préétablies. Or, cela ne s'accorde pas avec l'expérience dit-il : « Toute névrose trouble d'une façon ou d'une autre le rapport du malade à la réalité ».

« *Névrose et psychose sont donc l'une comme l'autre des expressions de la rébellion du ça contre le monde extérieur, de son déplaisir, ou si l'on veut, de son incapacité à s'adapter à la nécessité réelle [...]* ». La différence est que « dans la névrose un fragment de la réalité est évité sur le mode de la fuite », tandis que « dans la psychose il est reconstruit ». Cette différence est « *cependant estompée en ce qu'il y a dans la névrose aussi une tentative pour remplacer la réalité indésirable par une réalité plus conforme au désir. La possibilité en est donnée par l'existence d'un monde fantasmatique [...]* ».

Cette assimilation par Freud du fantasme au délire vient donc soutenir la thèse que « la réalité de tout un chacun est subjectivement choisie ». Névrose et psychose peuvent être considérées comme deux modalités d'organisations psychiques analogues pour faire face au dérangement de la jouissance. La modalité délirante apportant le secours d'une fiction, autrement dit d'un discours, pour soutenir la réalité. A suivre ce chemin, il y a une conséquence que nous retenons : « *ceux qui ne délirent pas, ce ne sont pas les névrosés. Ce sont ceux qui n'ont pas déclenché leur psychose, les « maladies de la mentalité », ceux qui n'ont le secours d'aucun discours établi* »[556].

Le délire est donc universel, du fait que les hommes parlent. En 2008, dans son cours « Choses de finesse en psychanalyse »[557], Miller ajoute que cette formule, « tout le monde est fou, c'est-à-dire délirant », pose comme radicale « l'inadéquation du réel et du mental ». C'est un principe qui « comporte que du réel on ne puisse que dire faux, on ne puisse que mentir ». Le réel est forclos pour tout un chacun, ce qui impose à chacun un « savoir-y-faire avec » le réel, dont nous avons vu que c'était le symptôme.

La psychanalyse ne confond pas psychose et folie. Dès 1946, dans « Propos sur la causalité psychique », Lacan définit la folie comme l'horizon virtuel de l'être du sujet divisé

[555] Freud, S., « Névrose et Psychose », in « Névrose, psychose et perversion », op.cit.
[556] Wintrebert, D., « Tout le monde délire », Cartel, http://www.causefreudienne.net
[557] Miller J.-A., « Choses de finesses en psychanalyse », cours du 12 Novembre 2008, L'orientation lacanienne 2008-2009, sur www.causefreudienne.org

par le langage et par la jouissance[558]. Le sujet lacanien est un sujet qui n'existe que divisé, non identique à soi-même. Au contraire c'est dans la mesure où le sujet se confond avec son Moi, que le sujet devient fou[559]. Dans les années soixante, Lacan définira la folie comme limite de la liberté en termes de jouissance[560]. Dans cette perspective le symptôme est une limite, il est une construction qui freine la jouissance. Le symptôme, comme le délire, sont des constructions qui font fonction de réponse au réel. C'est-à-dire que le symptôme est une réponse que le sujet construit pour répondre à une réalité, à laquelle il est toujours impossible de s'adapter. Pour le dire dans les termes du dernier enseignement de Lacan, il y a une folie nécessaire de chaque sujet pour répondre au réel du monde. « Quand les signifiants paternels se montrent dans un déclin progressif pour ordonner la jouissance » écrit Miquel Bassols, « Le « sinthome », dans le sens que Jacques Lacan a donné à ce terme, c'est la folie nécessaire de chacun pour ne pas devenir fou enfin dans le champ de la jouissance »[561].

En ce sens le psychotique fournit le paradigme du symptôme. C'est-à-dire que dans la clinique, il témoigne de cette invention nécessaire pour organiser la jouissance, en dehors des « prêt-à-porter » de l'Œdipe et de la fonction paternelle.

Tout le monde délire, mais « Ne devient pas fou qui veut »[562]. La nouvelle perspective ouverte pour la psychose à partir de la définition de la structure comme « le réel qui se fait jour dans le langage »[563] est une conséquence d'un changement dans la clinique des symptômes. La théorie du discours nous permet de saisir que les symptômes révèlent les incidences du mode de jouissance dominant sur le sujet lui-même : « quand le discours du maître change, il en est de même pour le symptôme qui le complète »[564]. Il y a donc un contexte politique, au sens de l'évolution des modalités dominantes du lien social.

2.3.2. Une pragmatique de la psychanalyse

Les discours sont des appareillages de semblants pour éviter le réel. Le discours analytique procède du semblant comme les autres. Il a l'analyste comme semblant.

[558] « Loin donc que la folie soit le fait contingent des fragilités de son organisme, elle est la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence. Loin qu'elle soit pour la liberté « une insulte », elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre. Et l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme la limite de sa liberté », Lacan, J., « Propos sur la causalité psychique », Ecrits, Seuil, Paris 1966, p.176.

[559] « Si un homme qui se croit un roi est fou, un roi qui se croit un roi ne l'est pas moins », in « Propos sur la causalité psychique », op.cit. p.170.

[560] Bassols, M., « Jacques Lacan et le sujet de la folie », Conférence prononcée en espagnol dans la séance inaugurale du 41ème Congrès de jeunes philosophes, tenu à Barcelone le 14 Avril 2004 sur « Philosophie et Folie ».

[561] Idem.

[562] Lacan, J., « Propos sur la causalité psychique », Ecrits, Seuil, Paris 1966, p.176.

[563] Lacan, J., « L'étourdit », op.cit.

[564] Brousse, M.-H., « La psychose ordinaire à la lumière de la théorie lacanienne du discours », Quarto 94-95, « Retour sur la psychose ordinaire », Janvier 2009.

Cependant, écrit J.-A. Miller[565], si l'acte analytique part du semblant, il ne supporte pas le semblant. C'est-à-dire que tout acte, y compris l'acte analytique, suppose le semblant. Mais dans le discours analytique, avec l'appareil de semblant, l'analyste essaie de toucher au réel. Il tend à faire vaciller le S1, « figure de réel », le signifiant maître qui commande le discours de l'inconscient. Mais comment, en ce qui nous concerne, travaille-t-on avec des sujets pour lesquels nous avons dit qu'ils n'étaient pas identifiés, fixés à S1 ? Sont-ils dans le discours de l'inconscient ? S'ils ne sont pas dans le discours de l'inconscient, que peut espérer le psychanalyste ?

a. Le semblant

Ce qui s'est présenté à Freud comme le roc de la castration, se découvre chez Lacan comme mode de jouissance. Lacan a commencé à répondre à la question du mode de jouissance par le fantasme fondamental. Mais ce qu'il a proposé avec la passe ne résout pas, dans un premier temps, la question de ce qu'il en est de la pulsion. C'est dans ce contexte, qu'il isole, au-delà du voile du fantasme, le symptôme.

> « Ce qu'il advient de la pulsion après la traversée du fantasme, c'est le symptôme comme à *manipuler*, ou encore à *s'identifier à*, ou encore à *savoir y faire avec*. D'un côté, ce qui est à traverser, de l'autre, ce qui est à manipuler. D'un côté la couverture à lever, et de l'autre, ce qui reste, et à quoi il faut se faire.
>
> Cela demande un certain respect des semblants. »[566]

Du semblant est nécessaire, c'est ce que Lacan indique lorsqu'il dit, en Avril 1976, à propos du Nom-du-Père : « On peut aussi bien s'en passer à condition de s'en servir »[567]. L'invention du semblant, comme catégorie, est une étape sur la voie qui conduira Lacan au concept de Sinthome comme nouvelle version du symptôme. En effet, le point de départ du nœud borroméen semble être la recherche d'un troisième terme, qui puisse nouer le symbolique et le réel.

Le semblant n'est pas l'antonyme d'authentique, le semblant, selon l'enseignement de Jacques Lacan, apparaît comme la seule position tenable par rapport à la jouissance. « *Nous évoluons dans un monde de semblants parce que nous vivons dans un monde de langage, où la pulsion elle-même passe par les défilés du signifiant* » écrit Patrick Roux[568]. Au niveau où l'Autre n'existe pas, il n'y a pas d'autre garantie que l'usage singulier que chacun peut faire du semblant, c'est-à-dire du langage. Le pouvoir du semblant, c'est le pouvoir du signifiant en tant qu'il polarise la jouissance.

---

[565] Miller, J.-A., « Quand les semblants vacillent… », in Volume préparatoire aux conversations des 21 et 22 Octobre 2000, Journée d'études ECF-ACF.
[566] Miller, J.-A., « Une diatribe », La Cause freudienne « L'inconscient homosexuel », n°37, Octobre 1997.
[567] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII « Le sinthome », op.cit., p.136.
[568] Roux, P., « semblant (s) Usages cliniques d'un concept psychanalytique », éditions Lussaud, 2013, p.22.

La catégorie du semblant est à mettre à la frontière entre le symbolique et le réel. C'est donc un instrument à l'usage du psychanalyste. Il permet de frayer une voie au réel, écrit Patrick Roux dans son ouvrage sur les usages cliniques du concept de semblant[569]. Il peut également servir de *bandage* pour le sujet auquel le réel parle. Il y a des semblants dont la fonction est de voiler, de méconnaître, tandis que d'autres ont un pouvoir régulateur. Le semblant comme instrument nous apparaît donc précieux lorsqu'il s'agit de « persuader le sujet que le réel ment ».

« S'en passer, s'en servir » inaugure la pragmatique en psychanalyse, cette formule est corrélative du « tout le monde est fou ». C'est là où, pour nous, le semblant constitue une perspective théorique essentielle. C'est le dernier paradigme de la jouissance, celui du « non rapport »[570], où l'expérience du réel pose comme semblants les concepts de langage, de l'Autre, du Nom-du-Père et le symbole phallique lui-même.

A partir de la polarité prise du sujet de la jouissance, le semblant constitue, dans la clinique de la schizophrénie, un outil de mise en forme de la pulsion, un espace symbolique et imaginaire à partir duquel nous tentons d'opérer à la fois une mise à distance, par rapport à l'excès de jouissance, et une agrafe pour rendre le symptôme supportable dans un lien social. « La thérapie, là, consiste essentiellement à enseigner une méthode, des trucs, pour tenir la vérité à distance »[571], dit Miller. L'analyste devient donc le partenaire du sujet, dont l'acte est de consolider, border, ordonner les défenses du sujet pour qu'elles soient moins couteuses.

Il y a là un paradoxe à élever le semblant comme outil dans la clinique, alors que nous avons isolé la position du schizophrène comme celui qui révèle, précisément que tout est semblant. Mais ce relativisme, ce point de vue schizophrénique sur le monde que Lacan isole en disant « tout le monde délire », ouvre sur l'invention orientée par le réel. Si l'Autre a volé en éclats, il reste la pratique du langage[572], de la conversation.

b. La thérapeutique

Faute du capitonnage qu'offre le Nom-du-Père comme « prêt à porter » du névrosé, la solution du sujet psychotique, telle que nous invite la psychanalyse lacanienne à la penser, est le sur-mesure. Il ne s'agit ni de guérir ni de réhabiliter. C'est-à-dire que traiter le réel par le discours, ce n'est pas vouloir l'effacer.

Dans son texte « Variantes de la cure type », Lacan écrit que « la psychanalyse n'est pas une thérapeutique comme les autres »[573]. Il se soutient de ce que Freud indique quant à la guérison, elle est un « bénéfice de surcroit ». Le psychanalyste se garde de tout abus du désir de guérir. Ce qu'il met au premier plan de la pratique clinique est « une réponse mesurée à la

[569] Idem.
[570] Miller, J.-A., « Les six paradigmes de la jouissance », La cause freudienne n°43, Octobre 1999, op.cit.
[571] Miller, J.-A., « Choses de finesse en psychanalyse », Cours d'orientation lacanienne, op.cit., Leçon du 3 Décembre 2008.
[572] Miller, J.-A., « La psychanalyse, la cité, les communautés », Revue de La Cause freudienne, op.cit.
[573] Lacan, J., « Variantes de la cure-type », in Ecrits, Op.cit., p.324.

demande du sujet », en tant qu'elle est souvent une demande thérapeutique. Dans une civilisation de l'instantané, le pas-de-côté opéré par rapport à l'exigence de gain thérapeutique rapide, fait de la psychanalyse une pratique clinique originale.

Quelle est la position de Lacan par rapport à la thérapeutique ? Dans un autre texte des Ecrits, « Du sujet enfin en question », Lacan donne une version du « souci thérapeutique »[574] dans laquelle il est une réponse subjective face à la castration. Le sujet, là en question, est le psychanalyste, ou le thérapeute, lorsqu'il livre sa propre réponse subjective face à la castration, sous la forme du désir de guérir. Il s'agit donc pour ce sujet d'être attentif au discours dont il est l'agent. Le souci thérapeutique conduit à des impasses, à des courts-circuits, lorsqu'il domine. Cela est lié à sa « complaisance à l'endroit du discours du maître ». Au contraire, la psychanalyse c'est « l'envers du discours du maître ». Il convient donc à qui s'occupe du sujet dans les murs de l'institution, de savoir quelle est sa situation par rapport à ces murs.

« La nouvelle clinique psychanalytique, c'est une théorie de l'incurable ». C'est un trait ironique de Jacques-Alain Miller lors de la première séance de son cours « Choses de finesse en psychanalyse ». Il va de pair avec ce qui pourrait être un slogan : « Impossible de thérapier le psychisme ». Il avance là deux positions du discours analytique. D'abord celle qui tire les conséquences de la clinique borroméenne et du concept de « sinthome ». Ensuite, il indique la position de l'analyste au regard de la « santé mentale », signifiant maître moderne. L'incurable, c'est l'absence de rapport sexuel. C'est cette faille essentielle qui invalide toute notion de santé mentale selon Miller :

> « Si la psychanalyse est l'expérience qui permettrait au sujet d'expliciter son désir, dans sa singularité, cette expérience ne peut se développer qu'en repoussant toute visée de thérapie. La thérapie, la thérapie du psychique, c'est la tentative foncièrement vaine, de standardiser le désir pour qu'il mette le sujet au pas des idéaux communs, d'*un comme tout le monde*. Or le désir comporte essentiellement, chez l'être qui parle et qui est parlé, chez le parlêtre, un *pas comme tout le monde*, un *à part*, une déviance, fondamentale, et non pas adventice. Le discours du maître veut toujours la même chose, le discours du maître veut le comme tout le monde. Et si le psychanalyste représente quelque chose, c'est le droit, c'est la revendication, c'est la rébellion du *pas comme tout le monde*, c'est le droit d'une déviance qui ne se mesure à aucune norme, d'une déviance éprouvée comme telle, mais d'une déviance qui affirme sa singularité, incompatible avec tout totalitarisme, avec tout *pour tout x*. »[575]

Au lieu d'un choix entre le sujet et la société, la psychanalyse est du côté du sujet. Dès lors l'action thérapeutique de la psychanalyse ne se fait pas selon des coordonnées normatives, mais selon les coordonnées désirantes, les coordonnées de jouissance du sujet.

Quelles conséquences à donner à la psychanalyse dans le cadre des institutions de soins ? Notamment lorsqu'elles ont pour visée de « remettre le sujet dans les rails », que ce soit par le travail, l'insertion dans le social, la famille, etc. Que peut-on dire de l'acte analytique dans une pratique clinique auprès du sujet schizophrène ?

---

[574] Lacan, J., « Du sujet enfin en question », in Ecrits, op.cit., p.231.
[575] Miller, J.-A., « Choses de finesses », Cours d'orientation lacanienne, op.cit., Séance du 19 Novembre 2008.

Nous nous intéressons ici à une clinique qui exige la réponse d'une pratique sociale et institutionnelle. Parce que c'est la jouissance qui fait retour dans le corps et dans l'agir. « *Or, ce n'est pas parce qu'une telle réponse s'inscrit dans le discours du maître qu'elle ne peut être éclairée ou orientée par la psychanalyse* »[576]. Insérée dans l'institution, la psychanalyse part de la clinique, c'est à dire du réel qui nécessite l'institution, plutôt que de sa volonté thérapeutique. « *Car avant même de viser à traiter le sujet, l'institution existe pour l'accueillir, le mettre à l'abri ou à distance, l'aider, l'assister : avant d'avoir un objectif thérapeutique, elle est une nécessité sociale* »[577], écrit Zenoni dans « L'autre pratique clinique ».

Nous avons vu que par rapport à la définition des positions subjectives névrotiques et paranoïaques, comme autant de modalités de défense contre le réel de la jouissance, la schizophrénie peut être considérée comme la modalité paradigmatique de la psychose, « *pour autant que l'absence de défense par rapport au réel n'est même pas recouvert pas l'imaginaire et les idéaux [...]. Elle témoigne de la spécificité du réel qu'affronte le parlêtre, dévoilant de ce fait même, la nature de semblant de tout ce qui tient lieu d'un autre qui n'existe pas* »[578].

Le réel non négativé du corps, la langue comme partenaire intrusif, impliquent d'appliquer à la pratique clinique les conséquences de l'inconsistance des discours et du statut réel du symbolique que la schizophrénie révèle. Or, c'est précisément en ce point que la nouvelle clinique psychanalytique, dite borroméenne, vient nous orienter. En effet, la clinique classique du Nom-du-Père supposait un défaut du nouage dans la psychose. Tandis que la clinique inspirée du dernier enseignement de Lacan considère, au contraire, que le Nom-du-Père est une suppléance parmi d'autres, à un nouage de la dimension symbolique, de l'imaginaire narcissique et du réel de la jouissance, inexistant. Or, cette seconde clinique offre une nouvelle perspective thérapeutique. Car dans ce cas, il est possible de s'appuyer sur d'autres opérateurs que le Nom-du-Père pour suppléer au nœud.

Si le symbolique est réel, la pratique ne peut plus prendre appui sur les vertus de la parole et de la symbolisation, censés annuler la jouissance. « Elle doit se guider sur les modalités de son traitement « hors discours » que le sujet lui-même produit et subit à la fois ». De la question du sens, l'axe de la thérapeutique se déplace vers la question de l'usage : *qu'est-ce qu'il traite ? À quoi cela lui sert-il ? Quelle est la fonction ?* Ce sont les formes de traitement inventées par le sujet lui-même qui nous servent de guide dans l'accompagnement que nous lui offrons.

Le rapport du schizophrène au langage impacte également la dimension de l'interprétation. Elle s'avère inefficace, voire menaçante. Il s'agit dont là aussi de déplacer l'axe de la thérapeutique vers une dimension pragmatique du langage, c'est-à-dire une dimension où le langage a lui-même un statut d'instrument, d'objet, de lettre. Le but, écrit Zenoni dans sa « Note sur ladite schizophrénie »[579], « *est de trouver des connexions du symbolique et du corps, alternatives à celles qui se branchent directement sur les organes, qui*

[576] Zenoni, A, « L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique », op. cit. p.18.
[577] Idem
[578] Idem, p. 161.
[579] Idem.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

incluraient une médiation davantage d'ordre imaginaire, d'obtenir d'autres localisations de la libido qui pourraient faire fonction de point d'arrêt, de point de capiton, autres que le passage à l'acte ; de favoriser un déplacement de la « séparation » vers des pratiques qui seraient de l'ordre du semblant ».

Dans ce contexte, « la thérapie c'est le respect des semblants », voire l'invention de semblants sur-mesure, dans la mesure où ce sont les semblants qui permettent au sujet de circuler, de nouer. C'est-à-dire que la psychanalyse appliquée à l'institution fonctionne moins comme une thérapeutique, que comme une orientation dont l'action est d'autoriser le faire qui est celui du sujet.

2.3.3. Le point de vue joycien

La solution du « sur-mesure » pour limiter le réel, se place sous l'égide du style, écrit Bruno Miani[580] sur le blog de l'Ecole de la Cause freudienne. Du « style », dont parle Lacan dans l'Ouverture au recueil des « Ecrits » : « le style c'est l'homme même ».

Le style commence quand il n'y a plus la garantie que peut offrir habituellement l'Autre au sujet qui parle, commente B. Miani. Dans le style d'un sujet, il ne serait pas question d'un vouloir-dire, d'une adresse à l'Autre. Pour Lacan, c'est l'objet, l'objet petit *a*, qui répond à la question du style. « Car pour la psychanalyse c'est seulement au niveau de la pulsion que le sujet peut trouver sa propre garantie et non dans son rapport à l'Autre ».

Nous saisissons là les affinités du style et de la psychose. Dans la mesure où le psychotique est celui qui est dans la plus grande proximité avec l'objet. La production d'un style serait un mode de création, une tentative de dégagement, de circonscription de l'objet. Le style dans la psychose, écrit B. Miani, « *s'obtient alors par un véritable équarrissage de la langue qui fait alors surgir la « lalangue » soit cette part du langage qui ne s'adresse pas à l'Autre, mais qui signale la jouissance propre au sujet* ». De ce travail sur la langue, du trauma qu'est l'incidence de la langue sur l'être parlant, c'est l'œuvre de James Joyce qui nous en fournit le témoignage.

a. Joyce avec Lacan581

James Joyce est né en 1882 à Dublin et mort en 1941 à Zurich. C'est un romancier et un poète irlandais. Auteur de romans tels que « Le portrait de l'artiste en jeune homme », « Ulysse » et « Finnegans Wake ». Il est célèbre pour ses textes dont il espérait qu'ils ne cesseraient pas de donner du travail aux universitaires. C'est en effet sur son écriture que Lacan prendra appui à la fin de son enseignement. Notamment « Finnegans wake » qui est fait

[580] Miani, B., « Le style dans la psychose ou l'équarrissage du langage », 2 Juillet 2010, Psychanalyse et politique, le blog, www.causefreudienne.net.
[581] Aubert, J., « Joyce avec Lacan », sous la direction de Jacques Aubert, Navarin éditeur, 1987.

d'échos du son et du sens, de jeux de mots à partir de nombreuses langues. Lacan y voit un symptôme concernant le langage : « *C'est ça qui supporte l'élaboration de Lacan, ce que serait l'exemple d'un écrivain, d'un sujet, affecté d'un symptôme - pas d'automatisme mental mais quand même d'écho dans le langage, etc., qui loin d'y plonger, d'en être asservi, a cette liberté de manœuvre, cette marge, qui lui permet avec ça de construire, ce que Lacan ailleurs appelle son escabeau, le piédestal sur lequel on met du beau* »[582].

Dans le séminaire de l'année 1975-1976[583], Lacan lâche la main de Freud pour celle de Joyce. Dans la mesure où, lorsqu'il écrit le « Sinthome », c'est pour marquer la différence avec le symptôme comme formation de l'inconscient. Le sinthome c'est une pièce détachée[584] par rapport au tout. C'est une pièce qui n'a pas de fonction, outre d'entraver les fonctions de l'individu, dit Miller dans son cours de l'année 2004. Ça ne se guérit pas. Il s'agit de savoir quelle fonction lui trouver. Et c'est là que Lacan lâche la seule articulation signifiante pour la logique. Lacan promeut alors le concept de « parlêtre » à la place du sujet, et se repère de l'articulation et du nouage du réel, du symbolique et de l'imaginaire, à partir de la topologie. Le sinthome procède donc d'un changement de modèle.

Le séminaire « Le sinthome », est également une réponse à « L'anti-Œdipe », publié en 1972 par les philosophes Gilles Deleuze et Félix Guattari. Notamment en ce qui concerne la thèse du « corps sans organe », thèse remettant en cause la conception psychanalytique du désir. Pour les auteurs, le désir est une usine qui crée des agencements machiniques : machines désirantes. Réuni en deux volumes sous le titre « Capitalisme et schizophrénie », leur thèse promeut la schizophrénie comme alliée du capitalisme, et fait en quelque sorte l'éloge de la délocalisation de la jouissance. Nous avons vu que Lacan soutiendra sa position selon laquelle « l'univers n'est pas ailleurs que dans la cause du désir » et que ce qui fait organe c'est d'habiter le langage, comme nous l'indique « L'étourdit ».

Plutôt qu'un anti-Œdipe, Lacan propose un « au-delà de l'Œdipe », sous la forme d'une clinique de la jouissance qui dépasse l'interprétation freudienne. Avec Joyce, il s'intéresse au savoir porté par les inventions du schizophrène : le savoir du schizophrène éclaire ce que méconnaît l'homme « normal ».

Ce que Lacan a voulu faire avec Joyce semble montrer que « la fonction de la parole n'épuise pas ce qu'il en est du champ du langage ». Ce qui le conduit à « Joyce-le-symptôme » écrit Miller, dans la préface à « Joyce avec Lacan », c'est interroger la psychanalyse dans le champ de l'écriture. Il disjoint la lettre de la fonction du signifiant, et s'intéresse à « ce que le signe comme écrit emporte d'une jouissance toujours prélevée sur l'envoyeur ». Et c'est le symptôme comme écriture qui est là convoqué pour interroger la façon dont la jouissance et le sens se conjuguent.

Le passage du symptôme *qui parle* au symptôme *qui s'écrit* implique une nouvelle définition du symptôme : « façon dont chacun jouit de l'inconscient, en tant que l'inconscient le détermine ». Dans la préface à « Joyce avec Lacan », Miller dit ceci :

---

[582] Miller, J.-A., Cours d'orientation lacanienne « Pièces détachées », leçon du 17 Novembre 2004. Enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris VIII, inédit.
[583] Lacan, J., "Le Sinthome 1975-1976", Le Séminaire Livre XXIII, op.cit.
[584] Idem.

« Si l'inconscient est structuré comme un langage, il n'est pas d'emblée discours de l'Autre : il ne le devient que par l'artifice de l'expérience analytique. Là où c'était une jouissance toujours autistique, l'analyse fait advenir les effets de signifié ; elle opère sur le symptôme en y introduisant un effet spécial de signification, dit « le sujet supposé savoir » ; mais en soi, le symptôme ne dit rien à personne : il est chiffrage et il est jouissance, il est jouissance pure d'une écriture ».

Autrement dit, avec Joyce nous avons le symptôme pur de ce qu'il en est du rapport au langage réduit au symptôme[585]. C'est le symptôme comme hors discours.

Il existe deux textes de Lacan sur « Joyce-le-symptôme ». Le premier est un texte établi par J.-A. Miller à partir des notes d'Éric Laurent, à l'occasion de la conférence donnée par Lacan en 1975, à l'ouverture du 5ème Symposium international James Joyce[586]. Le second est une réécriture par Lacan lui-même du texte de cette conférence, en 1979[587]. Nous nous référerons ici à « Joyce le symptôme I ».

Dans ce texte, Lacan analyse la façon dont le sens s'insinue dans la contingence : « *ce sont les hasards qui nous poussent à droite et à gauche, et dont nous faisons – car c'est nous qui le tressons comme tel – notre destin. Nous en faisons notre destin, parce que nous parlons* ». En se référant à l'ordre du hasard, Lacan indique que l'existence se déroule dans le règne de la contingence. Et du fait que nous parlons, une trame s'institue, un ordre émerge à partir de faits de répétitions, qui prend figure de destin. C'est de ce seul fait que s'opère la transformation de la contingence en articulation[588]. Or, si Lacan hisse Joyce au rang de « Le » symptôme, c'est précisément parce que « Joyce le porte à la puissance du langage, sans que pour autant rien n'en soit analysable »[589]. C'est Joyce, dit-il, en tant que « désabonné à l'inconscient ».

Le cas de James Joyce est un cas sans analyse, au même titre que celui du président Schreber. C'est à partir de sa production que Lacan ordonne les phénomènes, sans déchiffrement de l'inconscient. Lacan suppose donc que Joyce n'a pas rapport à l'inconscient à partir de la lecture de son œuvre. « *Ca ne joue sur aucune équivoque qui puisse émouvoir l'inconscient chez quiconque. Ce n'est pas simplement la critique d'un lecteur, c'est ce qui le conduit à dire : Ici, pas d'inconscient. C'est donc l'œuvre de quelqu'un de séparé, l'œuvre d'un exilé, c'est-à-dire encore : quelque chose d'absolument singulier* »[590]. C'est donc un symptôme qui ne dit rien, sorte de consistance séparée, *Un-tout-seul*. Là où il n'y a pas le discours de l'inconscient, Lacan invente le concept de sinthome.

---

[585] Lacan, J., « Joyce le symptôme I », in « Joyce avec Lacan », sous la direction de Jacques Aubert, Navarin éditeur, 1987

[586] Lacan, J., « Joyce le symptôme I », in « Joyce avec Lacan », sous la direction de Jacques Aubert, Navarin éditeur, 1987

[587] Lacan, J., « Joyce le Symptôme », in *Autres écrits*, op.cit.

[588] Miller, J.-A., « Nous sommes poussés par des hasards de droite et de gauche », in la Cause freudienne n°71 « Au-delà de la clinique », Juin 2009.

[589] Lacan, J., « Joyce le symptôme I », op.cit.

[590] Miller, J.-A., « Nous sommes poussés par des hasards de droite et de gauche », op.cit.

Joyce incarne le sinthome, il est identifié à ce singulier : « il est celui qui se privilégie d'avoir été au point extrême pour incarner en lui le symptôme »[591], là où chez chacun cette singularité est recouverte. Et il a fait voir quelque chose qui était auparavant dissimulé : si Joyce est désabonné de l'inconscient, il est au contraire directement branché sur la jouissance. Ce qui se révèle alors c'est le caractère de jouissance du symptôme, fermé sur lui-même, le liant au corps. Ce que Lacan écrira (S1-*a*).

b. Clinique borroméenne

Comme sinthome, Joyce est celui qui arrive à s'identifier avec son effort de production d'une langue nouvelle. C'est-à-dire à s'identifier au processus de traduction de la jouissance. Joyce est donc celui qui ouvre le champ de la sublimation comme espace opérant dans les traitements de la psychose. Le sinthome est donc la conséquence de cette leçon que tire Lacan de l'effort du psychotique pour nommer la jouissance. Puis, qu'il généralise à l'ensemble du champ clinique. C'est Joyce, maniant la lettre hors des effets de signifié et à des fins de jouissance pure, qui induit le recours à la topologie.

La nouvelle définition du symptôme, en tant que « la façon dont chacun jouit de l'inconscient en tant que l'inconscient le détermine », - soit du sinthome comme programme de jouissance dont il s'agit d'apprendre à se servir -, implique une redéfinition de la pratique psychanalytique. L'outil de référence pour ce questionnement est le nœud borroméen.

C'est par les travaux du mathématicien Georges Th. Guilbaud que Lacan découvre le nœud borroméen. Il se définit d'une propriété essentielle : trois ronds de ficelle sont noués de façon telle que si l'un des trois se libère, l'ensemble se dénoue. Chacun des trois ronds correspond aux registres du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire. Alors que dans la première période de l'enseignement de Lacan, le symbolique surplombait, comme lieu de l'Autre, l'imaginaire et le réel, dans les termes de la logique borroméenne, réel, symbolique et imaginaire deviennent équivalents.

Dans un commentaire du Séminaire livre XXII, « R.S.I », Esthela Solano[592] écrit que l'équivalence des trois registres s'inscrit dans la continuité du primat donné à la jouissance. Dans la perspective du non-rapport entre l'Un de la jouissance et l'Autre du langage, réel, symbolique et imaginaire, relèvent chacun de l'Un. Lacan distingue trois effets correspondant à ces trois Un. Un effet de sens provenant du symbolique, un effet de jouissance qui est le propre de l'imaginaire, en tant qu'il relève du corps, et un effet de non-rapport qui caractérise le réel. A partir de ces trois effets, de la distinction et de l'équivalence des trois registres, poursuit E. Solano, Jacques Lacan établit quelques correspondances selon les propriétés de ces trois registres.

La propriété du registre imaginaire est de l'ordre de la consistance, c'est ce qui tient ensemble. Dans un passage du séminaire sur « Le sinthome », Lacan fait référence au corps

[591] Lacan, J., « Joyce le symptôme I », op.cit.
[592] Solano, E., « Un exercice de lecture », texte de la conférence prononcée au Collège clinique de Montpellier, www.psychanalyse.com.

du parlêtre comme à un corps qui « fout le camp à tout instant »[593]. Mais son corps est sa seule consistance – « consistance mentale » dit Lacan. Cette consistance, poursuit Lacan[594], s'établit donc sur la croyance du parlêtre d'avoir un corps, d'où advient le rapport d'adoration à son corps. C'est pourquoi, la base de la consistance mentale du corps du parlêtre réside dans l'imaginaire.

En ce qui concerne la caractéristique propre au symbolique, Lacan isole le « trou ». Lacan se réfère ici à la fonction d'irréalisation du signifiant. « Dans ce sens, le trou est le propre du symbolique parce que le signifiant fait trou dans le réel »[595]. Enfin, le registre du réel correspond à l'ordre de l'*ex-sistence*. Dont l'étymologie provient de *exsistere*, écrit E. Solano, qui veut dire « sortir de » : « Le préfixe *ex* veut dire « sortir de » et le verbe *sistere* renvoi à « être placé », ainsi *exsistere* veut dire *être placé hors de* ». Le réel ex-siste en dehors de l'imaginaire et du symbolique.

Alors quelle incidence de la logique borroméenne sur la clinique ? Lacan, nous l'avons vu, redéfinit le symptôme. Mais surtout, il reformule la représentation de l'appareil psychique, comme une trinarité, c'est-à-dire représenté par les trois instances : R.S.I. Il met en continuité moi, ça, surmoi. Le ça relève du réel, le moi de l'imaginaire et l'Idéal du moi du symbolique. Le sens est défini comme un effet provenant du symbolique et qui retentit dans l'imaginaire. Dans l'imaginaire, ce qui répond à cet effet est le capitonnage du sens : la signification. La jouissance, quant à elle, se trouve dans un autre registre, elle est hors sens. Elle permet de centrer la clinique sur la catégorie du trou. C'est-à-dire une redéfinition de l'angoisse comme ce qui de l'intérieur du corps ex-siste, éveille et tourmente le sujet. *« Le corps est ici compris comme une substance jouissante. Pourquoi y a-t-il de l'angoisse ? Parce que quelque chose tourmente le corps, un hors-corps qui tourmente le corps à l'intérieur »*[596].

L'angoisse présentifie le hors-sens de la jouissance, c'est le signe du réel. La jouissance hors-sens fait trou dans le symbolique. Et le corps, est affecté par le trou du symbolique (refoulement). Le symptôme apparaît comme pur hors-sens, néanmoins s'il existe c'est parce qu'il a une fonction. Une fonction de nomination, de prise en charge de la jouissance énigmatique. D'autre part, dans la perspective du sinthome, le Nom-du-Père passe de l'unique au multiple. Il ne relève plus seulement du symbolique, mais également de l'imaginaire et du réel. La fonction du père est celle qui permet de « donner un nom aux choses ». Enfin, la théorie du sinthome revalorise la dimension de l'imaginaire. Elle permet, *via* la sublimation, d'élever l'objet à la dignité de la Chose, ou encore de faire invention. Le changement de paradigme opère un déplacement de la question du sens, de la métaphore, vers celle de l'événement de corps, de l'irruption de jouissance. Nous sommes moins en rapport avec le sujet de l'inconscient et beaucoup plus dans la perspective dite du « corps parlant ».

Dès lors, une pratique post-joycienne de la psychanalyse est « *celle qui ne recourt pas au sens pour résoudre l'énigme de la jouissance, qui ne se raconte pas des hystoires –avec un*

[593] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII « Le sinthome », éditions du Seuil, Champ freudien, 2005, p.66.
[594] Idem, p.66.
[595] Solano, E., « Un exercice de lecture », op. cit.
[596] Idem.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

y -, mais qui, au-delà du discours de l'inconscient, vise à restituer, dans leur nudité et leur fulguration les hasards qui nous ont poussés à droite et à gauche »[597].

c. *L'interprétation topologique*

L'au-delà de l'Œdipe vise à remettre en question la tentative d'opérer sur la jouissance à partir de la parole et du sens. Nous avons vu que la doctrine du dernier enseignement de Lacan pose une antinomie du langage et de la jouissance. C'est dans les séminaires XVIII, XIX[598], XX[599] et dans « L'étourdit », qu'il généralise la jouissance féminine jusqu'à en faire le régime de la jouissance comme telle. Or, la jouissance féminine est celle qui échappe à l'*Aufhebung*, au « tout signifiable ». Ça ne passe pas par le langage, au sens où ça ne peut pas se dire : la jouissance non œdipienne, réduite à un événement de corps.

Le point de vue du sinthome est un retour à la définition du réel comme ce qui revient à la même place, mais en privilégiant son caractère de *fixion*. Là où il y avait une suprématie du signifiant sur le réel, là où la révélation de la vérité pouvait avoir des conséquences sur le réel, le point de vue du sinthome laisse le réel intouché. C'est là, par ailleurs, que Lacan pointe que le grand Autre, avec lequel le névrosé joue la partie fantasmatique, dont l'enjeu est la jouissance, c'est-à-dire l'Autre qui jouirait de sa castration, cet Autre-là n'existe pas[600]. La jouissance de l'Autre n'existe pas, implique de délocaliser l'Autre du langage pour le situer bien plutôt dans le corps. Le corps est ce qu'il faut supposer pour que la jouissance ait un support. C'est ce qui conduira Lacan à conceptualiser le parlêtre, soit l'union du signifiant et du corps.

Le déplacement de l'interprétation vers le cadre borroméen conduit l'analyste vers une autre discipline que l'écoute du sens. Il s'agit de la *lecture* du symptôme qui consiste à mettre à distance la parole et le sens qu'elle véhicule, à partir de l'écriture comme hors sens, comme lettre, à partir de sa matérialité nous dit Jacques-Alain Miller. « C'est-à-dire la lettre en tant qu'elle produit l'événement de jouissance déterminant la formation des symptômes ». Lacan fait donc du *reste* ce qui est aux origines même du sujet, l'événement originaire qui fait retour dans le symptôme. La pratique psychanalytique, l'interprétation comme savoir lire, vise à réduire le symptôme à cette formule initiale, c'est-à-dire à la rencontre matérielle d'un signifiant et du corps, c'est-à-dire au choc pur du langage sur le corps (S1-a). Viser au-delà du déchiffrage, la fixité du réel, l'opacité du réel.

Ces bouleversements impliquent de penser la dimension de l'interprétation « à l'envers de l'inconscient », dit Miller[601], à partir de la psychose. En effet, c'est le phénomène

---

[597] Miller, J.-A., « Choses de finesse en psychanalyse, cours d'orientation lacanienne leçon du 10 Décembre 2008, inédit.

[598] Lacan, J., *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XIX, "ou Pire", 1971-1972*, Champ Freudien (Paris: Seuil, 2011).

[599] Lacan, J., "*Encore: 1972 - 1973*", Le séminaire de Jacques Lacan, Livre 20 (Paris: Éd. du Seuil, 2005).

[600] Lacan, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien », in Ecrits op. cit. p.826.

[601] Miller, J.-A., « L'interprétation à l'envers », in La Cause freudienne n°32, « Vous ne dites rien », Février 1996.

élémentaire qui incarne le mieux la présence du signifiant-tout-seul, séparé des effets de signification, en attente de l'autre signifiant qui lui donnerait un sens. « *Le signifiant unaire, [écrit Miller,] comme tel insensé, veut dire que le phénomène élémentaire est primordial. L'envers de l'interprétation consiste à cerner le signifiant comme phénomène élémentaire du sujet, et comme d'avant qu'il ne soit articulé dans la formation de l'inconscient qui lui donne sens de délire* ». La psychose, dit-il, met la structure à nu. Elle montre l'état originaire de la relation du sujet à lalangue. Il se réfère à « Finnegans Wake », soit à ce texte ininterprétable, pour nous dire ce qui change lorsqu'on aborde l'interprétation à partir de la psychose : elle ne fait plus ponctuation[602], mais coupure. C'est-à-dire qu'elle ne se met plus au service du délire, mais à celui de l'opacité de la jouissance.

Parler d'interprétation dans la psychose, c'est d'abord reconnaître que le psychotique nous précède toujours dans le travail interprétatif. « Interpréter la psychose, écrit Éric Laurent, c'est reconnaître l'inconscient « à ciel ouvert » ». Il s'agit donc, dit-il, « *de ne pas se laisser emporter dans le mouvement délirant, de recentrer le sujet sur les phénomènes élémentaires, les S1 isolés qui s'imposent au sujet psychosé* »[603]. Dans la perspective de la clinique borroméenne, « il s'agit de chercher comment peuvent tenir ensemble signifiant et jouissance dans les variantes non standards que présentent les différentes psychoses ». L'opération vise à fixer, à faire en sorte que l'opération de traduction puisse s'arrêter.

Éric Laurent repère dans cette opération un double mouvement : d'une part, accompagner la prise en charge de la jouissance par la langue en installant le lieu de l'Autre (discours). D'autre part, savoir ce que nous visons. Soit, obtenir une stabilisation, une ponctuation. *« Il s'agit de stabiliser, de viser à ce que s'introduise la possibilité d'une coupure, que la langue ne soit plus compactée, holophrasée* ». Il s'agit d'obtenir la possibilité de virgules.

Viser le sinthome, c'est donc centrer l'interprétation sur la paire ordonnée (S1-*a*). La méthode consiste à extraire un élément qui fait partie de la chaîne de jouissance, pour construire une série. Éric Laurent, dans le texte « Interpréter la psychose au quotidien », s'appuie sur un dialogue fictif avec le président Schreber :

> « Nous lui dirions : « Vous avez dit hurlement, miracle du hurlement ? Dites-m' en plus. Qu'est-ce qu'un miracle de hurlement ? » Vous ciblez le signifiant du hurlement, vous l'arrachez à la série et vous lui demandez de se centrer sur le miracle de hurlement. Il ne s'agit pas de réanimer la chaîne S1-S2, mais plutôt de se centrer sur l'événement de corps que représente le « miracle de hurlement ». Le sujet est invité à dire dans sa particularité comment il se défend du miracle par une invention particulière ».

Nous nous servons alors des éléments signifiants que nous donne le sujet, comme autant d'éléments qui permettent de nous guider dans le dialogue avec lui. Nous nous mettons à l'écoute de la psychose, pour apprendre de lui les éléments *non standards* qu'il fait fonctionner comme point d'arrêt.

---

[602] Elle est ponctuation lorsqu'elle se situe au niveau de l'inconscient structuré comme un langage.

[603] Laurent, E., "Interpréter La Psychose Au Quotidien," *Mental, Revue Internationale de Psychanalyse* 16 (2005).

Loin du récit thérapeutique, il s'agit ici d'aider le sujet à bricoler une *fixion / fiction,* qui permette un apaisement.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Partie III - La schizophrénie : Une clinique enseignante

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Chapitre 1: La rencontre avec le schizophrène.

Comment rendre compte de l'expérience clinique, lorsque la pratique s'oriente de la psychanalyse freudienne et lacanienne ? En effet, l'inconscient n'est pas un fait observable, mais une hypothèse, nécessaire à Freud, pour rendre compte de la série : lapsus, mot d'esprit, acte manqué, rêve et symptôme. C'est-à-dire, tout ce que Freud épinglait sous le terme « formation de l'inconscient ». Ce que Freud démontre, c'est que ces manifestations sont pourvues d'une signification, alors même qu'elles semblaient ne pas en avoir. C'est un savoir qui opère caché à l'insu du sujet. Ce savoir s'élabore dans la parole du sujet, au cours des séances. C'est par un effet d'après-coup qu'il apparaît comme déjà-là. Ce savoir n'est pas objectivable. « *Pour inconscient qu'il soit, le savoir extrait de l'expérience analytique se construit dans le temps de la séance analytique elle-même. Ce savoir-là ne vaut que pour cet analysant-là* »[604]. Le savoir de la psychanalyse ne prend pas la voie de l'objectivation du fonctionnement de la personne, mais au contraire de sa subjectivation. Si les formations de l'inconscient ne sont pas objectivables, écrit A. Aflalo. « *En revanche, elles sont subjectivables et à subjectiver. Elles relèvent de la fonction de la parole, du champ du langage, et de l'instance de la lettre : de la culture et non pas de la nature* »[605]. Chaque symptôme est le signe de la singularité absolue d'un sujet, sa façon de composer avec la jouissance qui l'habite. Et c'est précisément, cette jouissance, réel de la psychanalyse, qui n'est ni objectivable, ni mesurable. Le sujet peut en saisir une partie logique, mais elle ne peut pas se réduire à une somme, des traces, un système d'apprentissage. « *Le réel du psychisme, du mental, c'est la jouissance de l'être parlant. Or, la jouissance est sans loi mais pas sans cause. C'est dire qu'elle n'obéit pas aux lois de la science mais, pour chacun, à une causalité singulière et n'est ni chiffrable ni quantifiable* »[606].

Si la psychanalyse n'est ni une discipline médicale, ni une science, pour Freud, comme pour Lacan, elle est néanmoins impensable sans la rigueur scientifique. La pratique et la théorie de la psychanalyse sont indissociables. Freud et Lacan n'ont pas cessé de reformuler la théorie à partir des écueils de la pratique. C'est pourquoi l'éthique psychanalytique n'est pas une éthique des intentions, mais une éthique des conséquences.

3.1.1. Les conditions de la rencontre

« *La théorie psychanalytique est théorie de la pratique psychanalytique, qui est précisément une pratique structurée, dont Lacan dit même qu'elle n'est rien si elle n'est pas structurée* »,
J.-A. Miller[607]

[604] Aflalo, A., « L'assassinat manqué de la psychanalyse », Éditions Cécile Defaut, Coll. Psyché, 2009, p.39.
[605] Idem, p.46
[606] Idem, p.84.
[607] Miller, J.-A., « Une lecture du Séminaire D'un Autre à l'autre », La Cause freudienne n°67 « Tout le monde délire, 2007, p.100.

a. Clinique du cas

Le cas est la modalité par laquelle nous rendons compte de l'opération clinique. C'est une construction qui fait le lien entre l'expérience et le savoir. Il est le point de départ de l'élaboration théorique. Il est constitué en vue d'une transmission, et occupe la fonction de former, informer, illustrer par la référence à l'expérience d'un sujet, un raisonnement clinique, problématiser et faire progresser la recherche. C'est le propre du cas, d'être à la fois unique et source de savoir général.

Dans la construction de cas, il s'agit d'en reconstituer la logique, d'extraire ce que fait et dit le patient, mais surtout ce qui fait événement. Quelles en sont les raisons, les modalités ? De quelle manière ça agit sur le sujet et dans quelles mesures ? Freud, dans « Constructions dans l'analyse »[608], fait référence à la méthode archéologique de l'analyste, dont la matière première est fragmentaire. A partir de la collection de fragments du refoulé, il s'agit d'inventer une cohérence. C'est une élaboration de savoir, qui tend à isoler les modes constants de réponse et de jouissance du sujet, pour qu'une règle apparaisse. Jacques-Alain Miller commente longuement ce texte dans une intervention, lors d'un « atelier milanais de l'EEP » en 1994[609]. Nous pouvons dire qu'il y a la construction de l'analyste, en tant qu'acte analytique. La façon dont le psychanalyste se fait partenaire de son patient, par les réponses qu'il fait aux manifestations du symptôme, en les interprétant, pour les réduire ou les faire disparaître. C'est pourquoi, pour l'analyste, ce qui compte, ce sont les conséquences de ce qu'il dit. Et puis il y a le travail de structurer le cas.

La structure ne classe pas. Elle dit ce à quoi le sujet a affaire, et la logique dans laquelle il tente d'inventer et d'agir une réponse singulière. Le symptôme est un indice, une fonction. D'un point de vue éthique, cela n'emporte pas la même chose de le considérer comme un désordre dans un monde ordonné, auquel il convient de remédier, ou bien comme ce par quoi le sujet tente de répondre. Certes, l'opération clinique est la confrontation d'un savoir au singulier du cas. C'est la théorie qui décide de ce qui fait signe. Il y a des catégories, des concepts, des universaux. Cependant, pour Lacan, la structure clinique se repère à partir de la question cruciale que se pose un sujet. Ces questions concernent la vie, la contingence de sa venue au monde ; la mort, la perte de ce à quoi il tient ; la différence, la sexuation ; la place du sujet dans le monde[610]. Si le symptôme relie des signes cliniques, il est avant tout une opération qui vient là où ça ne s'articule plus pour un sujet, où ça ne tient plus ensemble. La catégorie n'est donc pas seulement une collection de traits et un regroupement d'indices. C'est le choix par le sujet de faire de l'une de ces questions le principe à partir duquel il interroge le monde. Le symptôme est une question subjective en acte. Dès lors, la catégorie clinique devient une opération subjective : « choix de la névrose » pour Freud, « insondable décision de l'être » pour Lacan.

---

[608] Freud, S., « Résultats, Idées, Problèmes, II », op.cit.

[609] Miller, J.-A., « Marginalia », NLS Messager 31-2010/2011.

[610] Chatenay, G., « Symptôme nous tient. Psychanalyse, science, politique », Éditions Cécile Defaut, Coll. Psyché, 2011, p.120.

Le symptôme représente la façon singulière qu'a le sujet d'écrire « la clocherie » qui l'affecte. Il est donc par là même une tentative de traitement. C'est en ce sens que le symptôme est considéré comme « l'invention propre au sujet ». Nous pouvons donc tenter, quant à nous, de nous orienter de cette indication que le symptôme nous livre pour aider à la mise au point de ce traitement. Sous l'objectivité du symptôme, la psychanalyse offre donc de déchiffrer une autre dimension qui engage la position du sujet et sa satisfaction. Elle propose au sujet de « subjectiver » son symptôme, *« c'est-à-dire d'en faire une énigme où se déchiffrerait quelque chose de sa position dans l'existence, vis-à-vis de son corps, de sa jouissance, des autres – du lien social – du langage »*[611]. Il y a donc un premier enjeu, qui est de se faire enseigner. Puis, de situer, cliniquement, les points ou les lieux où le sujet tente de faire tenir quelque chose : fantasme, symptôme, lien social. L'enseignement de Freud et Lacan nous invitent donc à user des structures cliniques pour décrire les conditions, les déterminations symboliques, les modalités dans lesquelles s'effectue la singularité du sujet.

b. Un pari

La difficulté peut consister à tenter une construction de cas, avec des sujet sujets qui, pour certains, ne parlent pas. « *Que faire lorsqu'on n'y comprend rien ? Que faire lorsque le sujet ne parle pas – ou si peu que les rares signifiants (cris, phonèmes isolés, injures sans adresse, fragments de ritournelles) surgissent à la limite de l'audible parfois, ou tout à fait stridents, mais inarticulés toujours : non connectés, plutôt bouts-de-réel que signifiant au sens propre* »[612]. Notre pari est que même pour un sujet qui ne parle pas, des productions subjectives peuvent se manifester et s'entendre. Voire même, ces sujets pour lesquels le hors discours est prévalent, nous enseignent, témoignent avec rigueur de ce qu'ils affrontent. Jean-Louis Gault, nous fait remarquer qu' « il est intéressant de noter qu'au moment où [Freud] recherche du nouveau concernant l'inconscient, il se tourne vers des cas de schizophrénie »[613]. En effet, dans son article « L'inconscient », paru dans « Métapsychologie », Freud cherche une nouvelle formulation de son concept qui emprunte la voie de la relation du langage avec le corps. Il essaye donc de caractériser les symptômes corporels dans la schizophrénie, par rapport à ceux qu'il a observés dans l'hystérie. Le propos de J.-L. Gault, c'est que cette référence de l'inconscient au corps permet de distinguer les modalités de conjonction de la langue et du corps. « *Dans la schizophrénie, la castration de jouissance n'a pas affecté le corps, de telle sorte que la langue du sujet est faite de mots réels, c'est-à-dire de mots-organes. L'inconscient non disjoint de sa jouissance peut être dit réel, il est alors identique au corps parlant, faute d'une élucubration de savoir. L'expérience du schizophrène nous donne le témoignage de l'invasion du corps pas le signifiant. Ce fait est transclinique*[614]*, il est la croix du vivant qui parle* ».

---

[611] Idem, p.84.

[612] Idem, p.107.

[613] Gault, J.-L., « Le corps parlant du schizophrène », La cause du désir, « Ce corps qui jouit », revue de psychanalyse, 91, Nov. 2015, Navarin éditeur.

[614] Souligné par nous.

La clinique de la schizophrénie nous enseigne que le symptôme ne relève pas seulement de la parole, mais de la lettre, de la marque première du signifiant sur le corps. D'autre part, le repli autistique est parfois tel, que le sujet ne présente pas de symptôme au sens large. Cliniquement, il s'agit moins de parole, que de la « matérialité de la langue ». La lettre, dans ses trois dimensions : poésie (musique de la langue), calligraphie (geste de la langue), mathématique (jeu de la lettre pour elle-même). Éric Laurent, dans son livre « Lost in cognition »[615], nous dévoile comment le dernier enseignement de Lacan, avec sa « logique de sac et de cordes », permet de lire la clinique de la psychose précoce et de l'autisme de façon nouvelle. Il s'agit donc de transmettre les tentatives héroïques de ces sujets pour faire tenir ensemble la langue et le corps.

Nous avons vu que la dimension pragmatique de la clinique borroméenne, en tant qu'elle est un « matérialisme de la jouissance » - c'est-à-dire qu'elle n'opère pas à partir de la parole et de la symbolisation comme tentative d'annulation de la jouissance, mais à partir des modalités de traitement « hors discours » du sujet lui-même -, permet de parier sur d'autres opérateurs que le Nom-du-père pour nouer le réel, le symbolique et l'imaginaire. Nous tenterons de déduire les implications quant à la pratique de ce passage d'une clinique de la forclusion du Nom-du-Père à une clinique borroméenne, lorsqu'elle substitut le nœud au mythe freudien. Nous nous appuierons sur la pratique dans une institution psychiatrique, accueillant des adultes souffrant de psychose infantile et d'autisme.

Comment le sujet se débrouille avec la parole ? Comment situer la fonction de l'Autre ? Qu'est-ce qui pour un sujet singularise son corps propre ? Qu'est-ce qui assure la séparation et la localisation de la jouissance ? Quel lien (social) à l'Autre possible ? Quel choix du sujet face à l'expérience primordiale de jouissance ? Autrement dit, repérer le réel auquel le parlêtre, qu'il parle ou pas, s'est trouvé confronté dans sa rencontre avec la jouissance de la langue. Comment accompagner un sujet, exposé au réel du langage, lorsque le cadre imaginaire ne suffit pas à parer aux ravages de la pulsion ?

Dans la suite de notre propos nous serons donc amenés à nous intéresser à l'autisme, ou plutôt à prendre « le biais de l'autisme »[616], pour approcher ce qui relève de la clinique. Dès le séminaire I, « Les écrits techniques de Freud », Lacan consacre deux leçons à des cas d'autisme : le cas Dick (Mélanie Klein) et le cas du petit Robert (Rosine Lefort). Dans ces deux leçons, Lacan nous donne une description précise du monde dans lequel vit l'autiste. Un monde où tout le symbolique est réel et où l'imaginaire ne trouve pas forme dans la relation spéculaire. « *Pourtant là où on ne voit qu'agitation et destruction au niveau des comportements, qu'égarement et détresse, Lacan prend acte d'un sujet qui se défend contre le réel sans loi auquel il est soumis. Il ne se guide non pas sur ce qui fait défaut à ce sujet embrouillé, sur ce qui lui manque alors qu'il est aux prises avec le réel, mais sur ce qui le*

[615] Laurent, E., « Lost in cognition. Psychanalyse et science cognitives », éditions Cécile Defaut, coll. Psyché, 2008. P.23.

[616] Laurent, E., « Les autismes aujourd'hui », in « L'autisme et le traumatisme de la langue », sous la direction de Josette Amirault-Grospas, ACF-VLB Bureau d'Angers, 2015, p.103.

relie à la communauté humaine »[617]. Jean-Pierre Rouillon, dans cette « Petite note sur l'autisme chez Lacan », poursuit : « *Nous trouvons ainsi dès ce premier séminaire ce qui oriente le psychanalyste dans sa rencontre avec l'autiste : l'autiste a affaire au signifiant, il est comme tout sujet effet du signifiant, et l'analyste ne doit pas reculer devant le fait de lui dire quelque chose* ». C'est-à-dire que prendre le biais de l'autisme, notamment à partir des travaux d'Éric Laurent, permet d'étudier cette tension particulière du réel et du vivant. En effet, « *il s'agit pour nous d'aller au-delà du fait de savoir s'il s'agit de la petite case, de la bonne étiquette ou du protocole impeccable. Ce qui nous intéresse, c'est de préciser un abord de ces phénomènes cliniques toujours en reconstitution, si difficiles à cerner avec justesse* »[618].

3.1.2. Rencontres cliniques

« Le séjour dans le fauteuil n'est peut-être pas
la meilleure position pour serrer l'impossible »,
Lacan[619].

C'est à partir de la question de l'autisme, que la notion de maladie mentale est devenue obsolète pour laisser place à la dimension du handicap[620]. Toutefois, l'état des connaissances auquel se réfère la Haute Autorité de Santé ne s'intéresse pas aux mécanismes psychopathologiques[621]. Or, dans la mesure où nous nous situons précisément dans le cadre de la recherche en psychopathologie, nous nous autoriserons à aborder la clinique en employant les termes de psychose précoce et de psychose infantile. En effet, les cas dont il sera question ne relève pas à proprement parler de l'autisme. Dans le langage actuel, ils relèveraient davantage des troubles envahissants du développement. Mais dans cette perspective que penser de ces enfants, devenus adultes, dont les troubles ne sont pas pacifiés ? Dont « les anomalies qualitatives »[622] persistent à les envahir ?

Dans une société qui a fait de la communication sa valeur fondamentale, façonnée par des idéaux de normalité, d'autonomie, d'insertion, d'activité, ces sujets signent une impasse. La pratique clinique auprès de ces sujets est exigeante, elle confronte à l'insupportable, du fait de la massivité de certaines défenses et de la pauvreté des élaborations, du refus de s'inscrire dans le monde de l'Autre, le pays du langage. Mais c'est aussi une clinique du détail, qui donne lieu à de subtiles constructions, et parfois à de petits apaisements. Dans ce contexte,

[617] Rouillon, J.-P., « Petite note sur l'autisme chez Lacan », Lectures théoriques, causefreudienne.org.

[618] Laurent, E., Introduction, « L'autisme et le traumatisme de la langue », sous la direction de Josette Amirault-Grospas, ACF-VLB Bureau d'Angers, 2015.

[619] Lacan, J., Séminaire Livre XVII, « L'envers de la psychanalyse, Seuil, Champ freudien, 1991, p.201.

[620] La dénomination « psychose infantile » a été abandonnée dans la classification internationale de l'OMS (CIM-10) au profit des TED (troubles envahissants du développement).

[621] « Autisme et autres troubles envahissants du développement – État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale » publié par la HAS le 24 mars 2010.

[622] « Autisme et autres troubles envahissant du développement. Questions/Réponses sur l'état des connaissances », HAS, 24 Mars 2010.

écrit D. Holvoet, le « trouble envahissant du développement » est « à concevoir comme envahissement du jouir du corps sans régulation possible »[623].

Dans la suite de notre travail sur la schizophrénie, nous proposons donc de parler de ces sujets, de leurs efforts pour se trouver un style, une manière d'être là, d'adresser une demande. Au particulier de la schizophrénie, comme catégorie clinique, nous nous orientons à présent vers le singulier. Si l'élaboration de l'expérience suppose la sériation des cas, nous tenterons d'aborder chaque cas comme unique. Soit le cas, comme ce qui tombe hors des systèmes classificatoires.

a. Point d'où

Dans sa conférence, « Le triomphe de la religion »[624], Lacan revient sur les trois métiers impossibles que Freud avait isolé : gouverner, éduquer, analyser. Il dit que l'analyse est l'une des fonctions encore plus impossible que les autres, parce qu'elle s'occupe d'une chose à laquelle, lui, a donné un nom, le réel. Dans sa conférence, « Moi pressé de trouver le lieu et la formule »[625], Philippe Lacadée le commente. Nous avons vu que le réel est tout ce qui ne rentre pas dans la définition de la réalité, du monde comme ce qui marche. Le réel, c'est le monde de ce qui cloche, de ce qui ne tourne pas rond, de ce qui se refuse à l'utile. Or, de s'apercevoir qu'il y a des choses qui font que « le monde est immonde »[626], c'est de cela que s'occupent les psychanalystes, dit P. Lacadée. C'est de ce côté, de ce qui ne marche pas dans le monde, que les psychanalystes s'occupent. A propos de l'adolescence, P. Lacadée nous dit que c'est un moment complexe où « *le sujet est confronté à quelque chose qui fait que soudain, du fait justement qu'il a un corps, il y a des choses ressenties qu'il pense ne plus pouvoir loger dans le monde qui le tenait jusqu'alors. Ce qu'il ne peut pas loger dans le monde prend pour lui la figure de l'immonde d'où les sentiments de honte et de pudeur, si importants à ce moment-là* ».

Le pont que nous faisons avec la schizophrénie, se réfère à l'énoncé de Lacan : « le dit-schizophrène se spécifie d'être pris sans le secours d'aucun discours établi ». Pour être dans le monde, pour se présenter à l'Autre, on est obligé de traduire ce qui nous arrive, de l'articuler avec les mots en usant d'un discours établi par le sens commun. C'est le discours commun qui voile, qui donne les bons usages pour cacher un peu l'immonde. C'est le discours établi qui prend en charge, du fait de l'articulation signifiant, la séparation de la jouissance en trop. La clinique de la schizophrénie, sans le secours du discours établi, sans le lieu de l'Autre, le lieu des semblants qui nous apprennent un certain savoir vivre ensemble, est donc une clinique où l'*immonde* circule. La fonction de la psychanalyse est dès lors un

[623] Holvoet, D., « Quand la collectivité rencontre la singularité », Quarto°109, « Ce qui fait couple… », Revue de psychanalyse publiée en Belgique, École de la Cause freudienne, Décembre 2014.
[624] Lacan, J., « Le triomphe de la religion », Seuil, Champ freudien, 2005.
[625] Lacadée, P., Addenda 1, in « L'éveil et l'exil », Éditions Cécile Defaut, Psyché, 2007, p.139.
[626] Lacan, J., « Le triomphe de la religion », op. cit, p.76.

effort d'invention pour que le sujet trouve un lieu où vienne à se loger l'immonde, ou bien la formule indicible de l'en-trop.

Ici, le psychanalyste se doit d'incarner un mode de présence non porteuse d'idéal, mais sachant accueillir l'indicible, recevoir le nouveau, sachant permettre que se dise, de façon paradoxale, une part de l'impossible à dire du sujet. A ce sujet, P. Lacadée extrait un point de perspective nécessaire à cette architecture de l'être : *le point d'où*. En effet, c'est le défaut de traduction en mots qui se traduit par la mise en action d'un comportement. Isoler le *point d'où* le sujet puisse avoir une idée de lui, c'est lui permettre de traduire l'indicible autrement que dans les passages à l'acte et les phénomènes de violence. Car c'est lorsque ça ne parle plus avec les mots, que ça parle avec le corps. Il s'agit donc d'accompagner le sujet dans son travail de trouver une langue pour prendre position, un *point d'où* inventer sa solution. Lacadée nous indique que le *point d'où* a la fonction de l'idéal du moi, qui permet à l'être humain « de se mettre dans l'axe de ce qu'il a à faire comme homme ou comme femme, et l'éloigne de la pulsion de mort ». C'est un point qu'à l'occasion le psychanalyste peut incarner, car en consentant à un certain principe d'indétermination, de liberté, elle permet à l'être humain d'attraper ce point, une façon de dire lui permettant de prendre en charge le pulsionnel qui l'agit et le pousse à l'acte. C'est incarner le point d'appui, un « oui » au nouveau, d'où l'Autre authentifie le sujet. Ecouter ces sujets adultes, prendre en compte leur logique, implique de maintenir la relation au centre du soin. La complexité du traitement résidant dans le fait que le symptôme est à la fois un problème et une solution.

b. Entre le sujet et l'Autre

La singularité est une orientation du travail à mettre en tension avec le collectif. Autrement-dit avec l'institution. Qu'est-ce qui fonde l'institution au XXIème siècle ? Pour Freud, dans « Psychologie des foules et analyse du moi », ce qui fonde le collectif est l'identification à un idéal commun. Qu'en est-il à l'époque actuelle ? C'est là, le point de connexion de la psychanalyse avec le monde. Lacan avait, en effet, une position éthique à l'égard de l'attitude à adopter face à l'état du monde. Ni nostalgique, ni alarmiste ou angoissé[627], mais se tenir *dans* le monde. Il s'agit d'interpréter ce monde et d'en tirer les conséquences. Nous serons donc amenés à articuler la clinique aux questions que pose le passage du monde des idéaux à un monde sans Autre. Dans la mesure où « ce passage a pour conséquence une modification profonde de l'abord psychanalytique »[628]du travail en institution.

« La priorité n'est plus de leur apprendre un ordre des choses, toujours relatif et changeant, mais plutôt de s'attacher à leurs trouvailles symptomatiques pour les faire évoluer vers un élargissement progressif de leur abord du monde et de trouver de nouveaux arrangements plus commodes que les symptômes parfois très invasifs qu'ils présentent. Le cadre trouvera à s'ordonner à

[627] Lacan, J., « Le triomphe de la religion », op.cit., p.95.

[628] Holvoet, D., « Quand la collectivité rencontre la singularité », op.cit.

partir des singularités propre à chaque sujet du groupe, autrement dit le groupe n'effacera pas la solitude foncière de chacun de ses membres »[629].

Penser le collectif comme un mode de rassemblement particulier et non pas universel, permet également de se garder de la relation en miroir, que suscite parfois le travail avec des sujets en place de déficients, où l'on croit savoir ce qui est bon pour l'autre. Cette croyance ouvrant à de nombreuses réactions pseudo-éducatives qui répondent par leur apparente simplicité logique, aux fantasmes d'optimisation du temps, inhérent à la logique en santé mentale. Et cela loin d'une promotion du sans frein, car « donner place à la singularité de chacun n'est pas laisser libre cours à son affolement »[630].

Ces considérations nous amènent à expliciter nos interventions auprès de ces sujets « sans défense ». Tout d'abord, avec les sujets psychotiques « on n'interprétera pas »[631]. Nous avons vu que le transfert avec un psychotique est difficile à manier. Pouvant virer facilement dans l'impasse de ses formes érotomaniaques ou persécutives. La localisation de la jouissance dans l'Autre dans la psychose, conduit Lacan à penser nos interventions davantage dans la perspective d'une barre posée sur l'Autre, plutôt que de lui donner consistance.

G. Hoornaert, dans son article, « L'intervention entre le sujet et l'Autre »[632], décline les modes d'interventions indirectes. C'est-à-dire ces réponses qui ne font « pas front au sujet comme le font les grandes vérités du Maître qui déploie son savoir en jouissant ». Cette formulation traduit l'opération qui consiste à ne pas s'inscrire dans un face à face avec le sujet, mais au contraire l'intervention sur une relation à deux qu'on juge néfaste, celle du sujet à l'Autre qui lui est trop proche et auquel il ne peut se soustraire. « L'intervention doit donc toujours viser l'Autre du sujet ». C'est le passage du deux au trois. Occuper la position tierce, c'est se garder de la relation en miroir et de ses ravages.

Comment faire pour ne pas être inclus dans l'Autre jouisseur ? Comment traduire les positions théoriques dans le quotidien ?

3.1.3. Hors discours

« Il y a toujours la tentation de faire du cas un exemple de la catégorie,
un cas qui démontre la catégorie, mais l'accent sur la singularité
vise à donner toute sa place dans notre travail avec le sujet
à ce qu'il présente d'incomparable, d'original,
de parfaitement singulier »
D. Holvoet[633]

[629] Idem.

[630] Idem.

[631] Hoornaert, G., « L'intervention entre le sujet et l'Autre », Les feuillets du Courtil online, 2003.

[632] Hoornaert, G., « L'intervention entre le sujet et l'Autre », Les feuillets du Courtil online, 2003.

[633] Holvoet, D., « Quand la collectivité rencontre la singularité », op.cit.

Dans le champ sanitaire de la psychiatrie, l'unité d'hospitalisation où nous exerçons comme psychologue clinicienne, accueille à temps complet des personnes adultes. Loin d'être spécialisée l'unité accueille les sujets souffrant d'autisme ou de psychose depuis l'enfance, qui ne trouvent pas, ou plus, à loger leur symptôme dans les structures sociales, médico-sociales et familiales. Ainsi, les cas clinique à venir valent moins par les effets thérapeutiques qui y sont relatés, que par le regard qu'ils incitent à porter sur ces patients. La recherche porte sur la singularité du sujet, sur la spécificité de ses points de butée, sur les caractéristiques de ses solutions, sur ce qui lui reste d'ancrage dans son rapport à l'autre. Nous verrons que la déficience intellectuelle n'est pas un obstacle au travail du sujet. La perspective donnée par la psychanalyse invitant à chercher le symptôme derrière le handicap, elle permet de ne pas renoncer au traitement. Des modifications subjectives se produisent quand une invitation à parler est faite, quand l'institution permet l'instauration d'un transfert, laisse une place à l'inattendu, et tolère la diversité des modes de jouissance.

a. Le réel nu

Le discours est ce qui vient limiter la jouissance. Qu'en est-il alors pour le sujet radicalement hors discours, hors semblant ? Le réel est nu. Il domine le semblant et laisse le sujet face à l'intolérable de la jouissance.

Thelma est hospitalisée la première fois à l'hôpital psychiatrique à 24 ans. Suite à un accident de la voie publique, elle décompense une psychose diagnostiquée pendant l'enfance. En effet, dès l'âge de 6 ans, Thelma est accueillie en institution. L'histoire de Thelma est maillée de ruptures, tant familiales qu'institutionnelles. Son père a été exclu de la famille, soupçonné d'inceste. Sa mère la retirait régulièrement des lieux où elle était accueillie, remettant en question les prises en charge. Cependant, lorsqu'en 2000 Thelma est hospitalisée en psychiatrie, sa mère quitte la région et la confie à l'institution. Lorsque l'on consulte le dossier psychiatrique de Thelma, on découvre qu'elle parlait, racontait son roman familial et puis qu'elle s'est peu à peu dissociée. On parle de repli autistique, avec une attitude régressive et auto-agressive. Les relations avec la mère s'avèrent difficiles, tenant des propos annonçant la mort de sa fille devant celle-ci, ou bien portant atteinte à la pudeur de Thelma par des propos sexualisés.

La psychanalyse nous apprend que l'image du corps n'est pas donnée au départ. Elle se construit. Le nouveau-né advient dans une totale prématurité. Sa dépendance à l'Autre est absolue. Lacan nous a montré, par ailleurs, que le nouveau-né éprouve son corps de façon morcelée, il n'en a pas de représentation globale avant le stade du miroir. Ce moment est fondamental dans la construction de tout sujet, car il va être à l'origine de tout ce qui touche au corps dans son érection de vivant, de tout ce qui unifie le corps jusque-là morcelé par les perceptions éprouvées par le tout-petit. L'image est par conséquent essentielle dans la structuration du sujet. Sans le passage par ce stade, on se retrouve privé du sentiment d'avoir un corps, et donc du sentiment de son existence. En effet, croire qu'on a un corps, écrit Lacan,

est la seule consistance mentale du parlêtre : « *le parlêtre adore son corps, parce qu'il croit qu'il l'a. En réalité, il ne l'a pas, mais son corps est sa seule consistance –consistance mentale, bien entendu, car son corps fout le camp à tout instant* »[634].

Lacan a fait du cri du nourrisson la plus ancienne demande du sujet, dans laquelle se produit l'identification imaginaire[635]. C'est l'interprétation maternelle qui transforme le cri en signifiant, et fait passer le sujet du registre du besoin vital à celui de la demande. Par sa réponse, l'Autre maternel opère sur le corps et ses manifestations dans l'ici et maintenant de la pulsion. C'est l'opération qui articule le corps au langage et permet que le corps du sujet et ses sensations s'organisent et se différencient de son environnement. C'est l'opération qui assigne une place, une identification au sujet. Dès lors, au-delà de l'objet de la satisfaction, il y a un enjeu d'amour. Cependant, « *cette opération exige une symbolisation qui passe par l'Autre du langage, en tant que celui-ci fait tiers dans la relation imaginaire au petit autre, à mon alter ego. Dans les relations humaines, les liens entre deux sujets se fondent sur l'altérité – à la fois reconnaissance de l'autre et reconnaissance de ce qui fait sa différence. Celle-ci est cruciale pour que le sujet ne soit pas envahi ou court-circuité dans son intégrité mentale* »[636].

Dans le Séminaire IV[637], Lacan élabore la relation de dépendance du nourrisson à l'Autre. C'est la relation au manque d'objet qui est pour lui fondamentale à l'entrée de l'enfant dans la relation symbolique. En effet, lorsque l'enfant s'engage dans la dialectique de l'amour, il peut prendre la voie de se faire ce qui satisfait le désir de la mère. L'expérience du manque, de la frustration, est donc nécessaire au sujet pour qu'il s'extrait de la relation duelle à la mère, et se projette sur le circuit de l'échange symbolique. C'est la fonction de la métaphore paternelle. Lacan formule l'hypothèse que, dans la psychose, le sujet ne rencontre pas le manque de la castration. Dès lors l'expérience du manque est une expérience de privation réelle, de l'ordre de la rencontre d'un vide, d'un trou. Or, sans le manque-à-être qui pousse le sujet à s'identifier à autre chose, le sujet, dans la relation intersubjective, s'identifie à l'objet qui comble l'Autre auquel il a affaire. De sorte que dans le rapport du sujet à l'objet, la dimension de la jouissance peut se présenter de la façon la plus crue, dans un « sans limite ». Il a rapport à l'objet réel, et, en l'absence de l'instance tierce, il se confond dans une relation indifférenciée à l'autre.

La structure de la relation entre Thelma et sa mère, qui préexistait à l'hospitalisation, nous laisse à supposer que Thelma a vécu cette séparation comme un abandon. Longtemps en miroir avec sa mère, elle a perdu l'armature qui l'accrochait au lien social. Depuis lors, Thelma ne cesse de se laisser tomber, de se cogner. Elle engouffre la nourriture, se mettant en danger de s'étouffer. Elle se présente nue sur le groupe. Son corps s'anime de façon tantôt désarticulée, tantôt hypertonique. Elle parle un langage obscène, soliloque ou reste mutique. Son discours est devenu incompréhensible. Des examens neurologiques ne révéleront aucun élément en faveur d'une cause organique.

---

[634] Lacan, J., « Le sinthome », Séminaire livre XXIII, op.cit., p.66.

[635] Lacan, J., « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », Écrits, op.cit., p.618.

[636] Bonnaud, H., « Le corps pris au mot. Ce qu'il dit, ce qu'il veut », Navarin, Le champ freudien, 2015, p.25.

[637] Lacan, J., Séminaire Livre IV « La relation d'objet », Seuil, Champ freudien, 1994.

La structure familiale de Thelma, nous amène également à formuler l'hypothèse qu'elle vit dans un monde où elle n'a pas de place à elle, mais aussi où les places symboliques ne sont pas garanties (inceste). Dès lors le morcellement, mais aussi la monstration de son corps nu sous le regard de l'Autre, apparaissent comme la tentative de faire fonctionner le lieu comme le monde qu'elle connaît. Là où ça se rejoue pour elle, le lieu se doit de lui offrir la possibilité d'un monde dans lequel tout n'est pas dans le mélange ou dans le rejet, mais où elle peut essayer de prendre place.

Au cours des nombreuses années de sa prise en charge, on trouve une tentative de situer l'intolérable pour Thelma. Le travail opère sur l'image. En effet, Thelma peut proposer deux versions d'elle-même : la belle image et le déchaînement soudain de son corps. Le passage de l'une à l'autre pouvant se faire du jour au lendemain.

Dans sa première version, Thelma est libre dans ses déplacements, elle n'a pas de problème psychomoteur. Elle fait sa toilette, choisit ses vêtements, s'habille seule et prend soin de son apparence. Elle peut formuler des demandes, répondre et se positionner. Elle est repérée dans le temps, connaît la routine du service, et participe à des ateliers. Pourtant, l'humeur de Thelma peut virer de façon imprévisible. Elle se présente alors tourmentée, le corps contorsionné, la démarche saccadée et talonnante. Son visage est alors tendu, grimaçant, et donne une impression de souffrance avec un regard dur, sombre et fuyant. Dans ces moment-là, sa peau se couvre de psoriasis. Elle a des demandes incessantes liées à la nourriture, et elle peut se montrer agressive. En même temps, elle peut chercher à s'isoler dans sa chambre, où elle se réfugie sous sa couverture pendant plusieurs heures. Il lui arrive d'uriner dans sa chambre, de tremper son drap dans son urine et de s'en envelopper. Elle peut également boucher les toilettes avec ses vêtements. Durant ces périodes, Thelma nécessite une vigilance car elle se met en danger : automutilations, laisser tomber. Il semble alors que son image lui devienne insupportable, elle s'oppose aux soins du quotidien, et adopte des propos morbides : « *t'es morte Thelma* ».

Lorsqu'elle va mal, Thelma se métamorphose donc. Son corps se déforme, son discours est envahi de reproches et d'injonctions. Le psoriasis vient consolider une hypothèse selon laquelle, lorsque ça ne va pas pour Thelma, là où ça ne peut se dire, ça s'écrit sur le corps, dans un déchaînement du trop de jouissance. Les interventions auprès d'elle vise dès lors à la protéger de l'Autre jouisseur. Dans sa première version, elles visent à consolider la belle image. A l'aider à se subjectiver en la soutenant dans ses demandes, notamment de se s'orienter vers l'extérieur. Lorsqu'elle est dans le registre du réel et de la jouissance, du « *t'es morte* », la question est de la protéger, de lui garantir qu'on ne la laisse pas tomber. Que nous sommes avec elle contre ce qui veut sa mort, contre la jouissance.

Peu de temps avant que je ne la rencontre, Thelma est confrontée à une nouvelle séparation. Sa mère, remariée, lui annonce la vente de la maison familiale et annonce à sa fille qu'elle ne reviendra donc pas à la maison. Elle est à nouveau confrontée à une perte non symbolisable, à laquelle elle répond par la dislocation de son être et des liens établis avec l'institution.

b. Prendre appui du refus

Il y a des sujets qui s'opposent au discours hygiéniste qui promeut le symptôme comme une mauvaise réponse de l'organisme. Dans la mesure où le symptôme s'obstine, résiste, malgré les traitements médicamenteux. Ces sujets témoignent d'un impossible de s'adapter à la réalité. La thèse de Lacan, quant à la liberté dans la psychose, nous permet d'interroger la folie comme nécessaire à ces sujets pour répondre au réel du monde. Il formule l'hypothèse que le sujet peut faire un choix insondable, mais éthique, du refus. Mais « *refusant ainsi la logique introduite par cette fonction, soit celle de la métaphore paternelle et sa signification universelle névrotique, le sujet fait le choix du pire, dit Lacan, il choisit de traiter la jouissance, la chose, sans le père* »[638]. Autrement dit, on distingue la « folie nécessaire » que Lacan isole à partir du concept de sinthome, à la folie dans le champ de la jouissance[639].

A propos de ces sujets, Kraepelin indiquait une « évolution continue d'un système délirant durable et impossible à ébranler ». Rien de plus faux pour Lacan, pour lequel des arrangements sont possibles qui offrent au sujet une nouvelle position qui lui permette de mieux se tenir dans le monde. Il s'agit donc de distinguer le statut de la jouissance, situer le délire ou les manifestations de la psychose qui traversent la vie du sujet en dépit des traitements pharmacologiques. D'où la nécessité pour le sujet de quelqu'un qui l'entende et se fasse « secrétaire de l'aliéné », témoins d'un travail qui a besoin quelque fois d'un Autre qui l'accompagne.

Je rencontre Thelma alors qu'elle est âgée de 34 ans. Elle opère avec moi un travail de mise en série d'objets quelconques trouvés dans une boîte du bureau que j'occupe. Elle les sort, les dispose sur la table, cela sans logique apparente. Puis elle les remet dans la boîte. Dans les moments de tension, où elle est plus en difficulté, Thelma renverse la boîte et la remplie dans l'urgence avant de quitter la pièce sans un mot. Elle dessine également beaucoup. Au début de nos rencontres elle signait ses production, nommait cela « *travail* », et se nommait elle-même « *secrétaire* ». Cependant, lorsqu'elle me parle Thelma est inaudible. Elle ponctue les entretiens : au début d'un « *veux te voir* » et à la fin « *a fini* ». Un déménagement de la structure et un changement de tuteur coïncident avec un appauvrissement des rencontres. Si Thelma demande toujours à me rencontrer, nos entretiens se raccourcissent. Si elle continue à dessiner, elle ne fait plus que des traces sans forme et sans signature. Toutes mes tentatives pour lui parler se voient opposer un refus. A mes question sur comment l'aider, elle répond « *non* ». Je lui proposerai seulement un cahier où dessiner. D'une part pour localiser ses productions, et d'autre part les limiter. En effet, lorsqu'elle dessine, c'est de façon frénétique. Thelma acceptera ce cahier, qu'elle pourra s'approprier et demander. Mais elle m'impose le silence.

---

[638] Grasser, F., « Stabilisations dans la psychose », Texte présenté à la Xème journée d'étude du GRAPP, à Marseille, le 7 Mars 1998. Ornicar ? Digital.

[639] Bassols, M., « Jacques Lacan et le sujet de la folie », op.cit., p.224.

Il semble que Thelma fasse une représentation, mais avec un texte inaudible. Ainsi, il semble que dans le bureau, elle tente de soustraire ce qui est en trop par l'écriture, la trace. Par le jeu d'extraction des objets de leur boîte et de leur circulation entre un dedans et un dehors. Cependant l'inconsistance de l'Autre est au premier plan pour elle, qui se ferme lorsqu'on lui dit quelque chose. L'enjeu est alors davantage sur la construction d'un espace. En effet, nous avons vu que Thelma a affaire à une intimité impossible. Elle s'effondre sur le passage des seuils, elle ne peut entrer dans les pièces que comme un objet déchu. Ou bien, elle se présente nue sur le seuil. La construction de l'espace a ici rapport avec l'envahissement par la jouissance. C'est-à-dire que le déshabillage ne vise pas la pudeur, mais la constitution du corps entre intérieur et extérieur. C'est d'ailleurs la fonction du seuil que de marquer le passage entre le dedans et le dehors. De même que le psoriasis, atteint la peau comme frontière. C'est-à-dire que l'espace et le corps, c'est la même chose. C'est l'imaginaire dans lequel elle se déplace.

Le psoriasis est-il un phénomène psychosomatique ? La jouissance faisant retour sur le corps, mais de façon localisée. Cette question ouvrant logiquement celle de l'Autre pour Thelma. L'Autre existe-t-il pour elle ? Ou bien est-ce le corps comme Autre ? J.-A. Miller indiquant dans ses « Quelques réflexions sur le phénomène psychosomatique »[640] que ce phénomène est un mode de retour localisé de la jouissance dans le corps, court-circuitant l'Autre du signifiant, mais « propre à mettre en opération cette définition de Lacan : « L'Autre, c'est le corps » ».

L'engloutissement de la nourriture, les soliloquies ou le mutisme de Thelma, indiquent que ce qui la sépare de l'Autre, c'est l'illimité de la pulsion. Ça ne s'arrête pas, ça vire à l'injonction, au n'importe comment. Il y a là comme une jouissance répétitive, infinie, qui nous donne l'idée que Thelma a un corps que rien ne vient saturer. Lorsqu'elle est mutique, figée, Thelma continue de protester. Son silence incarne la pulsion de mort : « se taire, c'est renoncer à la parole et au sentiment de la vie qu'elle porte »[641].

Au déshabillage, nous répondrons par la tentative d'en faire une représentation. A l'aide d'un drap, comme élément que l'Autre ajoute à la scène. Nous la drapons et tentons de modifier la tonalité de la représentation. C'est-à-dire, une tentative de l'inclure dans un discours, pour que ça ne soit pas la chose brute qui soit représentée. Lorsqu'elle se laisse glisser, et refuse de se relever, ce n'est plus un fauteuil roulant qu'on lui apporte, mais un « carrosse ». Il s'agit dans tout cela de la soutenir en amenant la dimension du jeu théâtral : elle n'est pas seule sur scène.

Dans la rencontre avec Thelma, il s'agit donc de toujours préserver la dimension de l'adresse. Celle où elle représente quelque chose avec son corps, et donc à laquelle nous pouvons donner une réponse. Ainsi, la façon dont elle plie ses vêtements dans la cuvette des toilettes, indique une dimension de message à notre intention. D'autre part, les WC

[640] Miller, J.-A., « Quelques réflexions sur le phénomène psychosomatique », Analytica n°48, Cahier de recherches du champ freudien, « Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse », GREPS, Navarin éditeur, 1987.

[641] Bonnaud, H., « Le corps pris au mot », op.cit., p.52.

représentent un espace intime, où on va seul. Il y est donc question d'une frontière entre l'intérieur et l'extérieur. Lorsqu'elle se dénude, il y a une dimension d'adresse : elle essaie de dire quelque chose sur son corps, elle, l'autre. Mettre les vêtements aux WC ça signifie que l'habit social, elle n'en veut plus. Lorsqu'elle se laisse glisser, il y a également une dimension signifiante de refus adressé à l'autre. Par contre, lorsqu'elle se laisse tomber comme un cadavre, lorsque ça lâche dans un moment de disparition du sujet, nous l'appelons par son patronyme, afin de marquer une distance et lui signifier que son intimité n'est pas enjeu. Il s'agit de lui donner une place, de s'adresser à elle comme à un membre du corps social. La nomination comme tentative de parer au lâchage de la pulsion.

Paradoxalement, il semble que ce soit dans les actes asociaux que nous repérons une articulation au symbolique. Il y a des moments où elle nous adresse un message, un témoignage du corps déshabillé de son enveloppe. Mais également témoignage d'un refus de se conformer à l'ordre social. La manœuvre est alors complexe, comment faire lien avec ce qui s'énonce comme antisocial ? Comment aider un sujet, lorsque sa position subjective la plus clairement énoncée depuis dix ans est celle d'un refus ?

Dans notre pratique, il s'agit alors de trouver la juste mesure entre le respect de la position du sujet et les limites à poser à la pulsion de mort. Il s'agit d'imposer une douce fermeté contre ce qui pousse le plus radicalement cette femme à se faire objet déchet. A l'immonde réel, nous opposons des semblants, nous opposons des paroles aux actes, nous traitons notre présence pour qu'elle puisse s'assurer d'une place différenciée de celle de l'autre. En quelque sorte, nous prenons appui du refus pour instituer le sujet. Reste que, modifier l'image du corps, n'en modifie peut-être par la jouissance. C'est là que l'amour, autre des trois passions lacaniennes (amour, ignorance, haine), doit être convoqué. C'est-à-dire l'amour, comme ce qui nous rend acceptable à travers le regard de l'autre.

c. Pas avoir de corps

Nous avons vu que la consistance mentale d'un sujet a rapport au corps. Lacan, dans le séminaire « Le sinthome », fait valoir cette consistance à partir de la corde. Il « *va articuler le corps sans organes, le corps ensemble vide, le corps sac, [nous dit Éric Laurent dans son livre « Lost in cognition »*[642]*,] et de l'autre côté, la consistance des cordes du langage qui le traversent autour d'un trou* ». Il s'agit de cette « logique de sac et de cordes » dont nous parlions en introduction et qui a trait au nœud borroméen. Dans sa leçon du 13 Janvier 1976 du Séminaire XXIII, Lacan interroge : « la consistance qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut dire ce qui tient ensemble ». C'est-à-dire que le sac, concerne le rapport du corps et des organes, qualifié par Lacan de « détachable ». En effet dit-il, « *nous n'avons idée de consistance que de ce qui fait sac ou torchon. C'est la première idée que nous en avons. Même le corps, nous le sentons comme peau, retenant dans son sac un tas d'organes* »[643]. Les cordes, elles, concernent le langage.

[642] Laurent, E. « Lost in cognition », op.cit, p.23.

[643] Lacan, J. Séminaire Livre XXIII, "Le sinthome", p.65.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

La logique de sac et de cordes est donc « *une logique articulée entre, d'un côté ce sac qui pourrait se retrouver complètement bouché par le réel, et de l'autre la corde qui permet de traverser et de construire ces bords et ces orifices. La véritable consistance du corps n'est d'ailleurs pas celle du sac, [précise Éric Laurent,] mais celle de la corde. Cela suppose que le sujet ne fonde pas son identification, son assise dans le monde à partir de son enflure, de son enveloppe corporelle, du narcissisme de l'image, mais qu'il réussisse à se débrouiller dans la constitution sinthomatique des circuits pulsionnels, de la dérive pulsionnelle* »[644]. Le nœud n'est donc pas ce qui assure la consistance, mais bien l'élément corde, soit le langage.

Or, lorsque la consistance n'est pas assurée, le corps *fout le camp à tout instant* et le langage envahi le corps. Dans cette configuration, on peut émettre l'hypothèse que le langage loin d'évider le réel, il le transporte. Le langage ne parvient pas à serrer des bords, il se fragmente alors sur tout le corps.

Lorsque le corps ne parvient pas à se maintenir dans le circuit pulsionnel, lorsqu'il ne dispose pas du montage qui structure les besoins, il peut donc se dérégler et devenir le siège de sensations étranges ou folles. Lorsque le symptôme dans sa fonction de fixateur de la jouissance n'est pas constitué, c'est l'instabilité des phénomènes qui est au-devant de la scène. C'est une conséquence de l'absence de défense pour contenir la jouissance. Dès lors, c'est elle qui prend les commandes. Nous sommes alors attentifs à la façon dont le sujet se sert du langage, dans la mesure où s'y tracte les indices de la jouissance, du réel qui le ravage. La façon dont un sujet nous parle de son corps est là tout à fait essentielle.

Antonin nous témoigne de ce que l'absence de nouage confère d'inconsistance à son être mais aussi à son savoir. Il nous interroge aussi quant à l'iatrogénie. Hospitalisé depuis 43 ans, Antonin n'est pas parvenu à élaborer une solution, même délirante. Outre la question de l'artefact suscité par les conditions asilaires, l'absence d'évolution dans le rapport du sujet à la jouissance, au-delà de la perplexité angoissante, pose la question du tempérament de la jouissance. En effet, J.-C. Maleval écrit que « la logique du délire repose en son ressort le plus décisif sur le tempérament de la jouissance délocalisée »[645].

Antonin est né en 1954. Il est décrit comme un enfant timide, il suit sa scolarité jusqu'à 14 ans. Souffre-douleur de ses camarades, il est noté qu'Antonin souffre de grandes angoisses à l'école. Il est renvoyé à force de fugues et d'errances sur les routes. A 16 ans, il entre dans une école de pêche, et travaille avec son père, marin pêcheur, pendant 3 ans. Nous n'avons pas d'éléments quant à un événement dans la vie d'Antonin, néanmoins à 19 ans, il fugue à nouveau et des attitudes exhibitionnistes apparaissent. Ce sont ces troubles du comportement qui conduisent à une première hospitalisation en 1973. Dans le certificat on lit : « jeune débile mental, inquiet et anxieux, oligophrène ». Ainsi mis dans la case des débiles, il semble que l'institution psychiatrique se soit peu préoccupée d'Antonin. De 1973 à 1999, il est hospitalisé dans de nombreuses unités de soins. Son comportement ne cesse de se

[644] Laurent, E. « Lost in cognition », op.cit, p.25.

[645] Maleval, J.-C., « Logique du délire », op.cit., p.98.

détériorer, on note des hallucinations et des automutilations. Antonin est semble-t-il maltraité par les autres patients, ce qui le conduit à se replier dans sa chambre la plupart du temps ou à avoir des attitudes hétéro agressives. Pendant 20 ans, Antonin ne semble pas avoir de contact avec sa famille.

Il est le cadet de la fratrie. Il a une sœur aînée. Nous avons peu d'éléments sur l'histoire de la famille. Les parents étaient réticents à parler de leur enfant. Toutefois, la sœur d'Antonin nous a indiqué qu'il y avait eu des antécédents dans la famille du père. Ce dernier aurait d'ailleurs dit à son fils qu'il avait « la graine de la folie dans le sang ». Lorsque qu'Antonin parlait de son père c'était du côté de l'injure. Par contre, lorsqu'il parle de sa mère il pouvait dire qu'elle était « *gentille* ». La sœur est, elle, très présente à partir de 1993.

En 1999, Antonin est admis dans une unité pour des patients dits « régressés ». On note pendant trois ans une régression du patient, avec augmentation du délire hallucinatoire et des passages à l'acte. Antonin peut avoir la certitude que sa tête est sur le corps de l'autre, et tenter alors de « *la dévisser* ». En 2002, il fait une crise d'épilepsie. À partir de cet événement, il semble qu'Antonin soit plus en relation. Il participe aux activités du service, mais aussi à l'extérieur, notamment il investit une acticité avec un artiste. Il semble moins souffrir de ses angoisses de morcellement. Bien qu'il parle peu, les intervenants semblent trouver une façon de se tenir auprès de lui sans le persécuter. On remarque que la présence de l'autre s'accompagne de paroles sur son corps et du toucher (massages). Le changement de position des soignants envers Antonin se remarque également dans la mesure où apparaissent les dires du sujet dans son dossier : *« je ne suis pas handicapé », « je ne suis pas dessous », « tu es gentil avec moi hein ? ».*

En 2009, le travail opéré avec Antonin permet son orientation dans un foyer d'accueil médicalisé. En 2012, le père d'Antonin décède. Tandis que le décès de la mère en 2007 ne semblait pas l'avoir impacté, on note alors une majoration des difficultés du sujet. Les troubles du comportement ne permettent plus son accueil dans le médico-social. Après plusieurs tentatives pour maintenir cet accueil, en alternant avec des périodes d'hospitalisation, Antonin est à nouveau admis à l'hôpital en 2013. Je le rencontre à ce moment.

Au début de l'hospitalisation, Antonin reste dans sa chambre, lorsqu'on le rencontre il est menaçant. Face à nous, ses mains encadrent son visage, les paumes face aux oreilles, d'un geste mécanique, il menace de les faire tomber sur nous. Cette attitude est une attitude de défense. En effet, la persécution chez Antonin est marquée par le transitivisme : *« j'ai la gorge à », « j'ai les yeux de »*, etc. La relation est envahie par l'imaginaire, son corps est à tout instant envahi par celui de l'autre, le menaçant de son anéantissement. Lorsqu'il ne nomme pas ces sensations, Antonin peut se précipiter contre les chambranles de porte et se frapper violemment le front. On remarque qu'il fait des tentatives pour circuler dans le lieu de l'unité, mais que chaque rencontre est potentiellement menaçante et peut le renvoyer dans sa chambre ou contre un mur. Avec la psychomotricienne il semble trouver une solution pour parer à l'impact. *« Je m'allonge »*. En effet, il s'agenouille au sol, le front, les paumes et les pointes de pieds plaquées contre la surface dure. Cette figure semble l'arrêter. Enfin, la mutilation est centrée sur une seule partie de son corps, son index. Antonin arrache la peau

autour de l'ongle, l'ongle lui-même, il nous dit qu'il y voit des monstres : *« je vois des crabes rouges », « j'ai les alpes sur mon doigt ».*

Lorsqu'il me rencontre la première fois Antonin vient interroger ma place en me disant : *« on ne parle pas de prise de sang, j'aime pas ça, ça fait peur ».* Ma réponse, « les prises de sang je ne m'en occupe pas », inaugure le début du suivi. Antonin me demande de quoi il doit parler, qu'est-ce qu'il doit dire. Lui, dit-il, ne sait pas.

Antonin parle avec une voix grinçante, il grogne parfois, et ses dires concernent son corps : *« est-ce que je peux faire saigner mon doigt ? », « les oreilles ça m'énerve », « peur de ma main », « mes yeux se ferment. Je vois des crabes rouges », « avec ma queue je fais du tapage », « j'ai la peau de vache », « j'ai ma gorge qui parle », « j'ai le dos de mon père », « j'ai des plaques d'os dans le dos », « je m'étrange », « y'a pas rien sur mon doigt », « j'ai des araignées noires sur mon doigt », « j'ai oublié que j'ai pensé ».* Autant de nominations qui échouent à traduire ses expériences de jouissances. En effet, lorsqu'il parle, il semble qu'Antonin fasse exister la Chose, plutôt que de s'en séparer. Son corps est un amas de pièces détachées, non décerné par le langage.

Au début, il semble que nos entretiens lui servent à dire ces phrases hors sens et à partir. En effet, lorsqu'il me dit *« je veux partir maintenant »*, je ne le retiens pas. C'est-à-dire que la manœuvre vise ici à accueillir Antonin, lui montrer qu'il a une place, mais sans faire consister ma demande. Lorsque l'on se fait trop présent, nous avons vu qu'Antonin est menacé. Ainsi il peut me dire *« je vais t'éborgner avec mes doigts comme ça », « je vais te donner un coup de poing sur le nez ».* Je prends donc très au sérieux cette autre phrase : *« tu ne dis pas des choses sur moi. Tu dis pas ça de moi. Je veux pas que tu dises rien de moi ».* Il indiquera d'ailleurs ma position à son égard en me faisant ce commentaire : *« tu ne rigoles pas de moi ».* C'est-à-dire que je ne dois pas interpréter, aller du côté du sens, mais authentifier ses dires comme des énoncés ayant une fonction de bord. Ainsi, *« je peux faire saigner mon doigt », « je peux me taper la tête contre la porte », « je peux arracher ça »,* ne sont pas des demandes d'autorisation, mais des questions sur la jouissance : est-ce possible ?

Dans ses phrases il ne s'agit donc pas d'un raisonnement, ni d'une construction signifiante qui lui permettrait de développer un délire ou de capitonner la chaîne pulsionnelle. Les paroles d'Antonin, ne sont donc pas à accueillir dans le registre de la signification. Elles ne font pas métaphore, mais elles sont plutôt des tentatives de nous dire l'effet réel du signifiant sur le corps. C'est un hors sens. Des bouts de langage qui ne s'imbriquent pas. Dès lors, les mutilations « signent dans le réel l'échec de la séparation logique »[646]. Elles apparaissent avoir la fonction d'extraire ce bout de langage dans son corps, de l'arracher de son doigt. Le transitivisme quant à lui, semble être du registre de l'emprunt d'un bout de corps de l'autre pour se constituer un corps. D'ailleurs, c'est avec notre corps, le toucher, que nous l'aidons à se rassembler.

Aux propos crus, lâchés comme des objets, succède progressivement un silence. Comme si la limite à l'inflation de la jouissance, pour Antonin, passait non pas par la

[646] Chatenay, G., « Symptôme nous tient », op.cit., p113.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

conversation, mais par l'arrêt de la traduction impossible. Éric Laurent[647] nous dit en effet que le travail de traduction de la jouissance du psychotique est marqué d'un principe d'indétermination. C'est-à-dire qu'il est toujours possible de trouver une autre façon de dire, « puisque la jouissance manque à l'océan des noms propres ». En l'absence de métaphore délirante, étant donné la charge d'angoisse qui accompagne son travail de traduction, il semble donc que la rencontre soit en elle-même un point d'arrêt sur le chemin. C'est un moment où Antonin se soustrait à la tyrannie de la jouissance. Il s'assoit, ferme les yeux. La fermeture des yeux lui est de moins en moins angoissante. Elle opère au contraire comme une coupure, que ma docilité semble permettre. Dès lors ses dires se subjectivent : *« J'ai du chagrin », « j'ai mal à la tête des fois », « j'ai mal à mon corps », « c'est triste pour moi ». « J'ai peur, je voulais pas venir ici. Je voulais rester à la maison ». « J'ai peur qu'on dise des choses sur moi ». « J'ai peur de renverser la table. J'ai peur de donné des coups ».* Une histoire semble possible *: « ma mère faisait du café-chocolat », « mon père il avait un bateau rouge ».*

Thelma et Antonin témoignent des douleurs corporelles associées à l'épreuve de la dérive du signifiant. Pour l'un et l'autre il est question de ce qui peut faire tenir le corps, de ce qui peut parer à la fragmentation du monde. Ils rendent compte de la régression topique au stade du miroir et de ses effets, où l'on voit l'imaginaire envahir la subjectivité. Pour l'un dans un rapport agressif au double, pour l'autre dans le retour sur le corps de la jouissance. Ils nous imposent d'en passer par autre chose que la question du sens. Soit, bien plus du côté de ce que Lacan à nommer les registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique. C'est en effet dans le dernier enseignement de Lacan que l'on prend la mesure de ce que notre conception du monde tient aux limites de notre corps. Non pas seulement l'image du corps dans le miroir, mais son image mentale, la consistance produite par l'impact des mots. « *J'ai oublié que j'ai pensé* » nous dit Antonin, c'est-à-dire qu'il a oublié ce qui faisait limite à la jouissance. Ce que nous révèle Lacan lorsqu'il subvertit l'aphorisme de Descartes, dans son article « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud »[648] : « je pense où je ne suis pas, donc je suis où je ne pense pas ». C'est-à-dire que la pensée, la parole sépare le sujet de ses sensations, mais également, que la pensée rate à cause de la jouissance qui parasite le corps parlant. Et bien, nous pouvons formuler l'hypothèse qu'Antonin et Thelma souffrent d'un trop dans le registre de l'existence. Au sens où J.-A. Miller, dans son cours d'orientation lacanienne, « L'Etre et l'Un », nous dit que « l'être est du semblant, l'existence concerne le réel »[649]. Nous sommes donc dans le registre de l'ontique, soit ce qui concerne ce qui existe, et dont Miller dit qu'on a bien du mal à trouver du sens. Or, « *quelle est la seule ontique à cet égard dont Lacan peut dire qu'elle est permise au psychanalyste ? C'est l'ontique de la jouissance. Parce qu'on peut dire : il y a jouissance, mais pour ce qui est du sens, eh bien, il court encore* »[650].

[647] Laurent, E., « Les traitements psychanalytiques des psychoses », op.cit., p.19.

[648] Lacan, J., « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud », in Ecrits, op.cit., p.517.

[649] Miller, J.-A., cours d'orientation lacanienne, « Etre et l'Un », Leçon du 16 Mars 2011, op.cit.

[650] Idem, Leçon du 9 Mars 2011.

Chapitre 2: Contre quoi le sujet schizophrène se défend-t-il ?

Dans le cadre de ces psychoses déclarées, nous sommes confrontés aux limites de la seule structure du langage pour parer aux ravages du réel. Dès lors, doit-on leur parler ? Que pouvons-nous leur dire ?

L'enseignement d'orientation lacanienne nous invite à prendre en compte minutieusement les phénomènes élémentaires, ces symptômes minimaux étant capables de nous donner des indications concernant les modes de stabilisations qui sont envisageables pour un patient donné[651]. Destinataire modeste de ces signes hors sens, l'intervention se règle d'une part sur la position du psychotique, position de défense du sujet contre la jouissance de l'Autre, et son rapport au langage. C'est-à-dire un usage métonymique et non métaphorisant des mots pour border la jouissance. Cette configuration requiert de l'intervenant une position dans le registre de l'abstention, soit intervenir « *« d'un lieu où ça ne sait pas » tout en soutenant le sujet dans ses efforts et bricolages pour se défendre et se déprendre de toute invasion de jouissance* »[652].

Dès lors, la clinique devient logicienne, et nous conduit à « *une nouvelle présentation de la psychose, non plus celle de la forclusion mais celle de l'holophrase du S1 et de « l'objet dans la main » pour le psychotique* »[653]. Sans la significantisation de la jouissance, on peut alors formuler l'hypothèse selon laquelle ce sont les phénomènes élémentaires, hallucinations, holophrases, qui constituent autant de manœuvres du sujet pour donner un nom à sa souffrance.

3.2.1. Un monde fragmenté

a. Qui pense à moi ?[654]

Frédéric a 41 ans. Il est hospitalisé dans l'unité depuis dix ans. Au début, il reste dans sa chambre, puis parvient à régler sa présence sur le groupe de treize patients. Dans la rencontre, nous repérons que Frédéric traite ses relations à l'autre par la courtoisie. Il attache une importance à venir serrer la main à toutes les personnes (soignants, patients) présentes pour leur dire « bonjour », parfois plusieurs fois. La civilité est ici une défense. Lors d'une

[651] Sauvagnat, F., « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », Ornicar ? Digital.

[652] Gaspard, J.-L., « Rapport au savoir et psychose ordinaire : considérations cliniques », Arquivos Brasileiros de Psicologia, V. 62, n.2 (2010).

[653] Rabanel, J.-R., « L'enfant, sujet aliéné », Lectures théoriques, www.causefreudienne.net

[654] Reprise d'un texte paru dans Lacan Quotidien n°111, « Ce qui rayonne », vendredi 9 Décembre 2011, publié par Navarin éditeur.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

supervision, il a été dit que « la réaction de l'Autre le rendait vivant ». Mais à être trop là, Frédéric peut être tenté à faire le vide du côté de cet Autre.

Les solutions de Frédéric pour se mettre à l'abri de l'intrusion d'un Autre féroce qui le pousse à l'acte sont précaires. Lorsque l'Autre jouisseur se présentifie, il se frappe lui-même contre les murs de sa chambre, abîme les objets auxquels il tient en les projetant. Dans ces moment-là, Frédéric ne reconnaît plus ceux qui lui sont familiers. Comment Frédéric nous invite-t-il à lui proposer une alternative à ce qui le ravage ? Comment mesurer le lien qu'il instaure, entre amabilité et risque d'intrusion ?

La position de Frédéric dans le monde oscille entre deux pôles : la déchétisation, et son pendant du côté de la brillance, et la morsure. La relation à l'Autre s'opère entre l'érotomanie : « *qui pense à moi ? », « qui m'aime ?* » et la persécution : « *on l'empêche de voir sa famille* ». Nous sommes donc attentifs aux indices que Frédéric nous donne sur son état. Il crée des barrages de peluches, publicités et revues devant la porte de sa chambre, qui peuvent faire signe d'une activité délirante où Frédéric cherche à se défendre contre ce qui peut entrer. Il lui arrive de crier, refuser son traitement, et s'automutiler. Ainsi, son frère peut surgir d'une publicité et se présentifier comme le « *guerrier juif* » qui figure sur une affiche. Il peut dire également qu'il se cogne la tête lorsqu'il est en colère contre sa mère qui ne vient pas le voir, ou s'il lui vient la certitude qu'elle est morte. Ça l'inquiète car il ne trouve aucune garantie. Nos rencontres lui permettent de faire le tour de ce qui existe toujours et de qui est vivant ou ne l'est pas. Frédéric parle de rôdeurs, de clochards, de poubelles, de chiens qu'il aurait vu dans sa chambre.

Frédéric ne se positionne pas du côté de la certitude, qui viendrait combler le trou de la signification. Au contraire il ne sait pas. L'érotomanie et la persécution, comme modalités de rapport à l'autre, se formulent en questions. Il interroge l'autre, dont la manœuvre est alors de repérer s'il doit ou non savoir. Frédéric appelant parfois à une réponse rassurante, comme il peut également en dénoncer le semblant. Comment nouer le réel et l'imaginaire à la dimension du symbolique qui permettrait un compromis ?

Il semble que la courtoisie soutienne Frédéric sur l'axe imaginaire de la relation à l'autre, par les semblants du lien social. Lorsque la violence surgit, nous faisons l'hypothèse que cet axe[655] - ce rempart - s'est rompu. Il y a un retour de la férocité dans le réel. Quelque chose a fait intrusion dans son rapport à l'autre et au monde. Cela peut être la certitude de la mort de sa mère comme ce qui viendrait répondre à l'impossible de son absence.

Avec Frédéric, nous apprenons à repérer les effets de la jouissance lorsqu'elle ne peut s'arrimer à un opérateur (S2) qui la civilise. L'enjeu de la relation avec lui est donc de repérer ce qui fait lien, et non intrusion. Comment la tentative du sujet de nouer le réel à l'imaginaire permet-elle à Frédéric d'y faire avec l'Autre ? La dimension symbolique serait-elle à repérer du côté de sa ponctualité aux rendez-vous ? Ou dans l'intérêt qu'il porte aux publicités dans le cadre de ses achats de « *marchandises* » ?

[655] Langelez, K., « Question de transfert dans un cas de schizophrénie », Feuillets du Courtil n°16 – 1999.

Nous faisons l'hypothèse que Frédéric est un sujet qui veut faire lien social, il semble même que la courtoisie soit le style de ce sujet pour traiter la relation à un Autre réel. Nous pouvons donc avec Frédéric travailler à ses projets. En repérant lorsque cette construction est un appui ou, au contraire, lorsqu'elle est trop précaire pour voiler le réel enjeu. Il peut annoncer son départ de l'unité. Il peut dire qu'il ne sera pas là lors du prochain rendez-vous. Devons-nous consentir à ce départ annoncé ou bien insister pour qu'il revienne précisément pour ce rendez-vous ? Le besoin de refuser est un traitement du transfert. Le refus est une marque qu'il faut prendre car « un sujet c'est avant tout quelqu'un qui dit non à l'Autre ». Je l'interroge, je lui montre que ça m'affecte. Je fais ainsi varier la relation pour montrer mon consentement et mon désir. La courtoisie quant à elle, qui semble voiler le réel, il peut aussi la dénoncer lorsqu'il revendique l'exécution de ses projets, ou la présence réelle du corps que représente par exemple le mot « mère ». La fonction du catalogue de marchandises s'éclaire. Elle ne semble pas représenter les choses, mais plutôt désigner leurs corps. Si le produit n'y est pas écrit, il n'existe plus.

La béquille imaginaire nécessite donc l'appui sur la dimension symbolique. Frédéric s'intéresse à la musicalité des mots, à l'équivoque. Il s'interroge quant au « *n'importe quoi* », au non-sens. Avec les intervenants, Frédéric use de sa *lalangue* pour produire le malentendu, décompléter le langage : *« je fais un caprice. Un caprice des dieux* ». D'autre part, il mâche ses mots, on a du mal à comprendre ce que dit Frédéric. Au contraire, quand il va mal, et que la tension agressive l'envahit, Frédéric parle distinctement : il nous prévient avec la langue commune.

Comment lui parler ? Il nous semble que la rencontre avec Frédéric s'opère de ces nuances entre un doux forçage, qui manifeste notre bienveillance, en prenant garde à ce que l'on transmet de notre désir pour lui, et la docilité de l'intervenant. Les constructions de Frédéric forment ainsi un rempart d'amabilité contre la jouissance. Cependant, l'amabilité n'assure pas Frédéric contre l'impossible à supporter de l'absence de sa famille, et peut aussi se renverser en érotomanie. Frédéric ne cesse pas d'interroger l'énigme de notre désir. C'est pourquoi nous devons le manier avec prudence. D'une part pour ne pas nous faire mordre, et d'autre part pour laisser un vide où il puisse se loger. Frédéric nous offre donc les conditions de la rencontre en nous invitant à le laisser tranquille ou à le déranger. Sa courtoisie venant traiter l'Autre auquel il a à faire, son style à modérer les passages à l'acte.

Frédéric nous témoigne donc du traitement opérer sur l'Autre afin de se défendre contre une position d'objet de jouissance. C'est la fonction de la courtoisie d'organiser le monde. Un événement dans la relation thérapeutique permettra à Frédéric de nous apprendre comment le transfert peut permettre que s'arrête le flux métonymique du signifiant, et que s'ouvre une position d'énonciation subjective.

b. *Le circuit de la lettre*

Depuis 6 ans, Frédéric me rencontre deux fois par semaines. Le lien est matérialisé par des publicités. Lors de chaque entretien, il prend trois publicités des centres commerciaux. Ce dispositif est antérieur à nos rencontres, il organisait déjà les rencontres avec son précédent psychologue. Ces publicités sont un lien que Frédéric a choisi. L'objet vient réguler les rencontres, notamment en vidant cet espace d'un enjeu du côté de la demande à son égard. Le transfert s'articule donc autour de cet objet « publicité », logé dans un tiroir de mon bureau qui lui est dédié et garanti, et qu'il peut emmener avec lui après chaque rencontre. Sorte d'objet prélevé sur l'Autre. Pour pallier à la contingence liée à la présence ou l'absence de publicités que je peux rapporter de mon domicile, Frédéric, non dupe, a inventé un Autre pourvoyeur de publicités : le facteur, *« le vaguemestre »*.

La « routine » veut qu'il vérifie à chaque entretien si *« le facteur est passé »*, et s'il a apporté un nombre suffisant de pubs. Loin d'être un objet jetable, la publicité est élevée au rang d'objet précieux. Elle doit être *« grande et agrafée »*, il les sélectionne pour leur contenu, « Nutella », « miel », « coca cola ». L'invention de Frédéric réside dans l'élection de ce support pour interroger le monde, dans le registre métonymique que favorise la juxtaposition des produits dans la réclame. Dans les pubs, Frédéric trouve à localiser la jouissance. Cependant cet objet pâti d'une instabilité précise.

Confronté à la démesure du temps, Frédéric ne sait pas s'il est adulte, jeune ou vieux. Son âge ne lui dit rien. Loin d'être un événement marquant, un passage entre un avant et un après, son anniversaire, les fêtes du calendrier, produisent de l'angoisse. C'est-à-dire que le calendrier n'organise pas le temps, il m'interroge, *« combien de fois dans l'année ? Ça revient tous les ans ? » « Quand c'est mon anniversaire ? »*.

D'une part il y a l'enjeu qui est celui de la relation à l'Autre : comment l'autre va-t-il fêter ça ? Autrement dit, l'anniversaire, où le sujet est personnellement concerné par cette date, lui permet de mesurer sa place dans l'Autre, son intention à son égard. D'autre part, c'est la précarité dans le rapport au temps qui est à mettre en rapport avec l'atteinte du sentiment de la vie chez le sujet : *« je pleure, j'ai des larmes, je suis vivant », « je suis pas mort »*. En effet, pour qu'il y ait une distinction entre un temps 1 et un temps 2, il faut des éléments de distinction et un sentiment de continuité entre ces deux temps. Or, dans la psychose il manque la catégorie de « l'espace-temps a priori »[656] qui garantit que nous sommes le même le soir quand on se couche et le matin lorsqu'on se lève. Que nous avons le même corps le matin et le soir. C'est-à-dire l'idée que nous sommes connus et reconnus. Frédéric tente donc de subjectiver le temps à partir des publicités.

Il interroge les publicités pour savoir si « *elles sont périmées ? Encore bonnes »*. C'est à dire qu'il connecte précisément cet objet au temps qui passe. Avec les pubs c'est également la vie et la mort qui sont interrogées. Est-ce que si les pubs sont périmées, le produit existe toujours ? Autrement dit, lui-même existe-t-il ? Avec les pubs, Frédéric tente de porter la

[656] Kant, E., et Renaut, A., *Critique de la raison pure*, 3. éd., corr., GF : Texte intégral 1304 (Paris: Flammarion, 2006).

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

jouissance dans une dimension symbolique. Notre travail a donc été de soutenir la dimension agalmatique de l'objet, tout en soutenant l'articulation signifiante au S2 du temps qui passe. En effet, la péremption menaçait l'objet de passer au déchet. Cela a pu se traiter en articulant le délai de validité à un autre signifiant, celui de « promotion ». Ainsi, les promotions sont limitées dans le temps, tandis que la pub elle-même conserve dans le temps sa fonction d'objet condensateur de la jouissance pour le sujet. « *Elles sont encore bonnes* ».

Le trajet entre le sujet et l'Autre est donc encadré par l'objet. En l'absence de publicités, Frédéric a pu consentir parfois à un travail d'écriture. Sous forme de liste, il me dicte les marchandises à dessiner, leur prix, leur taille, leur quantité. *« La mayonnaise dijon-ctée »* côtoie *« le gros pot de Nutella à 10€50 » et les « 50 litres de Pepsi cola à 2€50 ».* Cependant, cette « publicité home-made », ne peut pas tenir lieu de la publicité reçue de l'Autre, car on le voit elle ne cadre pas la jouissance. D'ailleurs, je remarque qu'il me laisse toujours la feuille, mais aussi ses dessins. Ainsi, ce qui compte pour Frédéric c'est que l'objet lui soit donné par l'Autre, mais point trop incarné. C'est la fonction par exemple du carton de rendez-vous que je lui remets, ou de la feuille qu'il imprime lorsqu'il demande à écrire à l'ordinateur.

Lors de pénurie, Frédéric s'indigne, *« il est pas passé le facteur », « faut l'appeler c'est pas normal ».* Voire il me dit : « *c'est bizarre* », laissant apercevoir le potentiel de méchanceté de l'Autre auquel il a affaire. Lorsqu'il y en a, il m'interroge, *« quand elles sont arrivées ? », « quand le facteur est passé ? ».* Un jour, alors que les pubs ne sont pas au rendez-vous, il propose d'écrire une lettre au facteur. Nous écrivons ensemble :

« *Cher facteur,*

Je vous écris une lettre au sujet des publicités. Nous n'en avons pas reçu aujourd'hui, et c'est embêtant. Nous souhaiterions avoir des publicités grands formats, Carrefour, Edouard Leclerc, Intermarché et Géant casino, Carrefour market, Carrefour planète.

Comment ça se fait que nous n'en ayons pas reçu ? Pouvons-nous en recevoir toutes les semaines ? »

Il signe.

Mon pari a été de lui écrire une réponse. Avec la complicité de la secrétaire nous lui avons rédigé un courrier à en-tête de l'établissement :

« *Monsieur,*

Nous avons pris connaissance de votre courrier de réclamation au sujet de la réception de publicités. Nous vous prions de nous excuser pour l'irrégularité dans leur acheminement.

En effet, nous ne recevons pas chaque semaine la même quantité de publicités de la part des supermarchés. C'est pourquoi nous ne pouvons pas vous garantir les publicités toutes les semaines, ni leur quantité.

Néanmoins, nous restons attentifs à ce que vous en receviez le plus souvent possible.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le vaguemestre. »

Lorsque je lui remets l'enveloppe, Frédéric se demande d'abord si c'est un courrier de sa mère. Il me demande de le lui lire. Après la lecture, ému, il se lève, me serre la main et me dit « *merci* » (position de non dupe), il ajoute : « *le courrier je le garde. Il y a mon nom. Il y a le nom du facteur. Le facteur est toujours en vie* ». Il range le courrier dans le tiroir dans mon bureau.

Après cet événement, la tonalité des entretiens change. Le discours de Frédéric se subjective : *« je vais rester toute ma vie ici », « je veux vivre longtemps », « j'aime les fêtes, les fêtes d'anniversaire, le 14 Juillet. J'ai connu de belles fêtes : fête des brodeuses, fête des moissons, la soupe du pêcheur, la fête de la pêche. Y'a plus de fête ». « Avoir du pain sur la planche. Ma mère disait ça quand j'étais petit » ; « je suis maigre, je dois grossir beaucoup, je suis né prématuré et maigre ». « Je suis indiscret parfois. Je parle trop ».*

Chacune de ces phrases est dite de façon anodine dans le fil de la chaîne métonymique. Il est attentif à la façon dont j'en accuse réception, dont je les révèle comme énonçant sa position de sujet. D'autre part, il se met à jouer, à faire semblant. Notamment en jouant à la dinette, mettant en scène son rapport à l'objet oral. Frédéric a peur de se noyer dans un verre d'eau *réellement*. Manger est pour lui une épreuve. Jouer à faire à manger, mettre la table en entretien, permet d'insérer la pulsion dans un discours. Corrélativement à la subjectivation, se produit une séparation : Frédéric se fait absent. Souvent, le lundi il me dit qu'il ne peut pas venir : *« peux pas venir, pas publicités ».* Il y a donc une possibilité de manquer, d'être absent sans risquer son existence.

Mon hypothèse est que la réponse reçue à son courrier a permis un nouage, une inscription qui arrête la métonymie. La lettre est l'équivalent d'un dire sur sa place dans le monde, il y trouve une garantie, un lieu d'où il peut désormais parler de lui, puisqu'il existe.

c. *Etre parlé*

Dans notre première partie, nous citions M. Grollier[657] à propos de l'action de la psychiatrie : « *confronté à ces sujets perdus dans l'impossible liberté qui est la leur dans le rapport au langage, la psychiatrie a comme première action de limiter autoritairement celle-ci. Ce traitement a un effet apaisant car il permet d'originer un discours où le sujet peut se positionner ne serait-ce que comme persécuté par la psychiatrie* ». En effet, nous avons vu que le sujet schizophrène, soumis à l'effraction de jouissance dans le corps, à la perte de l'unité corporelle et à l'absence d'un ordre symbolique pour avoir une place, ne parvient pas à se faire effet du signifiant. Ça ne parle pas de lui, il est parlé. Parlé par ses voix, par exemple.

Pierre est hospitalisé à la demande d'un tiers dans un contexte de délire érotomaniaque et d'agitation dans un service de psychiatrie générale. La première action de l'unité est de

[657] Grollier, M., « Apport du retour à la structure pour une clinique différentielle », Arquivos Brasileiros de Psicologiea, v. 59, n.2, 2007.

l'isoler afin de contenir le débordement auquel il a affaire. Il a 28 ans. Ça n'est pas sa première hospitalisation dans le service, il est connu. Mais, moi je ne le connais pas. Arrivée depuis quelques semaines dans l'unité, je rencontre Pierre d'abord à travers le portrait qu'en dresse l'équipe.

Pierre était sorti d'une hospitalisation de sept mois, un mois plus tôt. Lorsqu'il revient l'équipe témoigne de son impuissance, d'une impasse dans cette prise en charge complexe. En effet, depuis le début la rencontre ne s'est pas faite. Pierre et sa famille s'opposent à l'idée de soins ou de traitement, il n'y a aucune *alliance*. Pierre refuse le diagnostique de schizophrénie. Il refuse les signifiants de maladie, d'hospitalisation. Il refuse les traitements médicamenteux et s'oppose à l'équipe. La prise en charge sur le secteur[658] ne rencontre pas davantage de succès, on dit de lui qu'il est « insaisissable ». Néanmoins, lors de cette nouvelle hospitalisation je repère plusieurs changements.

Tout d'abord Pierre est laissé tomber par sa famille. Celle-ci auparavant très présente et luttant de concert avec le patient contre les hospitalisations, ne se manifeste pas. J'apprends que Pierre est passé à l'acte sur son grand-père maternel, ce qui a produit une séparation de la mère d'avec son fils. D'autre part, alors qu'auparavant il se présentait sur un mode mégalomaniaque, « comédien », il semble que ses oripeaux imaginaires aient également chutés. Il défèque, urine et vomis dans sa chambre, il est dans l'excès, aucun objet ne vient condenser la jouissance du corps. On formule l'hypothèse qu'il s'agit d'une régression du symptôme au stade du miroir.

Je lui propose les entretiens comme des conversations, en lui précisant ma fonction. Psychologue, je ne m'occupe ni des traitements, ni des décisions concernant son régime d'hospitalisation, mais je peux transmettre sa parole s'il le souhaite.

Lors de notre première rencontre, il m'explique qu'il souffre d'un « *chagrin d'amour* ». Sarah est guichetière dans une banque. Ils ne se sont jamais parlé, c'est un « *coup de foudre* » dit-il. Il lui a écrit une lettre. Il s'est rendu à son domicile, elle ne répondait pas. Il a été hospitalisé après avoir lui-même sollicité les gendarmes pour qu'ils interviennent auprès d'elle. Il m'explique également qu'il est intolérant aux traitements, que sa *« bouche s'emballe »,* il est *« à bout de souffle* ». Régulièrement, il me parlera de ce vécu du corps : « *bourré d'émotions* », ou rencontrant un *« frein à la parole, un truc qui bloque* ». Il se vit comme « *une loque* » et ça lui est insupportable. Il a localisé la cause dans le médicament. Il ne les supporte pas, il boit beaucoup d'eau pour se purifier, mais aussi pour « *sculpter* » un corps qu'il semble avoir perdu.

Pierre est « *un petit dieu* », et sa mère une « *petite mère du ciel* » dit-il. Elle lui parle, et l'encourage à se tourner vers l'univers et les étoiles. Il sait qu'il est un dieu *« car son corps a grandi »*, il a également ressenti « *des picotements à la poitrine », « la force »* dit-il. Il a écrit un poème pour dire cela : *« ma tête est un feu d'artifice, un torrent d'air pur, des milliers de reflets comme des étoiles, ces étoiles sont des gens ».* Cette certitude d'être « un astre » date de quelques années. Il me raconte ainsi plusieurs moments féconds. D'abord, pour aller

[658]Centre médico-psychologique, hôpital de jour.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

chercher le courrier chez ses grands-parents, il doit suivre une grande allée. C'est là qu'il ressent un picotement sur la nuque « *un coup de grâce* ». *« Un moment de joie, ça n'était jamais arrivé, je sais pas, peut-être des martiens, des extra-terrestres étaient passés à ce moment-là au-dessus de ma tête »*. Il décrit alors un phénomène de transformation corporelle, avec la sensation que son visage, sa peau et ses yeux changent, et que cela se répercute sur tous. Un autre moment : il s'est *senti « comme crucifié sur son lit, avec des douleurs aux jambes et aux poignets »*. Il a vu Jésus et parlé avec Dieu.

J'apprends donc de Pierre qu'il est *« connecté à l'univers », « enfant des dieux »*. Il consent à me dire que ce dont il souffre c'est d'un « *trop d'émotions* ». Autrement dit, il a affaire avec un hors limite. Pour s'endormir il a des « *pensées* », sa grande sœur, sa mère lui parlent. Il me parle de son enfance, de sa sœur, plus grande, et qui s'est mieux débrouillée que lui. Il m'explique qu'il n'est pas un « *malade difficile* », mais que « *cancer ascendant cancer, ça pince, faut faire attention à sa façon de parler, de s'habiller* ».

« Malade difficile », c'est le signifiant du service. En effet, le service ne parvient pas à se faire partenaire du sujet et reste persécuteur. Pierre ne consent pas au lien social, les phénomènes délirant ne cédant pas, il est orienté en Unité pour Malade Difficile. D'abord hospitalisé à la demande d'un tiers, il se voit mis sous l'autorité de la préfecture. La réponse du sujet sera sans appel : il fugue. Autrement dit, si l'hôpital a rempli sa fonction d'arrêter le déchaînement du sujet, de le mettre à l'abri au prix de le persécuter, nous ne sommes pas parvenus à modifier notre position auprès du sujet. Il ne subjective pas ce qui lui arrive. Or, sans attribution subjective minimum comment ouvrir un espace d'élaboration suffisant pour que le sujet consente à un lien social ?

Je poursuis les rencontres après sa réintégration en isolement. A partir de ce moment, la persécution s'intensifie, le docteur lui parle : *« je l'entends même quand elle parle dans ma tête. Le matin c'est la première : attrapez-le, jugez-le ! »*. Pour lui, le travail fait ici est *« lamentable »*, c'est « *un abus de pouvoir* ». Il me demande alors de l'aider à formuler ses griefs au juge des droits et des libertés, si je peux l'accompagner. Paradoxalement, mon impuissance à intervenir semble avoir un effet d'apaisement. A partir de là, il s'appuie sur quelques signifiants que je lui propose pour élaborer une autre solution que la fugue. Au fur et à mesure il peut dire qu'il est perdu : *« je ne sais pas parfois si je suis Apollon ou Pierre »*. Nous pourrons échanger sur le fait que le monde dans lequel nous vivons n'est pas un monde pour les dieux, et qu'il vaut mieux être Pierre. Je lui propose plutôt de s'appliquer lors de l'atelier pâtisserie, car là il sait faire. Il a un CAP pâtisserie. Travailler sur du « concret », car l'univers est trop vaste.

Avant son départ en UMD, je lui explique qu'il reviendra en hospitalisation après son séjour. Je l'invite donc à m'écrire et que je lui répondrais. Il accepte alors mon dire qu' *« on ne sait pas par avance comment ça va se passer »*. Il me répond qu'il est croyant, que Jésus lui parle et lui dit *« ça va aller, ça va bien se passer »*.

Pierre témoigne de ce qu'il se passe pour un sujet lorsqu'il n'y a pas de point de capiton pour faire limite au sens et aux sensations corporelles. Il est alors connecté à l'univers, à une immensité. Il dit la délocalisation de la jouissance, l'absence de limite du

corps. Les figures divines semblent autant de recours pour donner du sens, pour trouver à localiser cette jouissance. Notre fonction est alors de lui redonner une place d'énonciation, de l'amener à logifier son délire pour qu'il puisse faire métaphore. Cependant, Pierre ne parvient pas à trouver une solution socialisante pour loger sa souffrance. Il semble que, désolidarisé de sa mère qui ne le soutien plus, c'est son être de déchet qui s'incarne dans le réel. Dès lors, être dieu, c'est se passer de corps, mais aussi rester seul avec les voix qui font retour dans l'ordre de l'hallucination. Il n'arrive pas à restaurer un semblant d'ordre symbolique.

3.2.2. Comment faire avec son corps ?

a. L'affolement de la pulsion

Lucie est hospitalisée à 16 ans dans l'unité. Prise en charge dans un institut médico-éducatif la journée, l'institution et sa famille nous interpellent car ils ne peuvent plus l'accueillir. En effet, Lucie souffre d'un corps qui ne se ferme pas, sans bord. Elle extrait et étale ses selles autour de sa bouche, les malaxe, elle peut aussi en enduire les poignées de porte, les cadres des fenêtres. Elle introduit ses doigts dans tous les orifices de son corps sous le regard des intervenants, lorsqu'ils s'occupent de ses soins corporels. Enfin, elle n'est « jamais au repos ». Elle engouffre les aliments, se fait vomir, crie et use de formules injonctives en ritournelles. Lucie est affolée par la pulsion qu'il s'agit de vider.

A son entrée, nous décidons d'interrompre pendant un temps la prise en charge IME et les week-ends chez les parents. L'équipe constate que Lucie met son corps « à disposition » lors de la toilette et de l'habillage. Elle a besoin d'une couche car elle ne supporte pas les WC. Les comportements excrémentiels ont lieu lorsqu'elle est seule ou avec les autres. On remarque également qu'elle jette les objets ou les capture à l'autre. Elle tente également d'introduire ses mains dans l'autre : poches, oreilles, nez. On constate un apaisement des symptômes avec la modification du traitement pharmacologique.

Nous notons rapidement que Lucie témoigne d'un insupportable qu'elle nous transmet par ses pratiques corporelles. Son corps n'a aucune limite. L'équipe décide alors de faire un *pas de côté* face à cet insupportable pour éviter l'affrontement. Les soins se font désormais sans commentaire, ni demande éducative. Progressivement Lucie parle plus, elle s'intéresse à sa toilette, à ses vêtements et à sa coiffure. Elle parvient à manger seule et avec le groupe, sans engouffrer. Son corps change, elle grossit et grandit. Toutefois persiste des comportements de chapardage de la nourriture et objets des autres.

Lucie semble être dans une position d'objet de l'Autre, et appliquer un mode de traitement de cette position en refusant ou en volant l'objet de l'autre, et en étalant l'objet anal sur son corps d'une façon adressée. Or, c'est dans le domaine de l'analité que se trouve impliquée de façon majeure la demande que l'Autre adresse au sujet. L'équipe fait donc le choix de peu intervenir sur son corps, tentant de lui offrir l'espace d'une intimité. Il est plus difficile de l'empêcher de chaparder. Mais très vite l'image du « Goéland habile à « voler » » vient symboliser ce comportement dans le discours et nous percevons un changement. Nous tentons donc de traiter la demande qui émane de nous.

Lorsque je rencontre Lucie la première fois, elle commence par déplier un condensé des phrases de son répertoire : « *au lit, va te coucher, c'est toi, c'est pas moi, ça suffit, c'est bon, tu sors* ». Elle s'intéressera aux objets de mon bureau, elle les fait circuler entre mon bureau et leur boîte. Alors qu'elle m'a quitté, elle revient et s' « attaque » littéralement aux objets. Elle attrape un biberon dont elle tente d'arracher la tétine avec ses dents, elle *shootera* dans les objets jusqu'à mettre le désordre dans tout mon bureau. Déchaînement inaugural, où il semble qu'il s'agit d'arracher quelque chose en présence de l'autre.

Lucie reviendra souvent dans mon bureau, s'installant avec un livre qu'elle feuillète de façon automatique, mais semblant interpréter une femme qui attend. Lucie joue des scénettes qui s'accompagnent d'injonctions éducatives : « *ça suffit, c'est bon, tu sors, quoi, etc.* ». Et notamment un « *Je sais* » qui semble clé. Les injonctions sont-elles une tentative d'interpréter le réel auquel Lucie est confrontée ? C'est-à-dire qu'elles sont retour dans le réel des signifiants non symbolisés. Il semble même qu'elle interprète, singe, les énoncés de l'Autre. Petit à petit Lucie use fortuitement d'une autre voix, un murmure. Je remarque que les *« ça pue », « c'est qui ! », « quoi ! »* sont dit avec une voix stridente et accompagnés de rires aigus ; les *« ça va, un peu », « il est pas là »* sont chuchotés. Ces deux voix m'ont conduits à poser la question de « qui parle ? ».

Lucie vient donc dans mon bureau à l'improviste, mais accepte une certaine régulation de ma part. Elle s'installe avec un livre et parle. *« Je sais »* est important, *« pas envie, on y va, c'est bon hein, maman est pas là, papa est pas là, on va y aller maintenant… », « Pas d'école demain, au lit, dodo, il est pas là, il dort, maman est pas là, pas d'école, pas envie, c'est bon, quoi »* sont quelques-unes de ses productions langagières où il nous semble qu'elle n'y est pas en tant que sujet de l'énonciation. C'est le langage qui se dénoue sans capiton. Ou bien, où on décèle une certaine ironie de Lucie.

J'ai pu observer que lui répondre « je ne sais pas », en écho, n'a pas d'effet. C'est un autre de mes dits : « je ne comprends rien », qui semble avoir modifié le lien transférentiel. Autrement dit, un énoncé qui ne se structure pas en miroir du sien et qui a permis un point d'arrêt.

Lucie est entre deux positions : l'affrontement, où elle chaparde, jette les objets, et des moments de tendresse où elle caresse l'autre. « Ne pas comprendre » et le lui avoir dit, semble l'avoir surprise. Nos rencontres changent, elle vient dans mon bureau, mais il ne s'agit pas d'un entretien au sens du dispositif. En général je reste à mon bureau, occupée, et n'intervient que rarement. Cela semble lui permettre d'user de cette autre voix chuchotée. Toutefois, quitter la pièce semble toujours compliqué, son dit : *« on sort, c'est fini »* ne s'accompagne pas d'un choix. Je dois l'accompagner, et elle doit parfois s'y prendre à plusieurs reprises pour parvenir à partir. Lucie est également « désarrimée» au sens où elle fait des rondes dans le service, autour des personnes, sans repos.

Tracer un circuit

Progressivement, Lucie retourne à l'IME et des après-midi chez ses parents, puis les demi-journées augmentent et les parents l'accueillent une nuit par semaine. La première année, à mon retour de congés d'été, Lucie apparaît plus tranquille, elle me parle de « *papy dort* », (l'aggravation de ses symptômes est corrélée aux décès successifs de ses grands-parents maternels), « *elle est belle Lili* ». Son rapport à l'autre est également plus supportable, elle commence à faire lien social avec les intervenants. On remarque des paroles furtives. Les injonctions semblent traiter des absences non dialectisées : les décès de ses grands-parents maternels, mais aussi notre présence : « *en revoir, tu sors…* »

Son regard s'intensifie, elle semble sérieuse, parfois inquiète ou interrogative. Ce regard nous semble important. C'est ce qui l'humanise, il ne fait pas trou. Elle n'a d'ailleurs jamais touché à ses yeux, et on a pu remarquer qu'elle appréciait se regarder dans les miroirs de plein pied, appréciant son image unifiée.

A mon retour des congés de Noël Lucie m'enlace, et pendant un temps manifeste ces signes d'affection. Les formules se modifient : « *Et voilà c'est fini, veux plus aller, regarde un peu d'accord ? C'est beau comme ça ?, voilà c'est bon, un dessin pour ta maman ? C'est super, y'a papa, il est là papa, le dit à papa, y va aller papa à la maison, je sais !* ». Elle joue à faire les courses avec moi dans le service. Elle est plus joyeuse, semble plaisanter et supporter la demande de l'autre. Son corps s'anime différemment, elle trottine en balançant joyeusement son corps de droite à gauche. Elle m'invite à danser avec elle, me fait tourner.

La tonalité de cette relation change brusquement. Lucie espace les temps où elle vient dans mon bureau et y entre comme par effraction. Elle manifeste une nouvelle agitation. Jusqu'à tenter de mettre les mains dans mon pantalon en formulant « *y'a du caca là-dedans !* ». Cette intrusion féroce est nouvelle, et connote désormais sa relation avec moi. Elle entre de façon intempestive dans mon bureau, qu'un patient soit déjà présent ou non. Elle ne s'y installe plus, mais me bouscule, m'interpelle, me frappe. Il nous semble que la cession d'une part de la jouissance qui affectait le corps de Lucie, lui devient insupportable. La présence soignante, sur laquelle elle pouvait s'appuyer, la persécute.

Comment parer à l'insistance du surmoi ?

La mesure de la voix semble essentielle dans sa prise en charge. Je tente de me laisser guider par elle, elle me fait lire, le défi de cette lecture est de suivre le tournis des pages. Elle me prend la main et me guide dans le service dans sa ronde. Elle peut me pincer le nez, me bouscule. Il y a quelque chose dans l'animation de mon corps qui semble l'interpeller. « *T'as compris, tu commences pas, ça suffit* », sont les injonctions qui se formulent là où j'essaie plutôt de formuler ma gène, mon manque. Il devient difficile d'arrêter le déchaînement sans intervenir par forçage. C'est dans une de ces rencontres en impasse, que je découvre que lui parler dans une langue étrangère l'arrête. Elle est surprise. Le passage d'une langue à une autre semble faire coupure. Il nous semble que son déchaînement était un appel à l'Autre qui gronde et réprimande. Une confrontation avec la puissance ravageante de la langue. Mon acte,

contingent, était un refus d'incarner l'Autre surmoïque. La surprise de Lucie a permis qu'elle s'arrête et se rebranche sur la relation à un Autre régulé. Ultérieurement, la dimension de la réponse à côté deviendra essentielle face au témoignage du déchaînement de la langue. Nous n'interviendrons plus sur elle, mais sur l'objet qui la déchaîne.

Un nouvel insupportable énigmatique a donc surgit dans le lien aux intervenants. Dans ce moment du traitement, nous nous interrogeons sur le trop de présence pour elle. Quel est ce réel auquel Lucie a affaire et qu'elle tente à nouveau de nous transmettre ? Le déchaînement de la pulsion est-il pris dans le transfert ? En effet, si Lucie est indifférente aux autres patients, elle s'appuie sur notre présence. Bien que débordée par l'excitation, confrontée au chaos, elle s'oriente à partir de l'Autre-soignant. Elle a besoin de personnes sur qui elle peut compter.

Dans cette première période du traitement, il nous semble que la pulsion qui était dans un déchaînement autonome, s'articule dans un circuit où elle s'adresse à l'autre. Il y a une articulation, un appel à ce que quelque chose soit dit. En effet, les holophrases sont des tentatives d'ordonner le monde, mais connectées au surmoi. Parlée, Lucie se trouve envahie et débordée par ces injonctions qui l'amènent à en passer par l'agir pour arrêter le déchaînement. Chanter, ou énoncer notre refus dans une langue étrangère font coupure. Il s'agit de contenir Lucie lorsqu'elle se morcelle.

b. « C'est mon corps »

Sans image, sans représentation mentale de son corps et sans défense, Lucie tentait d'extraire la jouissance par la pure répétition de l'extraction d'un objet sans forme : les selles. Le traitement de la relation, notamment en voilant l'insupportable que pouvait produire sur nous ses comportements excrémentiels, a permis à Lucie de déplacer son circuit. En effet, dans la structure en miroir, on peut faire l'hypothèse que Lucie nous transmettait son insupportable. Nous avons donc travaillé à lui réfléchir une autre image d'elle-même. S'est esquissé alors une mise en ordre de la pulsion. Ainsi, Lucie ne s'enduit plus de selles quotidiennement, mais désormais lorsqu'elle ne peut pas faire face à l'angoisse. C'est une *réponse* lorsqu'elle doit soustraire le trop qui s'impose à elle dans le corps. Mais cette opération se trouve désormais elle-même limitée à l'espace de l'intimité de sa chambre. D'autre part, une séparation d'avec l'Autre, a permis qu'elle ne se livre plus à nous comme objet. Là où elle se mettait en danger, traversant les routes intempestivement, se jetant dans la mer toute habillée, donnant sa main à mordre au chien, Lucie nous dit aujourd'hui quand elle a peur. Elle évite les situations dangereuses et se montre plus craintive. La peur vient faire limite, et nous indique qu'elle se constitue un corps. D'autre part, elle met désormais des mots où il n'y en avait pas, s'intéresse aux autres. La peur et l'intimité nous révèlent que Lucie a l'idée que son corps n'est pas partageable. Cela marque une limite entre elle et l'Autre.

Ces changements, nous repérons qu'ils s'articulent au travail d'élaboration engagé avec les parents. Nous avions remarqué, dès le début de la prise en charge, qu'alors que Lucie se maculait de selles et incarnait le déchet, que ses parents ne cédaient pas. C'est-à-dire

qu'ils soutenaient l'image de leur fille, par la vêture en particulier. Or, l'histoire de Lucie, maillée de laisser tomber institutionnels, nous indiquait que les parents étaient dans une grande solitude face à la souffrance de leur fille. Il nous semble que le désir dont nous avons témoigné pour elle, l'intérêt que nous avons porté à ce qu'ils pouvaient nous dire, la place que nous leur avons donné dans le traitement, ont permis que Lucie se fasse l'effet d'un dire, articulé à un désir régulé. Ce n'était pas la seule l'institution, mais un travail à plusieurs. Nous avons appris alors, et soutenu, le travail de la mère pour parler à sa fille de son corps. C'est ainsi qu'un jour nous avons entendu Lucie nous dire « *c'est mon corps* ». Il n'était plus question qu'elle fonde son corps dans l'indifférenciation avec le nôtre. Elle peut marquer sa différence.

Elle met en scène une pantomime avec une poupée, raconte une histoire : *« on y va, on va où, mon livre, veux pas y aller, à l'école, les moutons, grand-mère, montre ta joue à la grand-mère, on va y aller. Non, j'ai peur, j'ai peur, j'ai pas peur moi ».* Dans cette période, il nous semble que le travail de traduction de la jouissance s'organise entre le jeu et l'écriture. Dos à moi, elle s'adresse à la poupée, prenant à l'occasion un objet, une fourchette ou un feutre. Elle lui dit *« tu manges ! Tu dors ! », « Va au dodo », « un câlin », « on va se coucher ». « Elle a pas envie », « elle a pas faim ».* Elle traite alors les injonctions surmoïques, par l'entremise de la poupée. Regardant la poupée, elle dit : *« tu veux pas aller sur le pot ». « Donner un petit caca, pas envie ».* Mettant des mots, subjectivant un refus qu'auparavant elle ne pouvait pas formuler. Elle range également les objets, elle n'est plus envahie par eux. Elle les déplace, échange, replace. Elle me dit *« ça va, ça va aller », « c'est pas compliqué », « tu me connais bien ».*

Du côté de l'écriture, elle a élu un livre de photographies dans lequel elle pose sa marque au fur et mesure des rencontres. Cependant, loin d'être de simples gribouillages, ces traits viennent barrer de façon précise les visages, les ouvertures. C'est du trou dont il est question.

Lorsqu'elle « écrit », elle peut compter : *« deux, quatre, cinq, six ».* Elle barre et elle compte. C'est une séquence, une articulation.

c. Matérialisation du semblant

Jean-Claude est un homme de 33 ans, il est né avec une anoxie qui a entraîné des séquelles d'hémiplégie droite, et à partir de deux ans il manifeste des crises d'épilepsie. Jusqu'à 20 ans, Jean-Claude vit au domicile familial et suit un parcours dans le médico-social. C'est en 2001 qu'il est hospitalisé la première fois, devenant trop exigeant et colérique. Hospitalisé, Jean-Claude refuse de se conformer aux règles, il est violent et reste contentionné à sa chaise une bonne partie de ses journées. C'est en 2010 qu'il intègre l'unité où je travaille, pour un rapprochement familial.

Dès son entrée nous interrompons la mise en place des contentions. Nous remarquons beaucoup de petites crises d'épilepsie, ou absences, après lesquelles Jean-Claude est violent.

Très vite on remarque que la personnalité de Jean-Claude oscille entre deux postures : exigeant et intolérant, joueur et agréable.

Dans sa prise en charge quotidienne deux questions orientent l'équipe : comment traiter les accès d'agressivité du sujet, et comment régler la familiarité, qui peut aller vers de la vulgarité, à l'endroit des membres de l'équipe ? D'autre part, Jean-Claude est un sujet qui se sert de la langue d'une façon qui provoque la voix de l'autre : ironie, insulte. Il suscite aussi bien le rire, l'indignation, la colère. Au début de sa prise en charge l'équipe pluri-professionnelle est préoccupée par le différentiel entre ce qui est dû à son handicap physique et à son épilepsie, et ce qui est de l'ordre de l'adresse à l'Autre. Progressivement, elle s'est aperçue que les exigences de Jean-Claude venaient faire exister l'Autre institutionnel, mais un Autre sans faille, capable de parer à ses passages à l'acte.

A partir de cette observation, il a été question de repérer le réel auquel Jean-Claude était confronté, et qui le menait à faire consister l'Autre dans un rapport de force avec la pulsion déchaînée. Dans un premier temps ce sont les trajets du sujet dans l'institution qui nous ont indiqué que Jean-Claude était un sujet qui souffrait d'une solitude extrême. Jean-Claude investi les lieux sur un bord : le pas-de-porte, le patio, le jardin. La structure de ses déplacements, et l'angoisse lorsqu'il est seul, ou lorsque nous l'invitons à regagner sa chambre pour les temps de repos, nous ont indiqué que lorsque Jean-Claude est seul, il est seul au sens où plus rien ne l'articule au lien social. Ainsi il faisait donner de la voix à l'autre, pour faire lien social. Pour ne pas être coupé de l'humanité. La question s'est alors déplacée vers la modification des coordonnées ravageantes de cette solution, pour qu'il puisse s'en servir en dehors de la confrontation avec l'autre.

L'insulte et les holophrases sont des signifiants hors chaîne, hors articulation symbolique. Mais ils sont des indices de ce qui se déchaîne pour le sujet lui-même. *« Le ballon », « le trafic », « faire un tour »,* ne se formulent pas comme des demandes, mais sont des formulations de l'exigence surmoïque : Jouis ! [659] Nous nous sommes donc concentrés sur l'articulation de la *dimension imaginaire,* positive, des holophrases de Jean-Claude à sa positon « joueur et agréable », pour embrailler la relation avec lui et le nommer. Par ailleurs, nous nous sommes servis de son goût pour les espaces de transition pour lui nommer la fonction d'ouvreur. Il accueille ceux qui entrent dans l'unité, il nous accompagne lorsqu'on sort. Autrement dit, c'est à partir des signifiants du sujet que nous avons entrepris de structurer le champ de l'Autre, pour lui proposer une alternative à ce qui le déchaînait sans le représenter. Dès lors son style ironique et sa fonction d'ouvreur ont permis à ce que se noue un lien symptomatique à l'institution[660], tout en permettant un apaisement dans le cadre de celle-ci. Cette orientation donnée au traitement a permis de révéler que nous avions à notre disposition l'ordre du semblant pour proposer au sujet une structure où il puisse loger sa jouissance.

[659] Lacan, J., « L'éthique de la psychanalyse », Séminaire VII, texte établi par J. A. Miller, Le Champ freudien, Seuil, 1986

[660] Caroz, G., Pipol news 27, Mars 2013. www.europsychoanalysis.eu

Lors de nos rencontres, Jean-Claude pose d'abord le cadre : « *t'as tes clés ?* » ; il frappe à la porte, *« toc, toc, toc »* ; il entre, *« il y a quelqu'un ?* » ; allume la lumière ; puis il s'installe et attend. Ces premières rencontres se formulent autour d'une demande incongrue : *« bain de pieds »*. Jean-Claude rit de ma perplexité que je manifeste de façon théâtrale. Nos rencontres s'inscrivent donc, dès le départ, dans cette dimension hors sens. Son style pour mettre l'Autre à distance. Cependant, les signifiants de Jean-Claude ne visent pas à le représenter, mais ils visent la chose même. Jean-Claude adresse alors des signifiants-tout-seul, objets réels, qui doivent s'incarner, voire s'incorporer dans le lien à l'Autre. Ces mots peuvent l'envahir jusqu'à frapper l'autre pour opérer le décollement.

Au cours du traitement, il abandonne l'interjection « *bain de pied* » pour entrer dans la relation avec moi. La demande se formule par le signifiant « *bureau* ». L'espace de nos rencontres semble se matérialiser. Il y met bout à bout les signifiants de son répertoire et ses questions : *« mal aux dents » ; « en voiture chez le dentiste » ; « qu'est-ce qu'on mange ? » ; « qui travaille ? »*. Cette série n'est pas sans ironie, il ponctue mes réponses de *« Je m'en fous » ; « c'est dégueulasse »,* ou encore de rires irrépressibles. Au cours de ces entretiens, j'ajuste ma position, et introduit un objet, articulé à un scénario, qui ponctuent la fin de nos rencontres. Je regarde dans mon agenda, et discute de nos disponibilités pour la prochaine fois, il m'annonce « *mercredi »,* je note pour moi, puis pour lui sur un carton de rendez-vous, et il repart avec.

Une modalité d'inscription au champ de l'Autre

Le premier carton ainsi remis à Jean-Claude fera événement dans le traitement. Les jours suivant, il m'interpelle, demande à vérifier le rendez-vous, voire me demande un nouveau papier renouvelant l'information. Ce premier carton, semble avoir opéré une nomination et une inscription au champ de l'Autre. Dès lors, le carton sert à organiser la rencontre, « *le papier Madame* ». Il permet d'inscrire nos rencontres dans le temps et dans l'Autre. Cela me régule : je dois me référer à l'agenda pour inscrire le rendez-vous, et ensuite m'y conformer. Mais cela le régule lui aussi, dans un rapport à l'autre qui n'est plus duel. Il peut d'ailleurs s'y soustraire, m'énonçant quelque fois son indisponibilité pour venir sur les créneaux que je lui propose : « *je suis pas là, en vacances* » me dit-il alors.

Le carton semble donc fonctionner comme « un passe », un semblant matérialisé pour faire lien avec l'autre. Il sert également à placer nos rencontres dans une relation d'échange qui met à distance la question angoissante du « *Che vuoi* ? », du « Que veux-tu ? », qui ferait consister l'Autre de la demande. Le carton, comme objet, a alors de multiples fonctions. Notamment dans le rapport de l'Autre. Il opère comme un objet prélevé sur l'Autre, le décomplétant. Et, dans le rapport entre le « temps morcelé de la schizophrénie »[661] et le temps universel[662], il opère un ancrage singularisé.

[661] Roy, D., « La dé-mesure du temps », les feuillets du Courtil « Traitements sur le durée. Logique du temps en institution », Série spéciale pour le RI3 (réseau international d'institutions infantiles), 2005 – Champ freudien

[662] Qui a subi la mortification symbolique qui se présente sous la forme du découpage de la durée grâce à des unités de mesure.

Le carton sert dès lors de support concret à un lien à l'Autre civilisé. Jean-Claude supporte de mieux en mieux le cadre commun. Avec cet objet en main, il semble pouvoir se dégager de la confrontation directe avec l'autre. Cet objet associé à la fonction d'ouvreur, qui le nomme, tout en lui donnant un place concrète dans l'espace, orientent le monde pour Jean-Claude. Par ailleurs, Jean-Claude est fixé à ses thèmes de conversation, mais ils prennent forme, il s'ajoute de nouveaux éléments. La chaîne signifiante vient opérer sur la chaîne pulsionnelle. Jean-Claude ne fait plus donner de la voix à l'Autre dans le corps-à-corps, mais par ses dits : « *mal aux dents, en voiture chez le dentiste. Les escaliers chez le dentiste, y'a trop d'étages. Faut monter les escaliers. Y'a l'ascenseur, y'a l'infirmière. Non y'a la porte, les escaliers, etc.* ». Je lui prête ma voix, en reprenant ses dires, sous la forme d'historiettes, lui, il ajoute les bruitages et la gestuelle : la voiture ou la roulette du dentiste.

On peut donc dire que Jean-Claude vivait dans un monde désorganisé, où l'Autre et l'objet étaient réels, et l'acte et le langage disjoints. Cependant face au vide, Jean-Claude faisait appel à un Autre vociférant, capable de venir boucher le vide par la contention de son corps. Il a fallu alors trouver le style pour décompléter l'Autre, sans soumettre Jean-Claude au ravage, mais au contraire lui permettre de trouver une place dans l'espace ainsi laissé à sa disposition.

3.2.3. L'excès de réalisme

Dans la rencontre, qu'est-ce qui vient capitonner la jouissance du sujet ? Lacan introduit le concept du « point de capiton » dès le Séminaire III, « Les psychoses »[663]. Lacan recherche à cette époque ce qui permet de faire tenir la réalité pour un sujet à partir de son absence dans les psychoses. Le point de capiton est « un artifice spatialisant », qui lui permet de représenter la fonction du signifiant. C'est donc ce qui agrafe signifiant et signifié. Mais ce n'est pas seulement le dernier mot de la phrase, c'est le point d'où se structure le domaine des significations, d'où émerge le sens de ce que ça veut dire.

Dans le quotidien, c'est un travail inlassable de recherche de cette agrafe que nous accompagnons. Travail déjà là, ne serait-ce que dans l'effort du sujet à répondre à ce qui s'impose à lui sous la forme de l'hallucination ou du délire. Inlassable, car la jouissance est de fait innommable. « *Plus fondamentalement, ce dont il s'agit,* écrit Éric Laurent[664]*, c'est d'accompagner l'entreprise de nomination en sachant qu'il y a un principe d'indétermination de la traduction, qu'il est toujours possible de trouver une autre façon de dire et de poursuivre avec une autre façon de dire* ». Le traitement psychanalytique des psychoses, dans la perspective dégagée ici par Éric Laurent, consiste à ce que le sujet trouve une certaine paix dans cette traduction constante. Car « *ce qui est ennuyeux est qu'un des modes fondamentaux*

[663] Lacan, J., Séminaire Livre III : Les psychoses, Chapitre XXI « Le point de capiton ».Texte établi par Jacques-Alain Miller, Le champ freudien, éditions du Seuil, 1981.

[664] Laurent, E., « Les traitements psychanalytiques des psychoses », Les feuillets du Courtil, n°21, Février 2003, p.18.

de nomination est le passage à l'acte. […] Le tact est donc de permettre que l'entreprise se poursuive sans trop de court-circuit ».

Or, dans la schizophrénie, le discours métonymique rend plus difficile le capitonnage du sens, à moins qu'il s'organise ponctuellement de façon paranoïde. Le sujet a un rapport à la parole qui ne trouve pas à se boucler dans le registre du sens. Il y a une dimension sans limite portée par la logique de la réplique.

a. Conversation avec un patient

La psychanalyse et son enseignement posent la question de savoir ce qui peut se transmettre au public d'une expérience essentiellement privée. La « section clinique » est le dispositif d'enseignement de l'Ecole de la Cause Freudienne. Dans le champ freudien, elle a pour fonction de soutenir la transmission et l'élaboration de la clinique d'orientation freudienne et lacanienne. C'est en 1988 que Jacques-Alain Miller introduit ce dispositif par « Le Prologue de Guitrancourt ». L'une de ses principales composantes est la présentation clinique.

La présentation de malade y est radicalement différente de ce qui s'est appelé ainsi dans la tradition psychiatrique. Il ne s'agit pas d'y faire la preuve de l'efficace d'un savoir à l'occasion de son application à un cas ou par un maître. Mais il s'agit d'une pratique soumise à la rencontre d'un sujet avec un analyste, soutenue par une éthique du bien-dire. « *Un patient s'y entretient à bâtons rompus avec un psychanalyste devant un auditoire peu nombreux et tenu au silence. Le patient qui porte là témoignage trouve à transmettre son expérience de sujet, dans l'espoir de s'en alléger un peu, de participer au réordonnancement de son trajet dans le lieu de soin qui l'abrite. L'équipe soignante, en charge du patient, s'avance à partir de la question posée par le diagnostic et le traitement.* »[665] Dans le dispositif d'enseignement, les participants sont amenés, dans l'après coup, à faire part de l'effet de formation qui s'est établi à partir de cette expérience où c'est le patient qui enseigne.

« *J'ai bien fait ?* »[666]. C'est à partir de cette question du patient à la fin d'une présentation que j'ai choisi de m'orienter. Autrement dit à partir de cette phrase qui nous indique le sérieux du patient, son souci de bien dire. F. Leguil[667] dans son article « L'expérience énigmatique de la psychose dans les présentations cliniques », nous le fait justement remarquer. Ce besoin de sérieux atteste qu'il a deviné que le dispositif de la présentation clinique n'était pas sans ressemblance avec la structure de ce qui lui arrive : une nouvelle épreuve au lieu de l'Autre. Il s'agit pour le sujet de ne pas se laisser emporter dans le mouvement délirant.

---

[665] Nos enseignements, Université populaire Jacques Lacan, www.lacan-université.fr

[666] Zicot-Annino, C., reprise d'un exposé d'une présentation clinique dans le cadre de l'Antenne clinique Brest-Quimper.

[667] Leguil, F., « L'expérience énigmatique de la psychose dans les présentations cliniques », La Cause freudienne, Revue de psychanalyse, n°23, « Enigmes de la psychose », Février 1993.

Mr X. est hospitalisé régulièrement en psychiatrie depuis 20 ans. La première hospitalisation est liée à une déception sentimentale. Il rencontre une femme dans un salon de coiffure. « *Je vais me faire couper les cheveux chez elle. Je lui explique que je suis sur le chemin du baptême et tout. Elle me trouve mignon je pense. On a des regards qui en disent long et rien du tout. Et pis après elle m'avait prêté un ou deux bouquins sur le paranormal. Et euh, du coup je les ai bouquinés. Et euh, j'en avais reparlé avec elle. Et elle m'a envoyé des courriers enflammés, des courriers représentant. C'était écrit dessus c'était que « il fallait se méfier de certaines personnes », euh « qu'il fallait pas laisser son nom dans la postérité », que « l'amour c'était le vrai et il fallait en profiter chaque jour de sa vie ».* Que *« c'était un cadeau bénis », bénis. Du coup, je suis tombé complètement amoureux* ». Rejeté par cette femme, il sera comme « appelé » par la bouteille de gaz. « *J'étais attiré par une bouteille de gaz qui était chez mon patron. Et euh. Je m'efforçais a pas l'ouvrir. Et euh de lutter contre les forces occultes, les forces du mal* ». Monsieur X se défend, il résiste à cette aspiration vers la mort et appelle les secours. Il fera ensuite le témoignage de son histoire, de ses déductions.

Les interventions du psychanalyste, nous inviteront à repérer la précision, l'exigence d'en dire davantage comme ce qui nous informe un peu mieux sur l'élément causal des tourments du sujet. Là où la structure symbolique se déchaîne, la rigueur opère comme une tentative de guérison. C'est une pratique de lecture qui se sert des ponctuations, point d'arrêts, coupures et autres espacements pour ralentir le flot impérieux du commandement inclus dans la langue (métonymie). L'analyste nous enseigne qu'il s'agit d'attraper ce qu'il nous paraît être du sujet. Faire préciser à l'intérieur d'un champ qu'on veut explorer pour que le sujet circonscrive un objet, une référence qui permette que ça se boucle.

Du goût particulier du sujet pour la police, s'articule alors l'éducation au close-combat par le père, et la possibilité pour lui de tuer quelqu'un. Se révèle ici le motif de son hospitalisation : il a mis le couteau sous la gorge de sa copine. L'analyste propose alors au sujet de voir comment l'événement se noue à ce que son père lui a appris. Comment ça va ensemble pour qu'il puisse se dégager de cette éducation extrémiste. En effet, Mr X. est un sujet qui lutte contre le passage à l'acte. Ce qui compte c'est de l'aider à récupérer des éléments de savoir le concernant qui lui permette de circonscrire ce qu'il est du côté du moi. Il s'agit de scruter la place du sujet dans ce qu'il dit. A l'appui, il y a le fait qu'il n'a tué personne *« je suis pas comme ça parce que j'ai sauvé quatre vies », « c'était vraiment vous ça ! »* lui dit-elle. C'est la fonction du semblant qui prend pour ce sujet la fonction d'une réalité qui le nomme et autour duquel il peut organiser sa vie.

Au fur et à mesure de la conversation se dégage un élément causal dans l'histoire du sujet. Il nous rapporte les corrélations qu'il a été amené à faire, sans tenir compte de la temporalité, entre son actualité et un fait divers ancien. C'est une tentative de paranoïser, de traiter la façon dont le réel se manifeste chez lui, de donner du sens.

Lors de cette conversation, l'intranquillité des interventions de l'analyste, visent à faire coupure. A défaire sa théorie nous dit-elle. L'enjeu de « pousser-à-la-rigueur » ce sujet schizophrène, est que le savoir ainsi exposé serve à circonscrire le réel en jeu. Et que sa parole, le dire du sujet porte à conséquence. *« Si vous faites savoir quelque chose à quelqu'un en parlant. Vous n'êtes plus convoqué ensuite par hasard ». « Il n'y a que celui qui a vu qui*

peut dire. C'est l'expérience ». Ce qui l'intéresse *« c'est le rapport entre cet épisode qui a été énorme pour lui il y a quatre ans et le couteau sous la gorge de son amie qui est aujourd'hui. »*

Dès lors ce qu'on remarque est l'effet de surprise produit sur le sujet lui-même. C'est la première fois qu'il parle de sa famille. *« Son père n'est pas innocent là-dedans ».* Il s'étonne d'en apprendre du nouveau sur lui. *« L'affaire n'a rien à voir avec lui, mais lui qui a toujours été le vilain petit canard dans la société, voulais avoir une médaille, une représentation de lui faisant du bien. Se dédouaner de ses conneries d'enfance ».*

Ce qu'il vise est donc une représentation de lui faisant du bien. Il s'agit alors de s'appuyer sur son dire, pour faire la part des choses, pour que chacun prenne sa place entre lui, son père, et ce que ça le conduit à faire. Le fait-divers lui servait à obtenir la gloire, la reconnaissance. La fonction du semblant qui pour lui a une fonction de réalité, nous sert donc de boussole à partir de laquelle le traitement peut s'orienter: un idéal, un projet, une direction, une satisfaction.

Les espacements qu'introduit le psychanalyste, la manière d'accuser réception, d'entériner, de le reconnaître et de le soutenir : « *il y a en vous cette gentillesse, vous ne saviez pas trop comment vous défendre. Aujourd'hui votre vie peut prendre une autre direction* », ouvre une autre voie que la précipitation dans le réel. Autrement dit en s'adressant au semblant, « *ça ne vous ressemble pas* », l'analyste construit avec le sujet un autre lieu où il puisse loger son être. Le discours de l'analyste indique une autre voie, un nouveau mode de satisfaction pouvant ordonner son rapport au monde et aux autres.

Le traitement psychanalytique pour ce sujet, nous dit l'analyste, est de l'aider à récupérer des éléments de savoir le concernant, qui lui servent à organiser une vie. Elle nous fait remarquer que le cas s'est construit de façon simultanée à la conversation. Permettant d'orienter la poursuite de la prise en charge et ses conditions : pas n'importe quel travail : une voie sublimée ; pas trop de responsabilités : tenir compte de la modalité de la rédemption qui singularise le rapport du sujet aux autres ; l'éloigner du père féroce avec une perspective, l'idéal pour lui d'avoir au moins un enfant.

b. Le monde de Candy

Candy a 31 ans, elle a intégré l'unité d'hospitalisation en novembre 2010. Son admission est liée à l'interruption de sa prise en charge en foyer de vie, suite à des violences auto et hétéro-agressives. Candy est la cadette d'une fratrie de trois. Le père de Candy a des problèmes cardiaques invalidants, qui le mettent dans une situation dite de « *péril imminent* ». La mère de Candy réduit au minimum les relations père-fille : « *elle lui cause beaucoup trop d'émotions* » dit-elle. Il intervient donc peu, mais il tient un discours très affectueux en contraste avec la position maternelle. Celle-ci a pu nous dire que sa fille « *la persécutait comme son premier mari la frappait* ».

Dès la petite enfance, Candy est en difficulté pour se séparer de sa mère. Les difficultés relationnelles entraîneront un placement en famille d'accueil à 11 ans, puis dans différentes institutions médico-sociales jusqu'à son admission à l'hôpital psychiatrique il y a 5 ans. Au cours des premiers mois de son accueil dans l'unité, Candy modifie sa position : d'agresseur elle devient victime, elle oscille entre une position « autonome » et une position enfantine. Le style de Candy dénote au sein de l'unité : elle soutient la conversation avec l'autre, opère des stratégies, et construit des théories sur ce qui se passe dans l'unité même.

Nous avons repéré le désordre auquel Candy a affaire dans la relation à l'Autre à partir des impasses auxquelles elle nous confrontait. On remarque deux tendances. Dans la première, Candy vit la relation à partir d'une position d'objet de l'Autre. Elle déploie alors ses capacités à le satisfaire. Par ses demandes, elle le fait exister et elle trouve à s'insérer dans un lien social. Son discours est plaqué, on parle à son sujet d'un « vernis » venant masquer un vide subjectif. Ainsi, elle vient me voir parce qu'elle a besoin de quelqu'un à qui « *parler de ce qui va et de ce qui va pas* ». D'autre part, elle nous dit qu'elle *s'« auto-parle » : « Candy qu'est-ce qui se passe ? T'es angoissée ou t'es pas angoissée ? » ; « Psychiatriquement ça va bien, le moral est bon, le mental est bon ».* Cet échange verbal vient en écho à son souhait « *comme ça les éducateurs seront contents* ». Le transfert à l'institution est donc construit sur la logique érotomaniaque : son attitude est une réponse à ce qu'elle « sait » être la demande de l'institution.

La seconde tendance témoigne donc des conséquences d'une relation à l'autre vécu sur le seul plan de l'imaginaire et du réel. Etre objet de l'Autre peut produire un effet d'envahissement et de désorganisation du rapport à la réalité. « *Ferme-là, boucle-là », « dégage de là » ; « morfle en silence* », sont autant d'interjections hallucinatoires qui surgissent lorsqu'elle se trouve « sans défense devant la volonté de l'Autre »[668]. L'Autre devient trompeur, ce qui s'impose alors est la nécessité de le décompléter : « *tu me prends pour qui ? Une débile ? Une malade mentale ? Une agressive ?* ».

C'est en travaillant à repérer les moments cliniques où survenaient les insultes et les passages à l'acte que nous avons saisi que, par ces demandes, Candy tente de se faire une place dans l'Autre. Cependant, quand l'Autre est défaillant - en retard, en décalage ou équivoque –, il n'y a plus de mot pour dire le réel auquel elle a affaire, elle est visée par l'Autre.

Nous avons donc une première occurrence où être l'objet de la volonté de l'Autre produit ce qu'on appelle des demandes massives. Or, ce qui s'y exprime est en fait la certitude d'être la cause de ce qui mobilise l'Autre, et c'est ainsi que « l'adresse peut prendre la forme de l'intransigeance de la demande ou de l'exigence de la réponse immédiate »[669]. Dans un autre style, Candy vit les intentions de l'Autre dans un registre de malveillance. Les interprétations délirantes fonctionnent ici comme autant d' « écriteaux »[670] pour nous dire là

[668] Idem.

[669] Zenoni, A, « Comment s'orienter dans le transfert », CliniCAPS –impasses da clinica-, 2006.

[670] Lacan, J., « Les psychoses », Séminaire III, Leçon du 20 juin 1956. Le Champ Freudien, Seuil, 1981. p.330,

où ça ne fonctionne pas pour Candy : via l'institution elle tente de construire une image aimable de son être, si les semblants s'effondrent, c'est son être de déchet qui se dévoile.

Un discours qui vise le semblant

Candy a parfaitement compris que c'est l'Autre qui nous décerne une place par l'intérêt qu'il nous porte. Faute du symbolique pour élaborer une construction subjective, c'est dans l'imaginaire qu'elle tente de traduire cette question. Elle œuvre donc pour faire exister l'Autre, mais au pied de la lettre : l'Equipe, le Projet, la Loi, s'incarnent alors comme autant de figures de la complétude de l'Autre. Candy est en position d'exception dans l'institution. « *Je ne suis pas autiste, je parle-moi* ». Elle nous demande d'avoir un projet pour elle, elle nous impose de réaliser notre fonction sans équivoque : nous sommes là pour ça. D'autre part elle dénonce notre pratique même : ce n'est pas pour tous pareils.

Candy peut être « sur-adaptée ». Elle se sert des locutions de notre discours courant : *« rester stable sur une ligne droite »*. « *Si je suis correcte, je vais intégrer un foyer de vie* », *« je ne tape pas les patients parce que c'est interdit par la loi », « accepter d'être autonome » ; « t'as vu je diffère »*. Ce qu'elle met en avant c'est la tentative de faire coïncider son être avec la norme institutionnelle. Au psychiatre elle dit : *« Tu me changes mon traitement. Je veux du loxapac ce midi parce que je suis énervée. Tu le dis. Parce que parfois tu le fais pas »*. Elle dénonce notre impuissance à la protéger du réel : « *Tout le monde est méchant ! Voilà on me croit pas ! On me prend pour une débile ! »*. Au cours des réunions soignants-soignés elle désavoue les professionnels : « *J'ai plein de choses à dire ; il y a des soignants, que je nommerais pas, qui vont jamais à la balade. Et moi ça me fait de la peine. C'est une injustice. Vous parlerez de ça en réunion* ». Lorsqu'on l'interroge pour connaître ses hypothèses : « *c'est parce qu'ils ont la flemme* ».

Le transitivisme est également une tentative de réponse, mais ça ne la protège pas de la rivalité avec l'autre. Ses constructions les plus pacifiées concernent les animaux. Elle nous interroge sur les relations que nous entretenons avec nos animaux domestiques : avec le chat, la question de la jalousie n'intervient pas. « *Je t'ai pas dit ! Comment ils vont tes chats ? Ils sont gentils ? Je t'ai pas dit. Tes chats, tu devrais leur acheter un arbre à chats* ». D'autre part, l'insupportable face l'équivoque du langage porte à conséquence dans le transfert : « *Il n'y a pas d'amoureux », « Il n'y a pas de chouchous* », « *tous les soignants aiment tous les patients* ». Ce qui nous indique qu'elle perçoit sans voile la dimension du « Che vuoi ? ».

On peut dire que Candy se sert du langage pour construire un monde où nous serions adéquats à la norme, soumis à une loi universelle. Soit dans une dimension d'exactitude, vidés de toute jouissance. Dans nos conversations il s'agit de rendre supportable un Autre manquant, pour qu'elle opère un éloignement avec la position d'*être-objet*. C'est-à-dire qu'elle ne se fasse plus l'objet dont l'Autre se complète. Et de restaurer aux signifiants leur dimension de semblant, c'est-à-dire de produire un discours qui vise à alléger le sujet du poids du réel.

Le mot est la Chose

Nous pourrions dire que Candy est venue avec l'exigence d'un « ça marche », en contradiction avec notre pratique d'orientation lacanienne qui se situe plutôt dans la dimension d'un « ça rate »[671]. Dès lors le travail de localisation des plaintes dans le cadre des entretiens, d'introduction de la dimension du malentendu dans la relation à l'Autre ne suffit pas. Il se trouve au contraire désavoué. La singularité tombe face à l'exigence d'homogénéisation et d'obéissance au dispositif. Elle ne peut pas prendre appui sur le sens commun pour appréhender la vie en collectivité. Chaque tentative de la rendre responsable par rapport à la réalité, se heurtant au réel de sa structure : subjectivement absente, elle ne peut se reconnaître fautive ou en difficulté. La seule position soutenable est de mettre la responsabilité du côté de l'Autre.

Dès lors, lorsqu'un événement, un regard ou une parole lui font énigme surgit la certitude de l'Autre méchant. Candy met alors ses capacités d'imagination au service de scénarii où l'horreur rivalise avec l'injustice. Ainsi, lorsque ça se déchaîne pour Candy, surgit la jouissance nocive contenue dans sa position d'objet de l'Autre. Elle me montre un bouton sur son visage : « *J'ai quelque chose là, mais je ne sais pas ce que c'est* ». Puis, elle me dit « *J'ai été frappée, mais je ne sais pas qui c'est* ». Plus tard, elle m'interpelle à nouveau : « *tu ne sais pas ! C'est X qui m'a frappé !* ».

C'est là qu'elle nous enseigne le poids de réel contenu dans nos dispositifs cliniques. Nous pourrions dire que dans un premier temps nous sommes tombés dans le piège : nous avons répondu à la demande de façon univoque. Nous avons mis en place une série de dispositifs censés cadrer, limiter ses plaintes et ses accusations : rdv médicaux fixes, temps en chambre, activités fixes. Cependant nous étions nous même soumis à ce cadre, tous pareils, pour qu' « *elle ne clive pas l'équipe* ». Soit arbitraires et bornés, en impasse dès que l'imprévisible contenu dans le vivant nous confrontait à nos incohérences. Dès lors, nous incarnions l'Autre de la psychose. Capricieux, jaloux, injuste, d'une part parce que nous étions alors en position de maîtrise, et d'autre part parce que ce traitement n'était pas le même pour tous.

Dans un second temps, il a donc fallu réinterroger ce qui était l'objet du traitement ainsi posé. Le dispositif clinique produisait la déshumanisation du patient *et* du soignant parce que notre réponse avait bouché l'espace du malentendu et de l'équivoque, en tentant de régler par le contrat et la prescription la relation à l'autre, à son corps et aux objets. D'autre part, Candy nous dénonçait dès que surgissait un style, une singularité dans la façon de venir à sa rencontre. Nous étions réduits à des intervenants quelconques, interchangeables. En somme, en voulant civiliser Candy, nous avions ouvert la porte au Surmoi, au droit à la satisfaction tout azimuts, à un monde sans contingence, un monde violent[672].

---

[671] Miller, J.A., « Une fantaisie », op. cit.

[672] Stef, C ; « Fous dangereux : on demande un sujet supposé savoir », 14/03/2009, http://www.causefreudienne.net

Les intentions de l'Autre à son égard

« Quand vous aurez la pratique du schizophrène, vous saurez l'ironie qui l'arme, portant à la racine de toute relation sociale »[673]dit Lacan. La demande de Candy qu'on asservisse la jouissance indicible à travers des protocoles, mettait à jour la jouissance sadique[674]contenue dans les procès d'adaptation du sujet à un standard. D'autre part, en dénonçant ce qui se manifeste de la subjectivité des soignants, elle dénonce les dimensions du désir et de l'amour dans le transfert.

La démarche de Candy a donc produit un effet d'oppression dans l'institution. Un malaise par rapport à notre pratique qui se révélait n'être qu'une défense contre le réel que le sujet incarnait. Du signifiant « Equipe », les intervenants tentaient de se faire une bouée. Alors même que c'est à partir de ce signifiant que Candy portait atteinte à toute relation clinique possible. Dès lors, dans le transfert c'est à un Autre qui s'assurait une position de maîtrise qu'elle se confrontait. « *Or si telle est la figure de l'Autre dans la psychose, il n'y a pas lieu de la présentifier [...]* [nous dit A. Zenoni]. *Nous ne sommes pas là pour vouloir quelque chose du sujet, nous sommes là pour qu'il puisse se servir de nous* »[675].

Au lieu de rejeter Candy comme ça avait été le cas dans d'autres lieux, nous avons plutôt tiré les conséquences de la position de Candy par rapport au langage. En effet, un fait fondamental lorsqu'on s'oriente de la psychanalyse, c'est que *le symptôme peut se définir comme représentant de la vérité.* Nous avons donc interrogé la prise en charge à l'horizon de ce que nous transmettions au sujet quant à notre désir[676] et la jouissance qui orientaient nos actes. Le versant érotomaniaque et le versant persécutif de la relation avec Candy, nous a orienté vers un traitement plus précis du « transfert de l'Autre ». « C'est à dire à nous distinguer de l'Autre qui est censé se brancher sur l'être du sujet »[677]. Cela nous a permis de nous rendre disponibles aux solutions de Candy.

Ainsi, lorsqu'elle nous proposera de se rendre elle-même à la cafétéria de l'hôpital pour faire ses achats. Nous soutiendrons alors cet acte du sujet, en décidant qu'il ne devait pas être pris dans un « projet », une volonté quelle qu'elle soit de l'institution. Dès lors le pont entre les deux lieux est matérialisé par un coup de fil pour avertir qu'elle prend le chemin du retour. Notre façon de soutenir la démarche du sujet pour se séparer elle-même de l'Autre.

c. Ce qui ne peut pas se dire

Le sujet schizophrène expérimente trop le rapport des mots avec le corps. L'absence de défense ne permet pas d'éviter le choc de la rencontre avec le réel. Le sujet peut alors avoir à faire avec une jouissance dévastatrice et un corps dont rien ne vient limiter les excès. Cette

[673] Lacan, J. « Réponse à des étudiants en philosophie », 1966, Autres Ecrits, p.209.
[674] Miller, J.-A., « L'enfant et le savoir », in « Peurs d'enfant », Navarin, 2011
[675] Zenoni, A, « Comment s'orienter dans le transfert », op.cit. p.13.
[676] Lacan, J., « Note sur l'enfant », 1969, in Autres Ecrits p.373.
[677] Zenoni, A, op.cit. p.12.

expérience est liée à la façon dont la langue résonne dans le corps. Dans le cas de la schizophrénie, la substance jouissante du corps ne parvient pas à trouver un serrage dans le réseau des signifiants.

Dans les développements récents de la psychanalyse lacanienne, la rencontre du signifiant avec le corps est nommée « événement de corps ». Symptôme et événement de corps sont le produit de la fixation de jouissance. Quand il n'y a pas fixation, ni métaphore, comment faire tenir le corps ? Comment traduire l'expérience de la jouissance, soit ce qui s'y sent, s'éprouve dans le corps ?

Au lieu d'événement de corps, on parle de « phénomène de corps ». C'est-à-dire que ça n'est pas du registre de qu'on appelle un symptôme en psychanalyse. Cela concerne l'expérience de la jouissance de l'Autre, dans la mesure où elle n'a pas subi l'opération de la castration. C'est la jouissance de l'Autre envahissante et menaçante.

Notre tâche est de découvrir la logique de ce réel pour, qu'à partir du transfert, le sujet puisse s'extraire de ce programme de jouissance. Là où le sujet est seul, tout entier connecté à la jouissance, puisse s'ouvrir la dimension d'une adresse, d'une sortie de sa solitude. Autrement dit, c'est une tentative de faire passer le phénomène au symptôme, de l'Un-tout-seul à l'articulation à un Autre régulé.

Tsangor a 17 ans. Il est hospitalisé dans l'unité où je travaille dans le cadre du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. Depuis qu'il a 6 ans, Tsangor est souvent hospitalisé. Depuis 2 ans, la violence est telle que sa mère ne peut plus l'accueillir chez elle. Tsangor est né au Sénégal, il a été abandonné dans une pouponnière à 1 mois, et adopté par sa mère, célibataire, à l'âge de 6 mois. La mère remarque les troubles de son enfant dès la petite enfance. C'est lorsqu'il est âgé de 4 ans qu'elle consulte en pédopsychiatrie. Tsangor est décrit comme persécuté, se sentant attaqué par les objets qui l'entourent et supportant mal la présence de l'autre. Sa présence est furtive, bien qu'il se cramponne parfois à l'autre quand il est victime de terreurs énigmatiques. Alternant hospitalisations et prise en charge médico-sociale, on remarque que Tsangor parvient à nouer un lien à l'autre supportable. Mais alors qu'il a 15 ans, le passage de l'unité enfant à l'unité adolescent produit un laisser tomber radical. Dès lors, les allers-retours entre le domicile de la mère et la structure d'accueil sont marqués par la violence de Tsangor.

Dans ces passages à l'acte, Tsangor témoigne de ce qu'il vit comme une aliénation à la jouissance de l'Autre dont il cherche à se séparer par l'acte. En l'absence du symbolique pour l'aider à nommer la pulsion qui l'envahit, c'est elle qui s'impose. L'agressivité dans le lien à l'autre est une réponse à ce qui opère comme intrusion ou irruption. Les difficultés de Tsangor à se tenir dans le lien social rendent nécessaire l'accueil en institution. Nous travaillons donc pour que le changement d'unité ne produise pas la répétition d'un laisser tomber. Tsangor vient nous rencontrer en hôpital de jour. Ce circuit permettant que chacun se familiarise avec l'autre. D'autre part, cette inscription dans le temps, permettra que Tsangor s'approprie ce transfert et le demande.

Qui est Tsangor ? Voilà la première question qui oriente la rencontre. Dans le discours de l'Autre, Tsangor est menaçant de par sa taille et sa force. Il s'agit donc d'aller à sa rencontre en se déprenant de la dimension imaginaire dans la relation au sujet.

Tsangor est un jeune homme très angoissé. Il travaille sans relâche à traduire ce qui s'impose à lui du côté du réel et de l'imaginaire. En l'absence du symbolique pour nouer ces deux registres, c'est parfois l'angoisse qui prend les commandes. Nous distinguons deux modalités où le sujet tente de nouer les trois registres. Dans la première, Tsangor se sert de son corps pour mesurer le monde. La seconde est plus proche de l'écriture. Il nous semble qu'en ce qui concerne ce sujet le dessin est d'abord traduction du réel, et qu'il passe ensuite à l'imaginaire par l'entremise de l'autre.

La dimension de la parole

« *L'éléphant-truc était adolescent et puis il est devenu immense. Et il a eu peur. Ça te fait rire ou ça ne te fait pas rire ?* » Cette phrase est précieuse en tant qu'elle indique la position du sujet dans le monde. Tsangor ne cesse pas d'interroger le monde à partir de la taille de son corps. Ce corps qu'il n'a pas, mais qu'il est. C'est-à-dire qu'il n'est pas dans le registre d'avoir un corps, avoir une consistance mentale disions-nous. Mais dans le registre de l'existence de l'Un : « on ne peut pas dire ce que c'est, on peut dire seulement que c'est ». La façon dont Tsangor parle de son corps, nous enseigne qu'il lui sert à mesurer le monde mais de façon itérative, hors sens.

Il ne s'agit pas du corps symbolique dont un être se soutien pour parler. Elle apparaît plutôt comme une consistance séparée. Lacan, dans « Position de l'inconscient »[678], recourt à la forme du mythe pour articuler cette question de la libido sans forme, forme de vie dont nous pourrions dire qu'elle est parente de l'Alien[679]. Cette Chose qui se glisse partout, vivante et morte à la fois. C'est donc le mythe de la lamelle qui figure la libido comme un organe sans forme, en prise directe sur le réel. « Cet organe doit être dit irréel, au sens où l'irréel n'est pas l'imaginaire et précède le subjectif qu'il conditionne, d'être en prise directe avec le réel »[680]. Dans le mythe de la lamelle c'est un corps de jouissance non signifiante. Une libido qui s'éprouve et s'oriente du réel. Il faut le phallus, négativé dans l'image spéculaire, pour donner corps à la jouissance[681]. En l'absence du condensateur de la jouissance dans la psychose, « *le corps est ressenti comme étrangeté à soi-même, quelque chose qui ne représente pas le sujet et peut le déranger, voire le persécuter, l'ignorer, le désagréger ou l'anéantir* »[682].

Lorsque Tsangor parle, c'est sans ponctuation ni fin. Ses histoires ont un registre onirique, elles sont de l'ordre de l'imaginaire, mais ne parviennent pas à voiler le réel en jeu : « *le chevalier rouge est passé, il a dit que si ça se passait mal avec les adultes, je vais mourir* ». Ainsi, les récits du sujet témoignent de l'horreur dans la rencontre avec un Autre jouisseur. Ils sont constitués de morceaux épars, empruntés aux dessins animés qu'il regarde.

[678]Lacan, J., « Position de l'inconscient », op.cit.

[679]Alien, Méduse, sont ces figures mythiques qui recensent ces regards maléfiques, terrifiants, catastrophiques et pétrificateurs. Figures d'un Autre jouisseur.

[680]Lacan, J., « Position de l'inconscient », op. cit, p.847.

[681]Lacan, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir », op.cit. p. 822-823.

[682]Bonnaud, H., « Le corps pris au mot », op.cit., p.87.

Ils ont un point en commun : la fin du monde, la destruction d'une espèce[683]. L'univers de Tsangor est ainsi peuplé de monstres imaginaires, dinosaures, dragons, chevaliers qui provoquent le chaos et la destruction. Est-ce que ce sont des histoires ? L'absence de sens, de conclusion, nous laisse supposer qu'il s'agit plutôt de produire une traduction imaginative du réel, dans l'urgence de l'énonciation. Tsangor tente de dévitaliser ce qui s'impose de trop réel par le langage. La dimension de la parole est donc mise en jeu contre le surgissement de l'angoisse et des images. « *J'ai des idées effrayantes parfois. Je vois des choses effrayantes dans le ciel. Tout le temps. Le jour et la nuit* ».

Mais le mot ne tue pas assez la Chose. L'irruption de la présence de l'objet angoissant provoque en effet le départ soudain de Tsangor. Il part alors dans une course effrénée. Ses jambes et ses bras semblent entraînés dans le mouvement de la course, plutôt que dans l'action de courir. Ses bras semblent désarticulés et s'agiter autour de lui, son torse se plier au niveau du bassin en avant de ses genoux.

A l'inverse du récit métonymique, où l'imaginaire ne permet pas de barrer l'accès au réel, la dimension de la parole est mise en jeu dans une tentative d'ordonnancement du monde par la taille. Dans cette dimension, l'imaginaire est moins prégnant d'une part, d'autre part, il nous semble que le registre symbolique peut s'y attraper à partir du chiffre et de la ponctuation : *« lequel est le plus grand, la lampe ou moi ? Lequel est le plus grand Thelma ou moi ? », « si on enlève nos chaussures, lequel est le plus grand, toi ou moi ? », « lequel est le plus grand, la poupée ou moi ? ».* Ces questions sont une tentative de chiffrage, mais où on perçoit néanmoins, que la vision du monde de Tsangor est prise dans la démesure. Le mètre linéaire ne suffit pas à traiter la menace de l'Autre. Ce traitement est sans cesse à renouveler. Le questionnement de Tsangor : « *une oreille aussi grande qu'un arbre ça existe ?* », témoigne d'une vision de l'Autre et du monde en pièces détachées. Nous nous servons donc des chiffres et de la logique pour amener Tsangor *à nous croire*[684] lorsque nous lui disons que les hommes s'arrêtent de grandir un jour.

Tsangor parvient ainsi à complexifier ses solutions en s'appuyant sur l'Autre du transfert. Il m'interroge : « *Est-ce que tu avais peur quand tu étais petit ? Et quand tu es devenue grande ? Et si tu deviens plus grande ?* » Lorsqu'il nous interroge, Tsangor consent à faire de nous un partenaire, alors même qu'il est terrorisé par l'Autre. Tout le début de nos rencontres sera ainsi marqué par le retournement du transfert en persécution, lorsque je me ferais trop présente ou bien trop demandeuse. Je découvrirais alors que les mots doivent être choisis avec parcimonie. Que je ne dois pas trop en savoir, que l'Autre qui se trompe est insupportable, et qu'au contraire, un Autre qui ne sais pas dire, a peur ou s'inquiète pour lui est supportable.

Le regard et la voix persécutent Tsangor : « J*e suis pas bien, je suis énervé. J'en ai marre de ces yeux verts, ils sont tout le temps-là ces yeux verts* ». Il est regardé. Ce témoignage de Tsangor est à mettre en relation avec le commentaire que rapporte Lacan, dans

[683] « L'âge de glace », « Le petit dinosaure ».

[684] Laurent, E., et Mathey, D., "Parler Avec Son Corps-Escabeau," in *Quatrième Séance Du Cours "Parler Lalangue Du Corps" de Éric Laurent* (Paris, 2015). : « Le corps, « c'est un trou » et le parlêtre tente de remplir ce trou avec une croyance ».

le séminaire « L'Angoisse »[685], du dessin d'une patiente schizophrène, Isabella, du Docteur Jean Bobon. On y voit un arbre avec des regards très expressifs, derrière cet arbre, ondulant, une phrase : « io sono sempre vista », je suis toujours vue. Lacan, se sert de l'ambiguïté du mot « vista », en français et en italien, pour dégager la place occupée par le sujet à l'égard de ce regard omniprésent. Elle est l'objet du regard, sa réalité est dominée par le sentiment d'être observée, et elle-même n'est que regard.

« *Ce que j'ai dit c'était la voix de n'importe quoi ? Un faune ? Tu as entendu ? C'était la voix de quoi ?* ». La voix, quant à elle, est perçue sur le mode de l'hallucination. Elle est perçue comme extérieure au sujet. « *Quand le psychotique parle des voix qu'il entend, il insiste sur le fait que c'est comme si « quelqu'un d'autre » parlait. La chose importante est qu'il se sent exclu, du seul fait qu'il a l'impression que ce n'est pas lui qui parle. Le point d'énonciation de la parole n'est pas du côté du sujet, mais du côté d'un Autre capricieux, qui émet des messages dont la signification est énigmatique* »[686] . Dans la rencontre avec Tsangor, nous faisons l'expérience des conséquences pour un sujet lorsque les voix se font entendre, d'une part dans la dimension du passage à l'acte, et d'autre part dans la dimension sardonique.

En effet, la locution « *ça te fait rire ?* », bien qu'au quotidien elle semble fonctionner comme un rituel, permettant à Tsangor de vérifier si la communication est établie, si l'autre l'entend. Nous semble témoigner de ce qu'il a le sentiment qu'on se moque de lui. La formule a progressivement trouvé à se modifier : « *ça te faire rire ? Et demain ça te fera rire ? Ça dépend de la situation ? Un peu ou beaucoup ?* ». La jouissance de l'Autre trouve ainsi à s'éparpiller. D'ailleurs, il élabore de nouvelles questions, *« tu t'es demandé qu'est-ce qui c'est passé ? », « tu as entendu ? », « j'étais angoissé ? »*. Invitant l'autre à l'accompagner dans son travail de nomination à partir d'un point moins précaire.

Le dessin comme écriture réelle

Le dessin est une autre modalité de condensation du réel. On y retrouve le bestiaire des *« animaux-truc »* et autres figures plus ou moins effrayantes de Tsangor. Toutefois, Tsangor ne se fait pas « auteur » de ces dessins. Le dessin apparaît comme une transcription spontanée de l'activité psychique du sujet. Lorsqu'il dessine, Tsangor tourne la feuille autour de la forme qui émerge. Il trace des lignes, la figure s'écrit, mais elle ne fait pas histoire. Il n'y a pas de subjectivation de la production. Au contraire, une fois son dessin terminé, c'est à moi qu'il s'adresse, « *qu'est-ce que c'est ? Ça existe ?*». Et c'est dans la conversation que l'image trouve un nom à partir de *lalangue* du sujet : *« restozore », « dinosaure pointe-garou »*.

De la point du feutre, Tsangor fait surgir des monstres aux dents acérées, mais aussi des animaux moins menaçants. Lors de nos rencontres, j'ai appris à régler ma position selon la férocité de ce qui émerge. Des yeux globuleux, aux rétines rouges, m'indiquent que l'Autre le regarde de trop près, tandis que l'animal quelconque et souriant est une invitation à poursuivre. Le dessin est donc moins du registre imaginaire, que de celui de l'écriture du réel.

---

[685]Lacan, J., Séminaire Livre X, « L'angoisse », Editions du Seuil, Champ Freudien, 2004, p. 90.

[686]Naveau, P., « Les psychoses et le lien social, le nœud défait », Anthropos, Ed. Economica, 2004,2005, p.22.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Autrement dit, il me semble être un traitement symbolique. Néanmoins, pour que cette entreprise lui serve dans le monde, il s'agit d'y adjoindre autre chose, car le dessin comme la parole peuvent s'infinitiser. Nous entreprenons donc un classement : animal, animal-truc, homme-truc, homme-humain, monstre, herbivore, carnivore, etc. Soit autant de catégories à partir desquelles nous tentons de classer ce qui surgit. A partir de cette collaboration, le sujet n'est plus seul avec ce qui fait irruption. Le dessin peut fonctionner comme barrière contre l'infiltration de la jouissance dans tout le système symbolique. D'ailleurs, de monstres énigmatiques, les productions de Tsangor se déplacent vers des vaches, des bébés loup ou lion, des animaux mâles et femelles qui lui permettent d'interroger la différence sexuelle.

Le dessin n'est pas de l'ordre de la métaphore. Cependant, il nous semble que c'est dans cette pratique que Tsangor pourra « se hisser pour se faire beau »[687]. Le dessin peut en effet servir à la sublimation, et donc changer le destin de la pulsion[688]. En effet, la fonction de la sublimation est l'envers du déchaînement furieux, et elle s'articule au désir de l'Autre. Dès lors, on peut attendre qu'avec le dessin, Tsangor troque l'immonde pour « l'image-monde » : « ce que Lacan condense, il suffit d'avoir une image, c'est à dire le fondement de la représentation, et avec cette image, on fait un monde »[689].

[687]Miller, J.-A., « L'inconscient et le corps parlant », présentation du thème du Xème congrès de l'AMP à Rio en 2016.

[688]Freud, S., « Métapsychologie », op.cit.

[689]Laurent, E., « Parler avec son corps-escabeau », transcription sur la base de l'enregistrement diffusé par Radio Lacan par l'équipe réunie par Didier Mathey.

Partie IV - Le savoir du schizophrène

« Devant le fou, devant le délirant, n'oublie pas que tu es, ou que tu fus, analysant, et que toi aussi, tu parlais de ce qui n'existe pas »,
J.-A. Miller[690]

La biologie lacanienne[691] pose comme axiome que, pour tous, le langage est notre habitat. C'est à dire que le corps vivant de l'être parlant se distingue d'être affecté par le langage. « *Ce qui spécifie le corps vivant de l'être parlant, c'est qu'il rencontre une jouissance liée à l'usage de la langue. Il rencontre une jouissance qui vient troubler la jouissance « naturelle » du corps* »[692]. C'est cet événement de corps, cette bévue ou erreur fondamental qui constitue l'être parlant. Comment l'être parlant répond à l'impact du signifiant sur le corps ? Comme faire à partir de cela lien social avec l'Autre ?

Dans un cas, le sujet prend position en mobilisant l'Autre. La place que le sujet occupe dans la chaîne signifiante est le produit de la métaphore, « un signifiant représente le sujet pour un autre signifiant ». Il y a une combinatoire entre le S1 et le S2, qui, en même temps qu'elle aliène le sujet au signifiant, ouvre le champ du savoir : S1-S2, Sn,.... Cette prise dans l'Autre désertifie le corps de la jouissance, et la localise dans des objets hors corps. Le sujet est l'effet d'un manque qui cause son désir. Autrement dit, à la question fondamentale, « que suis-je ? », l'être parlant est allé chercher la réponse dans l'Autre.

Dans un autre cas, le sujet a bien plus à faire avec la question « que me veut l'Autre ? », dans la dimension de la certitude : « il me veut quelque chose ». La combinatoire signifiante n'intervient pas pour séparer le sujet de la jouissance. Il n'y a donc pas le manque qui pousse à demander à l'Autre, mais bien plus l'objet que l'Autre peut lui vouloir. Sans la dimension de la négativité introduite par le signifiant, il n'y a ni refoulement ni symbolisation. La jouissance est là.

Dans la perspective d'un « traitement », l'orientation lacanienne nous conduit à l'hypothèse d'une « subjectivation de l'habitat langagier »[693]. Il ne s'agit pas de rechercher une séparation, mais d'accompagner le sujet dans ce qui nous semble être un effort pour mettre une distance avec ce qui est en trop. La fabrication d'un « symptôme » comme issue, ou bien la mise en fonction d'un principe de limitation, de quelque chose qui a un effet de « pas-tout ». En ce qui concerne ces sujets, ce qui manque c'est le fait de pouvoir symboliser quelque chose. D'autre part, l'absence de symptôme constitué les expose de façon majeure à l'angoisse. Or, l'angoisse est l'affect par excellence. Il résiste au symbolique, il se vit mais ne se déchiffre pas. Il est le signal du réel et de la jouissance[694]. Le principe de négativité du signifiant étant en échec, réintroduire du manque dans le réel doit en passer par d'autres voies.

---

[690]Miller, J.-A., « Clinique ironique », op.cit.

[691]Miller, J.-A., « Biologie lacanienne et événement de corps », La Cause freudienne, Evénements de corps, Paris, Navarin/seuil, n°44, février 2000.

[692]Malengreau, P., « La vie comme condition, de la jouissance », UFORCA, Avril 2016.

[693]Laurent, E., « La bataille de l'autisme, de la clinique à la politique », Navarin, Le champ freudien, Paris, 2012. p. 40.

[694]Lacan, J., Séminaire Livre X, « L'angoisse », Champ freudien, Seuil, 2004.

Chapitre 1: Traitement / Auto-traitement

La discipline, qui se dégage du dernier enseignement de Lacan quant à la pratique clinique, tient à la contingence. Nous sommes voués au régime de la rencontre, à l'invention et à la réinvention, sans aucun fatalisme[695]. En effet, ce sont les reformulations théorique de Lacan concernant l'articulation entre la place de la jouissance et le langage, qui permettent d'envisager la rencontre avec Thelma, Lucie, Candy, Jean-Claude, Antonin, Frédéric, Pierre et Tsangor, non pas dans le registre de la « défectologie », mais à partir du désir.

4.1.1. Les traitements possibles

a. La construction matérielle d'un bord

Les incidences du réel dans l'expérience subjective impliquent des effets thérapeutiques qui ne soient pas dans le sillage de l'adaptation à une norme, mais qui consistent en la construction d'un montage symptomatique singulier. Ce que manifeste le patient, ne fait pas symptôme au sens de l'appel au sens. C'est bien plutôt la manifestation d'un corps désarrimé du langage. Comment dès lors le sujet supporte-t-il un monde tramé par le symbolique, et plus encore une institution qui se soutient du langage commun ?

Jacques-Alain Miller dans son cours d'orientation lacanienne « Choses de finesse en psychanalyse », nous invite, dans notre pratique avec des sujets psychotiques, à les « persuader que le réel ment », à trouver des trucs pour le tenir à distance. Notre hypothèse est que le concept de semblant vient nommer cette opération qui à la fois autorise le symptôme du sujet et le rend supportable pour l'autre. « Jouer à faire semblant » comme un moyen pour inclure ce « symptôme » dans un lien social. Dès lors, il est question pour nous de dégager le statut théorique de cet usage des semblants dans la clinique du sujet schizophrène, hospitalisé au long cours dans une unité de psychiatrie spécialisée.

Dans le traitement de Jean-Claude, le carton de rendez-vous à de multiples fonctions, au-delà de l'usage qui en est fait ici, il est *un objet conceptuel* : il vient nommer un certain type de relation, une fonction. *Il ordonne le rapport à l'autre* via des indexicaux : qui, où, quand. Dans l'espace organisé par les lois du langage c'est un semblant qui arrime la relation symbolique. Dans la clinique, on peut dire que cet objet, concret, auquel on doit joindre, dans la rencontre, l'ordre des semblants de façon artificielle, vient « discipliner, cadrer » le clinicien. Le carton de rendez-vous est introduit sur la scène de la rencontre en accentuant le code courant qui organise la relation. Il joint à l'imaginaire, la dimension de l'écrit qui traite l'Autre parlant. C'est une information, une formulation qui peut être lue ailleurs, par un autre,

[695] Miller, J.-A., « A la merci de la contingence », www.causefreudienne.net.

au-delà du moment où on le dit. Autrement dit, le carton opère sur la relation à l'Autre en le tempérant du côté du langage.

Opération de l'Autre, c'est dans l'après-coup que se dégage la fonction de cette mise en scène pour le sujet. D'une part, ça décomplète l'Autre qui retranscrit le rendez-vous sur son agenda. D'autre part, ça dégage le sujet d'un rapport duel, et d'un rapport démesuré au temps. Le sujet pouvant s'y référer au-delà du moment où le rendez-vous est pris. Le carton ne s'inscrit donc pas dans le temps mortifié d'un emploi du temps, auquel Jean-Claude s'assujettirait. Mais plutôt comme traitement que Jean-Claude pose lui-même sur un temps constitué d'instants juxtaposés. Il instaure les conditions de la rencontre, mais aussi les conditions pour que l'entre-deux rencontres soit supportable.

L'écriture et la matière sonore se nouent de façon originale pour Jean-Claude. Nous pouvons formuler l'hypothèse que là se situe la dimension du symbolique pour ce sujet. Par ailleurs, sa fonction à la porte d'entrée a permis que se structure l'espace entre un intérieur et un extérieur, et que s'organisent pour lui les présences-absences des intervenants. Ce montage matériel, imaginaire et symbolique est donc ce qui a permis au sujet de faire lien social, mais surtout de structurer l'espace autrement que sous l'effet d'un surmoi féroce.

L'enjeu de la clinique est ici d'introduire du nouveau dans le réel. L'Autre intervient pour proposer au sujet une alternative discursive. La clinique y est pragmatique, au sens où chaque cas vient modifier la règle pour traiter la jouissance délocalisée. Mais aussi parce que nous sommes au plus près d'une clinique où le langage opère sur le corps sans distance. Dès lors, à notre disposition, nous avons l'ordre des semblants, en tant que structure d'éléments symboliques et imaginaires qui permettent de mettre l'Autre à distance et de l'y maintenir. C'est un traitement matériel de la jouissance : un carton, qui opère sur le réel du langage, noué à de l'imaginaire, pour arrimer la chaîne pulsionnelle.

La lettre peut donc fonctionner comme bord, comme point en avant du point d'angoisse. Là où le langage se retourne contre le sujet, l'attaque et le ravage, l'acte analytique consiste à réintroduire le sujet dans le texte. Dès lors, la relation du sujet à l'Autre se réordonne. Le lien symptomatique permet au sujet de manier différemment le réel pulsionnel, la dimension d'insupportable se trouvant liée entre les dimensions du symbolique et de l'imaginaire. Nous pouvons formuler le même ordre d'hypothèse en ce qui concerne Lucie.

Lors de son arrivée, ce sont les conséquences corporelles de la perturbation langagière qui sont au premier plan. Son corps était désarrimé, les ouvertures et fermetures du corps ne trouvaient aucune issue. L'extraction et l'ingestion des selles témoignent encore que le corps n'a pas trouvé à s'insérer dans un circuit où la perte soit supportable. Au contraire, tout ce qui concerne le corps est visé par l'Autre sous la forme d'injonctions. Pourtant, ce que le travail engagé avec Lucie nous révèle, c'est qu'elle consent à l'élaboration de ce réel. Elle tente d'opérer une inscription à partir de la lettre et de l'écriture. Mais aussi via le jeu. Malgré la précarité de ces semblants, elle tente de jouer sur une autre scène que son propre corps. D'autre part, l'ironie n'est-elle pas une tentative de tourner en dérision l'obscénité de la jouissance ?

Les conditions de traitement sont liées au transfert. Pas au sens d'une supposition de savoir, mais plutôt dans le registre de la rencontre avec un Autre qui ne sait pas d'avance ce

qui est thérapeutique et qui suppose qu'il y a du sujet. Or, la rencontre avec Lucie rempli ces conditions. Croire au sujet, a permis que s'instaure un autre plan, où Lucie peut venir expérimenter la constitution de la relation à l'autre et aux objets. Elle opère par transformation, déplacement. Elle est moins agie par l'excitation, mais plus souvent auteur. C'est à dire qu'elle tente d'en maîtriser quelque chose.

Lucie s'installe, et tourne les pages d'une revue qu'elle commente par des « *ça va* » hors sens. Puis, elle se lève, prend mes clés, et tout ce qui traîne de petits objets sur mon bureau et elle les met dans mon sac à main. Autrement dit, elle range, localise mais fait également le vide avec les petits objets qui me représentent. Elle se rassoit.

Elle continue de tourner les pages, et ajoute un feutre. Elle fait des traces tout en disant : « *deux quatre cinq six* », elle barre, et elle compte. J'ajoute : « un deux trois ». Je prends un feutre et fait des traces aussi. Elle m'arrête. Elle crie « *grand-mère* », se lève. Alors que Lucie opère une séquence signifiante, ce à quoi elle s'oppose c'est à mon intrusion, à ce que je me fasse trop présente : « *grand-mère* » !

Elle retourne s'asseoir mais change de place. Je lui dis que vraisemblablement je ne dois pas écrire sur la revue. Elle me dit « *non, on n'y va* ». Je lui propose alors l'arrêt de l'entretien et me lève. Elle plonge alors la tête dans ses mains et interprète un chagrin d'enfant : « *je veux ma maman* ». Je me rassois et lui demande si sa maman lui manque. Elle ne pleure pas et se lève. Quand elle se lève, cette fois, elle prend une publicité. Elle la feuillette. « « *Saucisses* », c'est bon ? « *Oui* » ». Qu'est-ce qui est bon encore ? *« Je sais pas* ». Tu m'as dit que tu aimais les cookies. « *On y va »,* elle continue.

Elle se lève à nouveau, et va vers la poupée. Elle appui sur son ventre : *« tu dors, t'as fait caca »*, elle crie comme une crécelle : « *c'est pas bien grand-mère* ». Je lui dis alors qu'une grand-mère devrait peut être parlé plus doucement. Mais elle semble à ce moment dépassée. Je décide de ne pas trop intervenir, ni par la parole ni par le regard. Je feuillette le magasine. Elle fouille dans le meuble, et renverse deux boîtes pleines d'objets. Elle crie.

Je me lève, et elle recule manifestement effrayée. Je gronde alors les boîtes tandis qu'elle s'éloigne dans un coin. Je lui tourne le dos et continue en disant aux boîtes que ça n'est pas bien et que je les rangerais plus tard. Je me retourne, invite Lucie à se rasseoir et lui fait part de ma surprise quant aux boîtes, m'excuse et lui demande où nous en étions. Lucie est étonnée, elle me regarde sans dire un mot mais se rassoit. Elle dit : *« je sais pas, faut ranger* » en regardant le désordre des objets. Je lui réponds que je verrais ça moi-même plus tard. Nous feuilletons ensemble les revues. Elle semble souffler.

Dans cette séquence, ma réponse a opéré sur l'objet qui agite Lucie par son trop de présence, et non pas sur Lucie elle-même. Or, son recul m'indique que peut-être elle s'attendait à ce que j'interprète son comportement comme de l'indocilité. Me tourner vers les objets, c'est donc reconnaître que Lucie n'est pas l'agent du débordement, mais qu'elle est débordée par quelque chose qui la dépasse et qui ne peut se dire. Mais c'est aussi la surprendre, en prenant une autre voie. Toutefois, il semble que c'est la présence de l'Autre, sous la forme de mes interventions qui l'excède. Pourtant, lors de cette séquence je n'arrive pas à mettre un point d'arrêt.

Elle se relève et s'assoit par terre : « *on joue* ». Elle fait tomber la dînette, elle prend un cochon et un couteau et fait mine de le découper. Elle le met dans sa bouche. « *Petit cochon* ». Elle prend la pâte à modeler. Je m'assois avec elle, en demandant si je peux jouer aussi. Elle dit « *non* ». Je prends tout de même une assiette, elle y met la pâte à modeler, et fait des trous avec le groin du cochon. Elle me la tend. Je prends le couteau et fait des morceaux : un pour Lucie, un pour moi et un pour grand-mère. Elle me le prend des mains et elle coupe, elle aussi, dans les morceaux déjà fait. Au moins trois.

Elle prend une petite figurine Play mobile de petite fille : « *on joue la poupée* ». Elle prend un autre pot de pâte à modeler. Pendant ce temps je commence à ramasser les objets. Elle, elle fait des petits bouts avec ce qu'elle prélève dans le pot. Ces morceaux, tombés sur elle, elle les transfère dans l'assiette. Je continue de ramasser, ce qui me cache de sa vue, tout en me rendant très présente car penchée devant elle. Elle me touche le dos. Je m'accroupis. Elle renverse à nouveau la boite que je viens de remplir. Je plaisante, je recommence. Elle se relève, se rassoit à table, là je l'invite à partir en prenant les revue dans mes mains. Elle accepte alors, et me raccompagne. Elle prend avec elle les deux revues.

Cette séquence m'est utile dans la mesure où elle témoigne dans l'après-coup que c'est l'intervenant qui doit se mettre à l'école du sujet pour qu'il y ait invention. « *Cela suppose que le psychanalyste « s'acharne à se faire le destinataire des signes infimes du réel de lalangue », [*écrit M.-H. Briole], *pour qu'il ait une chance de se faire le partenaire du sujet dans lalangue du transfert* »[696].

Il a donc fallu que je me fasse docile aux signes du sujet pour qu'elle puisse elle-même aboutir à quelque chose dans cette séance. En effet, alors qu'elle entreprend de vider l'espace des signes de l'autre, ma hâte fait obstacle. Pourtant, elle ne cesse pas de renouveler la production d'un trou, d'une coupure dans le réel, jusque même dans la projection réelle des objets. Ce qui se constitue ensuite à partir de la coupure, c'est un bord où elle peut échanger avec moi des bouts de pâte à modeler. A la question « comment se séparer ? » Lucie proposera ensuite un traitement via la poupée plutôt que sur mon propre corps. Il s'agit de se servir du bébé comme double pour l'aider à traiter son Autre.

La parole n'est pas articulée à l'échange, les signifiants sont « réellisés ». C'est ce qu'enseigne le Petit Robert[697] et qui permet d'opérer un rebroussement : « le passage à l'envers du réel vers la nomination »[698]. La construction d'une chaîne métonymique, d'agrégats de mots-objets, selon les termes d'Éric Laurent. Autrement dit, une pratique qui vise à produire un trou, étant donné que le réel ne manque de rien[699].

Subjectiver le langage, ajouter des mots, se produit à partir du vide entre les mots. Dire que le schizophrène, d'être dans le réel, est dans une dimension où manque le manque, souligne leur proximité avec l'angoisse. Ce qui leur manque c'est la possibilité de pouvoir

---

[696]Briole, M.-H, « Vers une « existence de discours » », revue Mental n°13, « Soigner par la psychanalyse », Décembre 2003.

[697] Lefort, R., et Lefort, R., "*Les Structures de La Psychose: L'enfant Au Loup et Le Président*", Les Champ Freudien (Paris: Editions du Seuil, 1988).

[698]Laurent, E., « La bataille de l'autisme », op.cit., p31-33.

[699]Lacan, J., Séminaire Livre X, « L'angoisse », Seuil, Champ freudien, 2004.

symboliser quelque chose qui donne une issue à l'affect d'angoisse. On peut ajouter que, ne pas avoir de symptôme expose de façon majeure à l'angoisse. *La clinique de la chaîne et de l'extraction, la clinique du circuit*[700], témoigne des efforts du sujet pour produire une distance, un principe de limitation. Soit quelque chose qui a un effet de « pas-tout ». Ce n'est pas que l'objet disparaisse, mais que sa présence ne se manifeste plus. Un traitement du surgissement de la jouissance. La question que nous posons c'est : pourquoi certains y arrivent et d'autre pas ?

b. *L'effet escabeau*

Escabeau, parlêtre, sinthome et corps sont les catégories du dernier enseignement de Lacan. Dans son cours « Pièces détachées »[701], J.-A. Miller en extrait les conséquences cliniques. L'escabeau, c'est ce avec quoi le parlêtre se présente au monde. Il surgit de l'évènement de corps, autrement dit de l'impact du langage sur le corps. C'est la marque de la singularité du parlêtre à partir de laquelle et avec laquelle il se constitue[702].

L'escabeau est un nouveau nom de la sublimation, à partir de l'événement de corps, d'un morceau de réel. Ce qui « n'est pas la même chose que de prendre comme point de départ l'identification ». « Ce que Lacan nomme l'escabeau se construit à partir de la relation singulière que chacun a par rapport à la langue »[703]. L'escabeau, cela indique que ce morceau de réel doit monter quelques marches, emprunter un chemin pour faire lien social.

Dans notre clinique, il s'agirait de trouver ces quelques marches sur lesquelles le sujet puisse monter pour faire face au monde. C'est à dire, construire un symptôme, ou un sinthome, à partir de lalangue du sujet. Cette hypothèse est à rebours de ce qui se passe dans l'analyse, dans la mesure où, et c'est ce que développe Mauricio Tarrab dans « Deux notes sur l'escabeau », « l'analyse fait que l'on descend de son petit escabeau pour atteindre au plus désincarné du sinthome ». Nous prenons donc ici le contre-sens par rapport à l'horizon de l'analyse, à partir du moment où nous faisons l'hypothèse, dans la psychose, de la construction d'un escabeau.

Contre-sens, mais pas sans les avertissements de Lacan :

« Nous, ce n'est pas ça, notre intention, ce n'est pas du tout de conduire quelqu'un à se faire un nom ni à faire une œuvre d'art. C'est quelque chose qui consiste à l'inciter à passer par le bon trou de ce qui lui est offert, à lui, comme le plus singulier »[704].

---

[700] Laurent, E., « La bataille de l'autisme », op.cit.

[701] Miller, J.-A., « l'orientation lacanienne. Pièces détachées », enseignement prononcé dans le cadre du Département de psychanalyse de l'université Paris VIII, 2004-2005, inédit.

[702] Tarrab, M., « Deux notes sur l'escabeau », La Cause du désir, n°91, « Ce corps qui jouit », Navarin Editeur, 2015.

[703] Idem.

[704] Cité par M. Tarrab, op.cit.

Il ne s'agit donc pas seulement de substituer au corps morcelé une belle forme. Mais d'accompagner le sujet vers des signifiants qui peuvent canaliser son identité et faire lien social. Car ce qui constitue l'idée d'avoir un corps et la réalité humaine, c'est un certain nombre de signifiants qui canalisent la jouissance. Quelques marches certes, mais des marches signifiantes.

Au début de ce chapitre, nous avons parlé de Thelma et du *réel nu*. Soit d'un sujet dont l'être est réel. Nous avons dit que Thelma pouvait présenter deux versions d'elle-même. L'une où ça tient et l'autre où ça ne tient plus du côté du corps. Dans la première, l'imaginaire, la parure habillent l'objet pulsionnel. Dans l'autre, l'incidence de l'objet produit l'éparpillement, la dislocation du corps et du langage. Les mathèmes de Lacan permettent de logifier ces deux positions à l'aide de petites lettres. Ainsi, la premier position peut s'écrire *i (a*, où la jouissance est asservie par l'imaginaire, ce qui permet de faire tenir le corps. L'instabilité est liée au fait que ce montage ne permet pas de fixer la jouissance. Nous avons omis une parenthèse pour souligner le ratage du nœud. L'autre version peut s'écrire *(Sa)*. Soit le sujet non barré, en présence de l'objet. C'est en quelque sorte l'opposé de la formule du fantasme ($◊a). Pour ce sujet, il n'y a pas de défense, la jouissance s'infiltre partout.

Lorsque Thelma monte l'escabeau, ce qu'elle montre face au monde c'est son corps objet de l'Autre. Elle est dans la pure répétition du même, hors lien social, hors-série. Nous avons noté la structure des déshabillages, comme la seule élaboration du sujet. Autrement dit, comme ce qui esquisse un lien à l'Autre : antisocial. L'instabilité des manifestations est un indice que la jouissance ne cesse pas de se présentifier. On peut donc faire l'hypothèse que Thelma a toujours affaire à cette condition où elle est identifiée à l'objet de la jouissance de l'Autre. Elle n'est jamais séparée de la jouissance qui la détermine.

Cependant, si Thelma ne peut échapper à son être de jouissance, Frédéric, lui, s'est emparé des semblants du lien social pour voiler l'abjecte. De façon précaire, certes, il témoigne des tentatives du sujet pour se construire une représentation de lui-même, un moi, pour supporter l'existence. La dimension imaginaire est au premier plan. Le Moi, dans le cas de Frédéric, consisterait dans l'usage qu'il fait des formules de politesse. C'est un usage d'insertion sociale. La courtoisie a ici une valeur d'encadrement[705], de rempart par rapport au réel et à la jouissance. Elle est ce à partir de quoi Frédéric tente de se présenter à l'autre. C'est l'image de ce qu'il voudrait être. Cependant, ce Moi comme objet, n'a pas la consistance de l'ego joycien. C'est à dire que ça ne fait pas suppléance, ça ne suffit pas à resserrer les ronds de l'imaginaire, du symbolique et du réel.

Par contre, avec Jean-Claude, nous avons proposé de nous servir de la catégorie du semblant. Ce que nous enseigne le cas c'est comment la dimension imaginaire peut opérer sur le réel, et permettre une insertion dans le champ de l'Autre. Dans le dispositif de la rencontre, le comportement du clinicien est en lui-même un discours, *un discours qui vise le semblant*. C'est-à-dire qui vise à alléger le sujet du poids du réel. Mais c'est la réponse du sujet ici qui en fait un élément du traitement. C'est-à-dire que le sujet consent à céder une part de la

[705]Lacan, J., Séminaire Livre XXIII, « Le sinthome », op.cit., p. 147.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

jouissance qui n'entrait pas dans le dispositif. Il accepte de se loger dans cet espace artificiel où il peut trouver à s'identifier : *« il est beau Jean-Claude », « il est gentil », « le carton ? Oh je vous dit »* me dit-il. Ici, la perte d'une part de la jouissance est supportable dans la mesure où elle s'articule à un gain de satisfaction pour le sujet : la construction d'une identité insérée dans la relation à l'Autre social.

Ce nouage qui borde l'envahissement par la jouissance, a un impact dans la façon dont le sujet occupe l'espace : d'une part son corps s'assouplit et s'étend, d'autre part le signifiant s'articule à un autre signifiant, et Jean-Claude peut se faire représenter auprès de l'Autre selon de nouvelles modalités. Il y a là une construction où la gestuelle du corps de Jean-Claude s'articule à une parole, une construction qui lui permet de circuler dans le monde. Là où tout était réel pour le sujet, le semblant ordonné en discours, semble permettre un « pour de faux », soit un recouvrement du réel qui ne soit pas ironique.

Dans l'ordre des semblant, on peut formuler l'hypothèse, à partir du dernier enseignement de Lacan, que le symbolique n'est pas que du signifiant, mais que ça peut être aussi bien la lettre. Carte en main, peut-on dire, Jean-Claude peut rencontrer l'Autre sans avoir à faire avec l'intrusion directe de sa jouissance. Le carton introduit un écart là où le mot condensait jouissance et angoisse.

c. Traduction

Dans une clinique où le sujet ne vit que le réel, le traitement s'appuie fondamentalement sur les tentatives du sujet lui-même de produire quelque chose. C'est une clinique du détail, dans la mesure où il s'agit, là où le réel se présente de la façon la plus crue, de tirer le fil de l'élaboration par le sujet d'un symptôme. Frédéric, ainsi, tente de produire un savoir sur les règles du discours comme lien social. Tandis que Candy, consent à la « comédie » de la relation à l'autre. Elle forge une issue pour se débrouiller de l'embrouille de l'angoisse.

En oscillant entre une position enfantine et une position autonome, Candy ne cesse pas de mettre au travail la question de la séparation avec l'Autre primordial. Elle se sert de la croyance au Père-Noël, et surtout de la « semblantisation »[706] dans le cadre des entretiens. Ainsi, Candy s'adresse à moi à partir notamment de la nécessité que quelqu'un rapporte sa parole à l'Autre institutionnel. En effet, Candy vient témoigner de l'Autre qui jouit d'elle et de ses tentatives pour le mettre à distance et le réguler. Candy « *ne sait pas comment faire* » me dit-elle, face à l'autre qui la dénonce de façon « *mensongère* ». On la « *pointe du doigt* », on l'accuse, elle se dispute alors avec les soignants, peut « *en venir aux mains* », parce qu'ils « *ne me croient pas* ». Face à ce qu'elle nomme des « *fausses dénonciations* », elle m'invoque pour transmettre sa version auprès des soignants. Ainsi, dans la relation transférentielle,

[706]Sureau, M.-C., « Les semblants comme points de capiton », intervention faite à Rouen, le 20 Mars 2010, lors d'une après-midi consacrée à la préparation du congrès de l'AMP - « Semblants et sinthome ».

Candy se sert de moi pour se faire représenter auprès de l'institution, surtout dans les réunions auxquelles elle ne peut assister.

Candy tente de savoir quel intérêt l'Autre lui porte. Elle opère de nombreuses constructions pour s'en protéger et définir sa place dans l'Autre. Or, *« dans la condition humaine, il n'y va pas seulement des objets que le sujet peut recevoir, mais aussi de ce qu'il peut être, lui pour l'Autre [...]. Or, toutes les compétences et habilités dont un être humain est censé être doté pour évoluer dans son environnement propre ne sont en fait que les conséquences du mode et du degré selon lesquels il se déprend ou ne se déprend pas de cette condition primordiale d'objet de l'Autre »*[707].

La question du semblant, s'articule donc au manque d'objet. Par exemple, la possibilité pour Candy de supporter une énigme, qu'il y ait quelque chose qu'elle ne comprend pas, de ne pas être toute pour l'Autre. On peut dès lors faire une série des épingles possibles, entre symbolique et imaginaire pour s'opposer au réel et à la jouissance, dans laquelle s'insère « la semblantisation »[708]. Nous sommes dans le registre de la pluralisation du point de capiton, par l'objet *a*, en tant que « défense contre l'infini de la jouissance »[709]. C'est ce qui peut se compter, tel que Lucie nous en fait la démonstration. Le capitonnage par la lettre, et enfin le capitonnage par la traduction.

La pluralisation concerne le tout dernier enseignement de Lacan, où il est amené à conclure que la jouissance est ce qui est impossible à nommer. Il n'y a aucune garantie du côté de la jouissance. Or, « La jouissance toujours en excès est un lieu qui n'a pas de nom : le signifiant de ce qui n'a pas de nom s'écrit S (A barré). ». La métaphore délirante n'est pas le seul remède au défaut de la signification phallique.

Éric Laurent, dans son texte « Les traitements psychanalytiques des psychoses »[710], tente de répondre à cette question « Comment va s'établir une pratique de recherche d'une nomination nouvelle de cet objet qui n'a pas de nom ? » Pour cela il s'appuie sur le philosophe W.V.O. Quine et son principe de l'indétermination de la traduction : « il y aura toujours une impossibilité à désigner, à faire rejoindre de façon univoque un mot et la chose ». Il met en avant le pragmatisme de la clinique du second enseignement de Lacan : une sorte de « conversation sur la jouissance », « une pratique à plusieurs, un réglage sur ce que veulent dire les choses ».

Il dégage trois modes de nomination de la jouissance. Le modèle schrébérien (accompagner l'effort du délirant vers une identité de jouissance : S1), le passage à l'acte (court-circuit), et le modèle de l'indétermination dans la mesure où « il est toujours possible de trouver une autre façon de dire et de poursuivre avec une façon de dire ». « *A cet égard, l'entreprise de traitement psychanalytique des psychoses consiste dans une conversation avec*

[707]Zenoni, A., « Autonomie et « auto-séparation » », op.cit.
[708]Miller, J.-A., « Semblants et sinthome », Présentation du VIIème congrès de l'AMP, 24 Avril 2008, in Scilicet, coll. Rue Huysmans, 2009.
[709]Miller, J.-A., Cours d'orientation lacanienne, « Les us du laps », séance du 2 Février 2000, inédit.
[710]Laurent, E., « Les traitements psychanalytiques des psychoses », op.cit., pp16-19.

le sujet, à lui faire poursuivre son entreprise de traduction toujours possible puisque la jouissance manque à l'océan des noms propres ».

Tom a 37 ans. Je le rencontre depuis plus d'un an dans l'unité d'admission où il est hospitalisé. Depuis l'âge de 20 ans, Tom est régulièrement hospitalisé. Sa prise en charge est maillée de court-circuit : fugues, tentatives de suicides. Je le rencontre alors qu'il est récemment rentré après un an passé en Unité pour Malades Difficiles, suite à un passage à l'acte hétéro-agressif d'une extrême violence.

Tom a une théorie dont il me fait part plusieurs semaines après notre première rencontre : « *la parapsychologie* ». Il est « *une sentinelle* », il a « *la cervelle connectée au parapsychologue* ». « *J'ai été révélé miliaire. Ça sert à la police pour écrire les rapports, pour l'éducation des enfants, qu'ils puissent s'inscrire dans leur bulle de vie* ». C'est une nomination ancienne qui articule, de façon néologique, « *psychologue* » et « *paramédical* ». De nos rencontres, je peux déduire « l'histoire » délirante que Tom à construite :

« *J'ai un patrimoine génétique surdoué, ça ne plaît pas à tout le monde* ». « *Mon père est surdoué-autiste* », « *il peut lire mes pensées* ». Sa théorie prend son origine à sa vie utérine : il a reçu des « *ondes intrapsychiques dans le ventre de ma mère. On m'a demandé ce que je voulais faire plus tard : commando-suicide* ». « *C'est pas venu tout seul. J'ai été guidé par la préfecture* ». « *On sélectionne ceux qui ont un don. Normalement le téléphone cérébral s'arrête à l'adolescence* ». Mais lui est un « *adulte surdoué* ». Cependant, bien que choisi dans le ventre de sa mère, « *professionnellement par la gendarmerie* », pour lui « *ça a été un carnage. Une humiliation. J'ai raté. Il faudrait presque un changement d'identité* ». Il essaye de trouver des « *valeurs* » pour organiser sa vie : « *honnête, généreux, méchant parfois* », « *mais un homme de paix* ». Son problème c'est : « *je n'ai pas eu l'apprentissage* ». « *J'ai été détecté, mais pas déclaré* ».

Il semble donc que Tom lise le monde sous le signe de l'influence des « parapsychologues », c'est l'Autre qui est aux commandes : « *il y a quelqu'un qui s'occupe de moi. Il s'arrange pour que j'aie des vêtements l'hiver. Je ne sais pas qui c'est, mais il s'arrange pour que je tombe sur des vêtements que j'aime lorsque je fais les magasins* ». Il me dit qu'il accepte qu'on lise dans ses pensées, ça le soutien. Lorsqu'il parle de lui, il peut dire qu'il est « *entre la prouesse et l'invalidité* ».

Tom témoigne du travail incessant de nomination des phénomènes qui font intrusion dans son corps. On peut distinguer que, dans un registre, la parapsychologie permet de nouer ensemble ce qui se passe dans son corps, dans ses pensées et dans la relation à l'autre. Dans un autre registre, au contraire, elle ne suffit pas à traiter le trop de vivant du corps : « *on peut se faire agresser par transmission de pensée* » me dit-il. Son corps est le lieu de malveillances, il parle d'« *une sexualité sous-préfecture* ». Il vient se plaindre de maltraitances, à la fois dans son corps et dans ses pensées : « *ça vient dans ma tête à cause du don paramédical.* ». Il est atteint également dans le registre de son image dans le miroir : « *quand je regarde mon corps entier dans le miroir avant la douche, je vois un corps de poulet, un flic, c'est au niveau de la peau* ». Par ailleurs, Tom ne subjective pas ce qui lui arrive dans le sens où il s'attribuerait les phénomènes. Au contraire, il me dit : « *depuis le*

temps que je parle on aurait dû enquêter et repérer qui me fait ça. », « on essaie de me refaire tomber dans la schizophrénie. On veut pas me lâcher. »

Lorsqu'il parle de « parapsychologie », Tom fait référence à une psychologue qu'il rencontré il y a plusieurs années. Il lui arrive de me dire qu'il est son « *élève* ». Le risque d'un transfert persécutif ou érotomaniaque est présent, mais il est régulé par une pluralisation du transfert avec un autre psychologue, qui travaille dans la même unité. Cependant, je décide d'éviter de converser sur la parapsychologie.

Je me positionne fermement comme ignorant tout de la parapsychologie, insistant sur le fait qu'une conversation doit en passer par la voix. Toutefois, ce « non », ne semble pas constituer un obstacle. Malgré sa conviction qu'il faut en passer par la télépathie, il continue à venir discuter avec moi. Quant à moi, il me semble que cette position permet de mettre à distance la dimension érotomaniaque dans le transfert. Cependant, confrontée à l'insistance de Tom à venir « délirer » dans mon bureau, je m'aperçois que faire barrage est peut-être une impasse. Un jour d'ailleurs, il me demande de rechercher sur internet « *une école d'élève agent secret* ». Il invente une nouvelle solution, « *ne pas exercer* », mais être élève. « *Je dois me remettre à niveau. Quand on travaille pour eux on est tranquille. Sinon on me dérouille par télépathie* ».

Cette rencontre me permet d'introduire qu'il y a peut-être une voie du côté du « consentement à la jouissance » sur le mode schrébérien : « *Le Dieu de Schreber fonctionne dans son rapport à lui, comme un Autre, sans garantie. [Écrit E. Laurent] C'est en s'assurant de sa jouissance que quelque chose se stabilise* ». De mon consentement aux recherches sur internet, s'ensuit, une demande pour « *une thérapie, pour avoir un sens, une direction, une marche à suivre* ». *« Une thérapie, c'est extraire un texte verbal* » dit-il. Autrement dit, il y a un passage de l'émission et réception de pensées à la voix. En consentant à en passer par la parole, Tom consent-il à faire entrer la jouissance dans un circuit ?

Il me fait part d'une phrase qu'il a écrite : « *Résistant clairvoyant, enquêteur précipiant de la gendarmerie nationale* ». Métaphore beaucoup plus complexe pour dire son être. De mon côté, je m'oppose moins fermement à la parapsychologie. Je suis davantage incrédule, m'appuyant sur l'étymologie : vous dites parapsychologie, paramédicale, « para » c'est à côté, nous ne sommes pas tout à fait dans le registre de la psychologie ou de la médecine. De même, « intrapsychique », intra c'est dedans ? Ce sont des ondes privées. Il peut alors me répondre que peut-être il s'est trompé… Dire « oui » en se joignant à lui dans le travail de recherche d'une école, lui demander de définir ses néologismes avec précision, s'inscrit dans la perspective soulignée par Éric Laurent quant au secrétaire de l'aliéné : « *ce n'est pas l'aider à délirer, c'est autre chose. C'est choisir dans le travail du délire ce qui amène, ce qui va vers une nomination possible* ».

4.1.2. Secrétaire de l'aliéné

L'expression « le secrétaire de l'aliéné » a une histoire. Dans l'article paru dans *Ornicar digital ?*, François Sauvagnat[711] rappelle sa portée, qui va assez bien avec la perspective pragmatique de la pratique contemporaine du traitement des psychoses, nous dit Éric Laurent[712]. Lorsque nous avons défini ce que la psychanalyse entend par « conversation pragmatique », nous avons précisé que Lacan n'est pas l'auteur de ce syntagme. Mais, qu'au contraire, il en fait un usage ironique. « Que fait-on, que repère-t-on lorsqu'on se veut aujourd'hui secrétaire de l'aliéné ? »[713] Nous avons vu que le renversement de la formule que propose Lacan vise une prise en compte minutieuse des phénomènes élémentaires afin de s'orienter vers le diagnostique et la prise en charge du patient. Ces symptômes minimaux donnant des indications sur les modes de stabilisations envisageables. L'étude de ces phénomènes a donc pour enjeu de repérer la structure de l'Autre à partir de laquelle le sujet se situe, son rapport au langage et à la signification. Ils se manifestent comme question ou comme tentative de réponse, écrit F. Sauvagnat. Si le diagnostique, en ce qui concerne nos patients, laisse peu de doute, il s'agit de situer les phénomènes, leur tempérament pour en cerner l'usage possible.

Une autre dimension que sous-tend cette expression est celle du couple patient-soignant. Dans la « Préface à l'édition anglaise du Séminaire XI », en 1976, Lacan fait référence à qui lui imposa Freud dans sa pratique de psychiatre : « l'Aimée de mathèse ». Guy Briole[714] propose ce syntagme « comme le mathème du couple patient-soignant pour une pratique de la psychiatrie orientée par la psychanalyse lacanienne ». En effet, dans sa thèse, « De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité », Lacan démontre le mode de relation et d'investigation pour lequel il a opté, en rupture avec « l'observation objective du malade » de son époque : « donner tout son poids à la parole du sujet délirant ».

Une clinique qui prend en compte le sujet, « c'est la seule clinique qui soit vivante et où se saisit ce qui anime tout autant le patient que le praticien ». Dans cet article, Guy Briole relève donc différentes modalités de faire couple en psychiatrie. « *Faire couple avec le sujet psychotique requiert d'inventer à partir d'une position que l'on ne doit pas incarner au point de se prendre pour l'unique destinataire. La modalité de présence ne sera pas celle de l'esquive avec un patient qui se vit comme étant l'objet de l'Autre mais celle du pas de côté qui permette à la fois de faire couple et de ne pas aliéner le patient dans un lien de séduction et d'exclusivité. C'est la manœuvre, toujours à renouveler, pour rendre possible ce travail de transfert si singulier* », conclut-il.

[711]Sauvagnat, F., « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », Ornicar digital ?

[712]Laurent, E., « Les traitements psychanalytiques des psychoses », op.cit.

[713]Sauvagnat, F., « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », op.cit.

[714]Briole, G., « Le couple patient-soignant : « L'Aimée de mathèse », www.causefreudienne.net

a. S//I//R//S

Nous avons déplié plusieurs perspectives pour le traitement des schizophrènes : le hors discours, l'impossibilité de fonder un manque symbolique, et l'articulation RSI. Selon F. Sauvagnat, les deux premières sont insuffisantes. Il privilégie le livre XXII du séminaire de Lacan, soit « RSI » (1974-1975). L'élaboration à partir du réel, de l'imaginaire et du symbolique lui permet de rendre compte de la façon paradigmatique dont le sujet schizophrène est envahi par la jouissance : *« On peut relever ainsi, en plus de la désorganisation « indépendante » de chaque dimension : - non articulation S//I, tout particulièrement dans l'incapacité d'articuler l'image spéculaire avec un idéal du moi ; - non articulation I//R, avec par exemple, envahissement par la jouissance de l'Autre (notamment dans le syndrome d'influence) ; - non articulation R//S, avec une non-articulation au niveau de la jouissance phallique, rendant la « séparation » dans son sens névrotique inopérante ».* La limite du symbolique, voire son incapacité à modifier le réel est donc spécifique à la schizophrénie.

Et pourtant, nous parlons du « savoir du schizophrène ». C'est dire que s'intéresser à la façon dont l'enveloppe formelle du symptôme traite la pulsion et les phénomènes de jouissance, c'est apprendre du sujet psychotique comment le corps vient au sujet. Comment le corps, machine de jouissance, est décerné par RSI ? Comment la langue s'articule au corps ?

Le sujet nous enseigne donc sur le réel du corps du parlêtre. Nous avons vu que la construction du monde opérée par Candy vise à donner une consistance à l'Autre à partir de laquelle elle puisse s'orienter. Cette construction imaginaire lui permet une insertion dans le lien à l'Autre. Cependant ces identifications ne permettent pas de faire tenir la réalité, dans la mesure où l'Idéal du moi, la façon dont elle se voit dans le regard de l'Autre, est infecté par la jouissance. Les lignes symboliques et imaginaires, du fait de la forclusion, ne se rejoignent pas[715]. Or, lorsque cet artifice défaille, c'est la machine de jouissance qui se déchaîne, d'une part du côté du langage qui fait irruption sur le mode de l'hallucination. D'autre part, sur son corps. Candy se gratte de façon irrépressible le visage, ou bien elle peut avoir la conviction d'un objet en trop qu'il s'agit d'extraire dans l'immédiat. Elle me parle alors d'un *kyste* à la naissance de ses fesses, ou bien dans son lobe d'oreille. Elle peut exiger l'ablation de son implant contraceptif. Pourtant, face au retour du réel sur la scène du monde, ces manifestations ne participent-elles pas de son effort de nomination de la chose innommable ? Il nous semble que Candy est en permanence au travail de rabouter les registres de l'imaginaire, du symbolique et du réel pour « se faire un nom », se faire une place dans l'Autre.

L'élaboration clinique a permis que Candy nous révèle ce qu'elle mettait au pas : « *ma mère ne voulait pas accoucher de moi, elle a hésité* ». La logique de l'accompagnement est donc celle d'une extériorisation de l'objet hors de soi, mais à laquelle il faut adjoindre des appuis suffisamment consistants pour qu'elle s'y amarre. Grâce au transfert, il s'agit de parer au ravage lié à sa condition d'objet soumis au caprice de l'Autre. Aujourd'hui Candy élabore

[715] A ce sujet nous nous référons au schéma I de Lacan.

des défenses autrement que dans le langage. Elle a organisé un circuit qui lui permet de s'extérioriser, sans produire son exclusion. Elle circule entre l'unité, la cafétéria de l'hôpital, le centre médico-psychologique, et le foyer où elle se rend une fois par semaine. Elle a opéré comme à de micro-réglages, qui ont permis de restaurer l'espace du malentendu. Soit un bricolage qui n'est pas *que* de l'imaginaire, mais qui se supporte de ce qu'A. Zenoni nomme un réseau d'intervenants « *pour contribuer à assouplir, à défaire quelque peu la coïncidence du sujet avec son être-objet-pour-l 'Autre et, de ce fait, le rendre pour ainsi dire plus disponible pour autre chose que lui-même, pour un certain transfert vers la réalité* »[716].

b. Secrétaire inventif

Ce que la clinique nous enseigne c'est qu'il existe de multiples façons de se faire partenaire du sujet. Mais il s'agit de trouver l'accompagnement qui permet un progrès, qui ouvre sur la civilisation de la pulsion. L'institution est une « organisation civilisatrice » qui doit savoir danser entre le dire oui et le dire non à la jouissance. En effet, si notre mouvement part uniquement de l'Autre qui refrène la jouissance, barre, limite ou interdit, nous trouvons vite un point de butée. Dès lors comment arrêter ça ? Comment opérer autrement ? C'est ce que Candy nous a appris, venant bousculer notre dispositif et en témoignant des ravages des pratiques qui ne laissent pas de place au manque. C'est aussi ce que nous transmet Tsangor.

Tsangor ne peut pas s'empêcher de faire des destructions. Il arrache les joints des fenêtres, fait des trous dans le mur. Dans le traitement, dire non à la destruction implique de tenir compte que c'est le sujet qui est d'abord menacé par ce qu'il détruit. Les menues destructions peuvent ainsi être envisagées comme un traitement de la volonté de jouissance de l'Autre. Tsangor fait des trous, des creux. Autrement dit il opère par soustraction. Soustraction réelle qui, par métonymie, peut trouver à se déplacer et à s'insérer dans une pratique plus acceptable pour les services techniques d'un établissement de santé publique[717]. Nous tenons compte que cette pratique est de l'ordre d'un apprivoisement par le sujet du lieu. Nous tentons donc de lui proposer d'autres modalités. Un infirmier l'accompagne ainsi dans une pratique de recherche, d'excavations dans le jardin. Il s'appuie sur les dires de Tsangor selon lesquels « *il y a des choses qu'on ne sait pas dire dans le jardin* ». Ensemble ils font des trous dans le jardin, zone après zone. Cette manœuvre permet de lier Tsangor à un Autre bienveillant. Mais également d'articuler la pulsion, ce qui s'impose à lui sous la forme de ne pouvoir s'en empêcher, dans une activité. De la destruction, il y a comme un passage vers l'archéologie. Autrement dit, une semblantisation de l'opération du sujet sur le réel. Il y a un début et une fin qui permet de réguler la volonté de l'Autre et du sujet. L'infirmier lui a proposé des gants ce qui semble soutenir Tsangor. En effet, la peau du gant vient apporter une protection supplémentaire. Par ailleurs, cette association permet à Tsangor de rencontrer un Autre qui le

[716]Zenoni, A., "Autonomie et 'Auto-Séparation,'" in *L'autonomie En Question, Lien Social et Santé Mentale*, Les Cahiers de La Santé de La Commission Communautaire Française (Fédération francophone des initiatives d'habitations protégées, 2007).

[717]La clinique du sujet doit en effet *se défendre* contre les préoccupations des gestionnaires quant aux coûts, et la conduite rationnelle qui voudrait que nous l'empêchions d'opérer.

croit et le reconnais. Enfin, ensemble, ils mettent de la distance avec le trop de réel en le localisant et le diffractant en zones.

Ici, nous avons un traitement qui se construit à partir de la jouissance et non à partir de l'Autre. L'infirmier s'est fait « partenaire-symptôme », inventant, bricolant avec le patient. « *Ces sujets ne se civilisent pas par des normes qu'on voudrait leur faire appliquer à tout prix, mais plutôt par le traitement du rapport à l'objet [...] ; c'est par ce biais que, petit à petit, le rapport à l'Autre se civilise* » écrit Jean-Robert Rabanel[718]. Dans son article, « Une clinique de l'objet *a* en institution », il envisage le lien social à partir de lalangue. C'est à dire à prendre notre départ du Signifiant Un-tout-seul, pour une pratique hors sens. Ce n'est donc pas un traitement qui en passe par le Père, mais par l'objet, le maniement de la lettre, par le dialogue.

Être un secrétaire inventif ne veut pas dire aider le sujet à délirer. « C'est choisir dans le travail du délire ce qui amène, ce qui va vers une nomination possible »[719]. La conversation avec un patient telle qu'elle se pratique dans le cadre des présentations de malade à l'hôpital, nous amène à considérer que le réel des phénomènes n'empêche pas l'établissement d'une conversation. Mr X, Pierre, témoignent de ce qu'avant même la rencontre, ils sont déjà à l'œuvre de traduire ce qui arrive, ce qui excède la signification. Notre travail est de repérer le système dans le chaos hallucinatoire. Dès 1956, Lacan nous invitait à cette analyse des troubles du langage :

« Là où le signifiant ne fonctionne pas, ça se met à parler tout seul au bord de la grand-route. Là où il n'y a pas la route, des mots écrits apparaissent sur des écriteaux. C'est peut-être cela, la fonction des hallucinations auditives verbales de nos hallucinations – ce sont des écriteaux au bord de leur petit chemin »[720]

Le pragmatisme de la clinique est donc d'accompagner le sujet sur le chemin, en tenant compte de la façon dont la langue est parasitée, des significations nouvelles produites par métaphore ou métonymie, de la singularité des obstacles qu'il rencontre. Dans la mesure où ils nous permettent de reconstruire ce qui est traumatique pour ce sujet et donc de l'accompagner avec tact. En quoi consiste l'avertissement conclusif d'Éric Laurent dans son intervention sur « Les traitements psychanalytiques des psychoses » :

« La conversation pragmatique sur la signification qui s'établit ne nous fait pas oublier le réalisme de la structure : cliniquement, il y a paranoïa et schizophrénie. Il y a aussi tous ceux qui ne relèvent pas de ce découpage. C'est ce réalisme de la structure qui doit faire de l'analyste le secrétaire, attentif au cas, nominaliste, bien centré sur ce qui se dit, qui ne rate pas un enchaînement, qui veille sur le réalisme des structures et intervient en tenant compte de ces entrelacs, de ces nœuds ».

[718]Rabanel, J.-R., « Une clinique de l'objet *a* en institution », La Cause freudienne, n°78, 2011, Navarin.
[719]Laurent, E., « Les traitements psychanalytiques des psychoses », op.cit.
[720] Lacan, J., « Les psychoses », Séminaire III, Leçon du 20 juin 1956, op.cit.

4.1.3. Le couple patient-thérapeute et le bout de réel en jeu

Le capitonnage, dans ces différentes formes, vise à repousser l'horizon du réel. C'est accompagner le sujet dans un trajet qui vise à maintenir la jouissance bordée dans une nasse. Autrement dit les trois déclinaisons des traitements possibles correspondent à l'armature où le semblant se décline dans le chapitre VIII, « Savoir et la vérité », du Séminaire XX « Encore »[721]. Ce schéma en triangle est en quelque sorte «une porte d'entrée» vers le dernier enseignement de Lacan. Sous les espèces du vrai, du semblant et de la réalité, par rapport auxquels la jouissance est extime, Lacan réorganise le ternaire conceptuel RSI. Ce que nous y trouvons pour notre usage c'est une combinatoire de semblant. La nomination dont l'horizon toujours se repousse de ce qu'il y a une faille dans l'Autre du signifiant ; le semblant et l'objet comme bords, ou élémentisation du réel ; et sur le chemin du réel vers l'imaginaire, le phallus comme semblant, qui permet de supporter la réalité en accrochant une part de la jouissance. Or, dans notre clinique, c'est sur ce chemin que quelque chose rate : en raison de l'absence de la signification phallique, le sujet perd la référence à même de limiter la dérive du sens. Mais, ce que Lacan décline également dans ce schéma ce sont des éléments, au-delà du phallus, dont l'articulation à partir du *pas-tout*, ouvre de nouvelles perspectives. Dès lors, tout notre travail est d'accompagner le sujet dans cette ronde pour inventer un savoir et trouver un nouvel arrangement avec la jouissance.

a. Partenaire-symptôme

«Partenaire-symptôme» est un syntagme forgé par J.-A. Miller. Il vise en quelque sorte le changement de statut du symptôme lorsqu'il ne s'interprète plus comme une métaphore qui exprime la vérité du sujet. Dans « Savoir et vérité»[722], Lacan ouvre le discours analytique à l'idée que le savoir inconscient est la répétition qui vise la jouissance[723]. Le symptôme devient donc un moyen de jouissance. Cela nous conduit à une pragmatique du symptôme : aux arrangements singuliers d'un sujet avec une jouissance non réglée par le phallus, grâce à un savoir-faire particulier, des nouages plus ou moins solides, construits ou reconstruits à partir de «pièces détachées» plus ou moins subtiles[724].

Cette clinique donne son prolongement à la recommandation de Lacan en 1966 « *de faire crédit au sujet psychotique afin de «ne pas jauger le fou en termes de déficit» [:] [...] penser et opérer à partir d'une logique de stabilisation et de déstabilisation de la jouissance*

[721]Lacan, J., Séminaire Livre XX « Encore », Editions du Seuil, coll. Essais, 1999.
[722]Idem.
[723]Idem, p. 118 : « Cela tient à la structure même qu'évoquaient au temps où je les ai construits pour vous mes quadripodes – la jouissance ne s'interpelle, ne s'évoque, ne se traque, ne s'élabore qu'à partir d'un semblant ».
[724]Russo, P., « Psychose », Scilicet, « Semblants et sinthome », collection rue Huysmans, Une publication de l'Ecole de la Cause freudienne, 2009. p. 278.

»[725]. Se dégage un espace de liberté pour l'invention contingente et une autre approche de l'incurable[726].

En s'orientant à partir du réel du symptôme, la psychanalyse se dégage de l'impasse liée à l'idéal de guérison. Les patients dont nous avons parlé incarnent l'incurable pour la psychiatrie contemporaine, dans la mesure où elle opère à partir des bonnes intentions du thérapeute et de la bonne volonté du patient. Au contraire, l'orientation que nous avons dégagée maintien un site possible, non pas à partir des bonnes intentions ou des bons soins, mais à partir de la supposition que le sujet psychotique est au travail. Elle opère à partir du désir de l'analyste, pour lequel, « aucune carte n'est déjà tracée pour savoir comment relever ce défi, qui est davantage clinico-politique que conceptuel »[727]. Ce qu'indique Lacan dans «Proposition sur le psychanalyste de l'école»[728], c'est que nul ne connait d'avance ce qui est thérapeutique pour un sujet. C'est une contingence, qui se produit dans la liberté du consentement.

La théorie du partenaire, que J.-A. Miller a dépliée notamment dans la revue Quarto[729], a en son centre le langage comme puissance de semblant : comment le langage peut-il toucher au réel? D'autre part, il apparaît dans cette théorie, que le partenaire fondamental du sujet n'est pas l'Autre, c'est quelque chose du sujet lui-même : son image, son objet petit a, son symptôme. Dès lors ce qui oriente le clinicien dans la rencontre c'est : avec qui le sujet joue-t-il sa partie? Le symptôme, loin d'être un obstacle, est donc une médiation. Un point de capiton[730] lui-même, un *ne cesse pas de s'écrire*, qui souligne sa dimension nécessaire par rapport à l'impossible du réel. « Pas d'homme, au sens générique, sans symptôme». Dans le symptôme il y a ce qui change et ce qui ne change pas. La constante c'est son attache pulsionnelle, sa variable, c'est son inscription au champ de l'Autre. Ce qui rend partenaire, par rapport à la jouissance solitaire c'est, écrit Miller, « *cet espoir, qu'on appelle la castration. C'est l'espoir qu'une part de la jouissance autistique soit perdue, et qu'elle se retrouve, sous forme d'objet perdu, dans l'Autre* ». Mais lorsque l'Autre n'existe pas, comment le sujet arrive-t-il à se débrouiller avec le réel?

Le psychotique, en effet, est libre de l'Autre, il ne lui demande rien, parce que celui-ci lui a déjà répondu sous la forme de l'hallucination ou de la certitude. Comment dès lors se faire l'interlocuteur d'un sujet à qui l'Autre a déjà répondu ? Le problème est de l'introduire à S de grand A barré. En effet, écrit François Leguil[731], « appliquer la psychanalyse à la thérapeutique est inviter un sujet à s'éduquer au manque dans l'Autre, au Ⱥ ».

Une première piste est du côté de l'introduction du sujet. C'est là le génie freudien d'avoir introduit le sujet dans le texte de Schreber. « *« Ce qui veut dire ne pas jauger le fou en*

[725] Idem, p. 279.

[726] Billiet, L., « Deux approches de l'incurable », Mental n°13, « Soigner par la psychanalyse », Décembre 2003.

[727] Russo, P., « Psychose », Scilicet, « Semblants et sinthome », op. cit. p. 279.

[728] Lacan, J., « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'école », Autres écrits, op.cit., p. 246.

[729] Quarto n°77, « Les effets de la sexuation dans le monde », Juillet 2002.

[730] Miller en écrit la formule : Σ/Ø

[731] Leguil, F., « L'en-deçà et l'au-delà de la thérapeutique », Mental N°13, op.cit.

termes de déficit», mais au contraire référer ce qu'il dit aux catégories logiques qui valent pour chacun. Ceci définit un des principes fondamentaux de la pratiques lacanienne». Ce que veut dire ici Pierre Malengreau[732], c'est que le psychanalyste n'est pas le partenaire, mais le secrétaire dans la mesure où il vise à «faire respirer une incapacité» dans le dire du sujet.

Introduire le sujet dans le texte psychotique équivaut à introduire une soustraction par rapport à des énoncés qui ont trop de sens. C'est une opération d'extraction des détails susceptibles de faire déconsister l'ensemble, qui s'approche du travail que nous avons relaté concernant Tom. C'est la fonction d'indétermination de la traduction, qui permet d'introduire un vide, un trou dans l'Autre. Le travail de bien dire est ainsi une façon de se débrouiller avec le réel, de faire émerger une fiction ou une fixation qui met en forme ou redistribue la jouissance. Dans ce cas, nous trouvons également la question de ce à quoi consent le clinicien. Consentement qui ouvre à la contingence. En disant «oui» au travail que propose Tom, « *nous disons oui aux signes infimes qui localisent la jouissance. La pratique du secrétaire passe par un juste repérage, voire par la construction des fictions qui localisent la jouissance là où elle se fait totalitaire* ».

Le symptôme est donc la boussole dans la pratique lacanienne. En tant qu'il est lui-même un traitement de la jouissance particulier à un sujet, c'est par rapport à lui que se règle notre intervention. Car c'est en se réglant par rapport au symptôme que l'opération analytique permet de modifier la position du sujet. Ce n'est pas un geste de maîtrise, mais un acte qui ne s'avère que par ses conséquences.

La notion de partenaire-symptôme ouvre également des perspectives pour le traitement du réel dans un cadre institutionnel. C'est l'orientation de la pratique à plusieurs, qui vise à pluraliser et décompléter l'Autre, nommer les liens, et consentir aux inventions symptomatiques. Autrement dit, c'est une nouvelle dimension de l'Autre qui devient le lieu de la jouissance lui-même, son mode de jouir. Il s'agit de proposer un nouveau partenariat avec le symptôme, un changement de relation.

La dimension d'usage que J.-A. Miller relève pour le symptôme, se transpose dès lors pour le secrétaire du psychotique, dans la mesure où il s'agit de penser, dans la rencontre, à l'usage que le psychotique peut faire de nous. Se faire destinataire, pour avoir une chance de se faire partenaire, et permettre au sujet de sortir de l'autisme de sa jouissance pour s'engager dans un lien social. « Serons-nous assez consentant au transfert qu'il nous impose au point d'accepter les formes hors-normes qu'il nous impose ? »[733]

b. Corps-à-corps

Le corps schizophrénique apparaît comme une conséquence d'une dialectique biaisée du sujet. C'est-à-dire que par rapport à la conception de la libido-organe, développée par Lacan dans le séminaire XI, le schizophrène ne se sépare pas. Il n'y a pas de localisation de l'organe-libido, ce qui se répercute directement sur le sentiment de l'organisme. D'autre part,

[732]Malengreau, P., « Le partenaire du psychotique et son secrétaire », Mental N°13, op.cit.
[733] Idem.

cette jouissance désarrimée a pour conséquence de laisser le sujet sans « état-civil »[734]. Cela laisse le sujet « hors-normes » dit Miller. Enfin, « faute de se localiser comme castration sur le phallus », c'est-à-dire comme manque, il parle d'une signification généralisée du corps dans la schizophrénie. Or, si le sujet n'est pas sans autre organe que le langage, la formule de Lacan que l'on trouve dans « L'Etourdit » prend sens pour la pratique : « le dit schizophrène a à s'arranger avec ses organes hors de toute référence à un discours établi »[735].

« Avoir à s'arranger » implique que le schizophrène doive créer un autre système pour appareiller la jouissance, pour faire fonction phallique. C'est la leçon que tirait Miller du cas Robert, de Robert et Rosine Lefort : « Le schizophrène n'a pas le signifiant du manque, rien n'empêche qu'on puisse essayer de l'aider à l'obtenir dans le réel »[736].

Comment accompagner un sujet dans le traitement de la jouissance ? Notamment quand ce à quoi il a affaire est ce que le sujet a de plus réel ? Une pragmatique de la psychanalyse, c'est dans un premier temps une position au regard de la clinique comme réel, c'est à dire comme l'impossible à supporter. Notamment quand le rapport traumatique du sujet à la langue n'est pas recouvert par l'habit du discours, l'usage du semblant. Qu'est-ce qui peut donc l'aider à border ce réel ? Quelle technique ? Quelle clinique ? Quelle éthique ?

Une des versions du traitement du trop-plein de jouissance est dans le court-circuit du passage à l'acte. Le corps-à-corps est alors une conséquence de ce qui ne peut pas s'élaborer dans le symbolique.

Tsangor nous rejoint pour la réunion hebdomadaire avec le groupe de patients. Il s'assoit à côté moi et commence tout de suite à parler. « *Est-ce qu'on a le droit de sortir les gens ? De virer les gens ? X. m'a dit tu sors !* » Je l'invite à préciser la différence entre sortir et virer. Sortir, c'est une demande. Virer : « c*'est gronder, c'est avec une voix forte, vulgaire* ». Il y a un effort de bien dire de la part du sujet. Cependant, le style des réunions ne permet pas que la conversation se poursuive sur cette distinction. Lors de ces réunions, nous donnons la parole à chaque patient, un par un. Vient le tour d'un patient qui, s'il ne parle pas avec des mots, a son propre style pour s'exprimer. Ce sont souvent des onomatopées accompagnées de gestes, sorte de chorégraphie langagière. Depuis longtemps nous avons repéré que Tsangor est fasciné par ce patient, et qu'il se positionne en miroir avec lui, reproduisant cette chorégraphie énigmatique. Tsangor va s'asseoir à ses côtés et nous montre la séparation impossible avec l'autre. « *Pa Pa* », il le colle, ne parvient pas à s'arrêter. Lorsque la réunion se conclut et que nous opérons la séparation, Tsangor dit : « *il y a une excitation* ». Il se tait, se repli sur lui, et reste assis au milieu de la salle pendant que chacun vaque à ses occupations.

Dans un second temps, Tsangor vient à ma rencontre alors que je suis dans le patio. Il nous installe le dos contre un mur, et joue avec la montre à mon poignet. « *Tu t'es demandé ce qui se passe ? Un peu ou beaucoup ? Pourquoi ?* ». Il est difficile de répondre à ses questions,

[734] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », Quarto n°10, revue de psychanalyse publiée en Belgique, Février 1983.

[735] Idem.

[736] Miller, J.-A., « Clinique ironique », op. cit.

car même en les formulant le plus légèrement possible, avec le moins de mots, le moins de signification possible, ces réponses ne permettent pas que ça s'arrête pour Tsangor. Il est comme pris dans un tourbillon de pensées qu'aucune parole ne permet de capitonner. Nous marchons un peu avec une autre patiente, jusqu'à la salle de musique.

Tout d'un coup Tsangor passe en trombe devant la porte du salon de musique et fracture la porte vers le jardin. Je le retrouve à côté, contre une fenêtre, à tracer des cercles dans la poussière avec son doigt : « *ça va pas, je veux pas en parler* ». Je lui demande si je peux rester : « *oui, t'en vas pas* ». Je reste un moment sans parler. Je frissonne, m'approche pour me mettre plus à l'abri. Il me dit : « *on dit que je progresse. Moi je pense pas* ». J'accuse réception de cet énoncé subjectif. Mais ne commente pas. Il s'agit pour moi de ne pas diluer ce dire du sujet dans le *blabla*. Il s'agit également de ne pas réamorcer la fuite de la pensée. Je l'invite à rentrer. Il refuse, il ne me regarde pas, occupé à ses dessins.

Cette séquence s'opère en battements, absence-présence de Tsangor, mais aussi de moi-même auprès de lui. Dans la dernière, j'interviens alors que l'Autre catégorique se présentifie réellement.

Tsangor décolle le joint de la porte, tire sur ce fil qui se détache. Je le rejoins. Je glisse le fil d'entre ses doigts, « tu pourrais te faire mal ». Il le reprend, « *ça va pas* », se retourne, cours vers le jardin et cri « *j'ai peur* ». Je le laisse partir vers le fond du jardin. Je ne sais pas s'il faut le suivre ou le laisser tranquille. Tsangor a peur, depuis le début de la matinée il nous témoigne de son embarras. Je crains de le persécuter. Je m'approche néanmoins, Tsangor est caché par les arbres, je fais mine de le chercher en l'appelant doucement. Je l'aperçois alors qu'il est de l'autre côté du grillage. Il court. Je crie un peu plus fort son prénom. Il se retourne, ralenti. J'ai la conviction que courir après lui à ce moment-là risque de le terroriser. Il s'arrête et répond un peu à mes signes tout en continuant d'avancer. Je continue à lui faire des signes en l'appelant sans crier. Il ne court plus mais poursuit sa route. Je retourne dans le service. Prévient l'équipe et pars à sa rencontre.

Je l'aperçois en bas du chemin contigu au lieu. Je ne me précipite pas. Le hasard a permis qu'il rencontre un autre membre du service. Ils remontent tous les deux le chemin. Arrivé vers moi, Tsangor me prend la main tout en poursuivant sa conversation avec l'autre personne. Nous regagnons tranquillement l'unité. Alors que nous le raccompagnons, Tsangor s'arrête sur le seuil du bureau médical et interroge le médecin : « *je vais remonter en chambre ?* » La réponse qui lui est faite percute littéralement Tsangor qui fuit dans un coin, puis dans le bureau du cadre. Nous le rejoignons, il est assis, prend un feutre, se recule et dit « *Pourquoi ça se passe toujours comme ça ?* » Cette phrase dite par lui déclenche une agitation anxieuse. Il se débat, nous dit « *sortez de chez moi* », il renverse les documents. Ce qui se produit alors est un corps-à-corps où Tsangor cherche à nous repousser, à se dégager de notre intrusion.

On pourrait presque dire que toute cette séquence montre Tsangor en train de repousser de tous ses efforts le passage à l'acte. Il n'a pas cessé de faire des tentatives pour se défendre des voix et de l'excitation : en me parlant et en s'absentant, puis par la fugue. Il me semble que l'ensemble des dires du sujet ce matin-là sont à prendre très au sérieux, comme les

indices que Tsangor est désespéré de ne pas réussir à sortir de l'angoisse autrement que dans la répétition du passage à l'acte. Mon hypothèse est, qu'au moment où il formule un dire subjectif, « *Pourquoi ça se passe toujours comme ça ?* », Tsangor ne peut en supporter l'énonciation. Ne pouvant être l'agent de son propre dire il s'écrase dans l'agir. C'est lui-même qu'il rejette dans ce passage à l'acte.

Le corps-à-corps ne se réduit pas à la résolution de l'angoisse dans le passage à l'acte. Il peut également servir à soutenir le travail du sujet. C'est le corps à corps avec le thérapeute qui est impliqué dans le travail du sujet pour produire un trou. Éric Laurent, dans « La bataille de l'autisme »[737], précise les conséquences pour des sujets immergés dans le réel. Si dans le réel rien ne manque, il n'y a pas de trou, pas de bords, le sujet est confronté à la nécessité de produire le manque dans le réel. Il opère alors par forçage, automutilation. Les phénomènes de corps morcelé témoignent du sujet qui vit dans un monde plein, sans limites. C'est dans la perspective d'instaurer une limite à cet éclatement qu'Éric Laurent souligne l'implication du corps de l'Autre-thérapeute :

« La présence de l'autre est effectivement requise. Le corps de l'autre est nécessaire pour obtenir une certaine stabilisation. L'enjeu est donc d'inventer une procédure particulière, adaptée à chaque cas, telle que la présence de l'autre soit supportable pour le sujet, de sorte que le dispositif permette de lui octroyer un corps par l'effet de double qu'il implique »[738].

Dans le chapitre huit, « Le loup ! Le loup ! », du séminaire I, « Les écrits techniques de Freud »[739], nous nous sommes intéressé à l'impact des interprétations successives de la psychanalyste Rosine Lefort sur le corps du petit Robert. Dans la mesure où il semble que celles-ci lui servent à parer au morcellement de son corps, à ordonner sa relation au monde, et à y trouver une place.

Robert est né le 04 Mars 1948, de père inconnu. Sa mère est internée comme paranoïaque. Elle a gardé Robert jusqu'à l'âge de 5 mois, le menant dans ses errances, et le négligeant jusqu'à ce qu'il souffre de la faim. Jusqu'à ses 3 ans, il vivra vingt-cinq changements de résidence. Rosine Lefort rencontre Robert à 3 ans et 9 mois. Dans sa présentation au séminaire de Jacques Lacan, le 10 Mars 1954, Rosine Lefort expose la première année du traitement. Elle note l'état initial de Robert et conclut en soulignant la gravité du cas. Elle tenta néanmoins le traitement psychanalytique de cet enfant psychotique, « *tout en se demandant si on arriverait à quelque chose* »[740].

Des éclairages que R. Lefort apporte en 1988[741], à propos de la sortie de son livre « Les structures de la psychose », nous retenons d'abord que lors des premières semaines du traitement, le biberon n'est pas un objet oral, mais l'équivalent du pénis dont Robert tenta de

[737] Laurent, E., « La bataille de l'autisme », op.cit., Chapitre 4 « Les sujets autistes, leurs objets et leur corps ».
[738] Idem, op.cit., p.110.
[739] Lacan, J., *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre 1: "Les écrits techniques de Freud"*, Le champ freudien (Paris: Ed. du Seuil, 1975).
[740] Lacan, J., Séminaire Livre I, « Les écrits techniques de Freud », Seuil, Paris 1975, p.109.
[741] Miller, J., « L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort », sous la direction de Judith Miller, Navarin, La bibliothèque lacanienne 2010, p.148.

se mutiler. « Il ne savait pas s'il était fille ou garçon », mais il était poussé à se faire fille pour être aimé. Robert a commencé à vivre à 4 ans la relation primitive mère-enfant, ce qui a posé la question de la différenciation sexuelle. « Le problème était d'arriver à lui faire recevoir la nourriture sans que cela entraîne sa castration »[742] nous dit R. Lefort. Il s'agissait de l'aider à se différencier, lui donner la possibilité de recevoir et de donner sans craindre d'être châtré.

La première phase du traitement est celle où l'analyste s'inscrit au plus près de ce que Robert produit avec les objets de la séance : un biberon et une cuvette d'eau. A la fin de la troisième séance, après avoir tout entassé sur Rosine Lefort, dans un état de grande agitation, il a filé, et elle l'a entendu, au haut des escaliers, dire, sur une tonalité inhabituelle, « *Maman* », face au vide. C'est-à-dire que Robert n'émet pas là un signifiant gelé, tel que « *Le loup* », mais une adresse à l'Autre. Cette phase s'est terminée en dehors du traitement nous dit-elle. « Un soir, après le coucher, debout sur son lit, avec des ciseaux en plastique, il a essayé de couper son pénis devant les autres enfants terrifiés »[743]. La rencontre semble s'inaugurer de cette opération où la castration dans le réel, la perte, est nécessaire à l'élection d'un objet, le biberon, support de ses constructions.

Pour Robert, les opérations de l'ingestion et l'excrétion sont marquées du signe de la destruction. Un jour, il prend le biberon, en avale quelques gorgées, en arrache la tétine et s'inonde de lait. Il vide le reste sur Rosine Lefort et part, pris de panique. D'autre part, Robert se croyait obligé de faire caca en séance, pensant que s'il donnait quelque chose, il garderait l'analyste[744]. La scène de l'offrande de l'objet anal, signe que rien de son corps ne lui appartenait. Le déchet anal il devait le céder à un Autre qui n'était pour lui qu'Autre du surmoi et du commandement.

L'interprétation de Rosine Lefort faite à Robert, lui « donnant la permission de se posséder à travers ce caca dont il pouvait disposer »[745], lui offrit la possibilité nous dit-elle, de devenir agressif. Cependant, n'ayant pas le « sens de l'agressivité », n'ayant jusque-là jamais rien possédé, et la confusion étant telle entre lui-même, les contenus de son corps, les objets, les enfants et les adultes qui l'entouraient, que son agitation dans la vie et en séance s'accrût. C'est dans un grave état de tension, nous dit R. Lefort, que Robert témoigne de « l'idée qu'il a de lui-même » :

« Robert se représentait ainsi, il était Le loup ! C'est sa propre image qu'il frappe ou qu'il évoque avec tant de tension. […] Successivement et à la fois, il est tous les éléments qu'il a mis dans le pot. Il n'était que la série des objets par lesquels il entrait en contact avec la vie quotidienne, symboles des contenus de son corps. […] Mais la scène du pot montre qu'il différenciait très peu tout cela. Pour lui, tous les contenus sont unis dans le même sentiment de destruction permanente de son corps, qui, par opposition à ces contenus, représente le contenant, et qu'il a symbolisé par le biberon cassé, dont les morceaux furent enfouis dans ces contenus destructeurs »[746].

---

[742] Lacan, J., Séminaire Livre 1, « Les écrits techniques de Freud », op.cit., p.115.
[743] Idem p.109.
[744] Idem p.110.
[745] Idem, P.110
[746] Idem p.111.

En 1988, elle nous dit que, dans la psychose « le corps est exposé au signifiant matérialisé »[747]. L'Autre auquel a affaire Robert, est ramassé sous un signifiant, « *Madame !* », dont il est la marionnette. « Le loup ! », quant à lui, y est la « jaculation terrorisée »[748] par laquelle il exprime sa souffrance d'un corps vide. « Le loup ! » était le signifiant du « *trou dans le signifiant, qui affectait toute sa relation au monde, aux objets et à l'Autre.* […] *ce dont Robert manquait c'était de paroles, au point même de ne pas connaître son nom* »[749].

Dès lors ce que R. Lefort appelle « l'exorcisme du Loup », c'est exorciser les scènes de la vie quotidienne. Cela à partir des interprétations qu'elle lui proposait afin que se différencient les contenus de son corps. Robert « avait trop peu reçu pour pouvoir donner quelque chose sans que cela le détruise »[750]. Cette interprétation rassurante, et la permanence de la présence de l'Autre – Rosine Lefort, permirent que se dialectisent le vidage et le remplissage du pot. R. Lefort articule sa position auprès de lui : « *toute mon attitude fut de lui montrer la réalité du pot, qui restait après avoir été vidé de son pipi ; comme lui, Robert, restait après avoir fait pipi, comme le robinet n'était pas entraîné par l'eau qui coule* »[751].

En même temps qu'il exorcise le loup, son comportement change. R. Lefort note qu'il peut passer à la construction de son corps. C'est à partir de la dialectique précise des contenants et des contenus que Robert a établi, que cela a été possible. Nous pourrions dire que R. Lefort a adjoint à ce que Robert témoignait dans le réel, des paroles, qui ont permis que le comportement s'articule à l'Autre, voire qu'il se mette en scène dans le transfert, jusqu'à ce qu'il puisse se différencier et se nommer. Dans le transfert, le lait acquiert la signification de quelque chose de bon, l'enfant peut prononcer son nom et toucher son corps.

La construction au cours de l'analyse a permis à Robert de « *changer de structure de corps* »[752]. Une fois « *Le loup !* » disparut, il cessa d'être un simple sac contenant, dont le contenu était dû à l'Autre. Le dernier palier du traitement qu'évoque R. Lefort au séminaire est résumé ainsi : « *Le contenu de son corps n'est plus destructeur, mauvais, Robert est capable d'exprimer son agressivité en faisant pipi debout, et sans que l'existence et l'intégrité du contenant, c'est-à-dire son corps, soient mises en cause* ». Le comportement de Robert change, seul son langage reste rudimentaire, fait de mots essentiels.

Pour conclure, Là où tout est réel, Rosine Lefort propose à cet enfant une présence articulée à une parole, capable de lui fournir l'idée qu'il est humain. C'est-à-dire, nous dit P. Lacadée, qu'elle lui propose « *un Autre qui parle, qui tient sa parole et revient toujours, l'Autre du pacte qui rappelle la règle, mais qui aussi bien protège. Sa position consiste à introduire un Autre où fonctionnerait la régulation normalement imputable au Nom-du-*

[747] Miller, J., « L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort », sous la direction de Judith Miller, Navarin, La bibliothèque lacanienne 2010, p.143

[748] Idem. p.148.

[749] Idem p.149.

[750] Idem p.112.

[751] Idem p.112.

[752] Idem p.149.

Père »[753]. Il semble que Robert soit parvenu à se construire un corps, par l'articulation « *des manifestations irrationnelles et désespérées de la pulsion de mort* »[754] à la parole de l'Autre. Et à l'élaboration d'un certain savoir-faire, là où « *Le loup !* », en tant que représentant de la fonction du surmoi, appliquait sa loi insensée sur son corps et créait un enfer autour de lui.

La séquence proposée par Rosine Lefort est paradigmatique du sujet pour lequel tout le symbolique est réel. Elle démontre l'exigence dans laquelle il se trouve à réaliser le manque dans le réel. Le cas Robert a la fonction pour nous d'illustrer la position du schizophrène, « nous avons là, comme mis en scène, la livraison de chair qu'exige l'inscription du sujet dans le signifiant ». « *A cet égard, [commente Jacques-Alain Miller,] on peut dire que le sujet n'arrive pas à faire sens avec du semblant. Il lui faut cette livraison de chair pour de vrai* »[755].

> « Tout est dit, à savoir que le sujet, pour arriver à traduire la castration dans le semblant, ne dispose pas de l'opérateur qu'il faudrait. […] il s'agit pour le sujet, de créer, de créer en payant de sa personne, un manque-à-être. Et le sujet, au fond, ne s'y trompe pas. […] Il sait parfaitement que pour s'accomplir comme sujet, il lui faut créer un point de manque qui est strictement identique au phallus, dont le support organique est le pénis. Je considère donc cette séquence comme spécialement démonstrative de ce qu'on peut appeler les tentatives de production du sujet dans la psychose. »[756]

Rosine Lefort a supposé un vouloir-dire au-delà de ce qui s'imposait comme le vouloir-jouir de la pulsion désarrimée. C'est-à-dire que là où la parole était dominée par la pulsion, en tant qu'elle n'assure pas communication, mais jouissance, elle a supposé que le sujet tentait un arrangement. Elle a isolé que le partenaire de Robert était ce qu'il n'arrivait pas à supporter. Mais c'est bien parce que Rosine Lefort s'est proposée pour soutenir cet enfant dans ses arrangements, parce que le sujet y a consenti, que la thérapie a pu s'engager. Elle a permis que s'établisse un lien entre le champ pulsionnel et l'Autre. Or, c'est dans cet espace, le champ de l'Autre, que peuvent s'inventer les semblants, les modes de satisfaire la pulsion par les semblants. La castration étant la mise en scène de cette nécessité[757].

---

[753] Lacadée, P., « Sur mesure », in Miller, J., « L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort » op.cit., p. 69

[754] Coccoz, V., « La logique de la structure », in Miller, J., « L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort » op.cit., p.17.

[755] Miller, J.-A., « Du symptôme au fantasme, et retour », Cours d'orientation lacanienne, Paris VIII, inédit, séance du 25 Mai 1983.

[756] Idem.

[757] Miller, J.-A., « La théorie du partenaire », Quarto, Revue de psychanalyse, n°77, « Les effets de la sexuation dans le monde », Juillet 2002.

Chapitre 2. Une nouvelle alliance du sujet et de la pulsion

La dimension autistique du symptôme dans la schizophrénie est liée au statut de la pulsion: c'est une jouissance qui se passe de l'Autre. Le schizophrène est par excellence le sujet dont la jouissance le coupe du champ de l'Autre. Dans la mesure où le sujet est holophrasé, quel accès à l'espace subjectif ?

Le langage n'est pas le vecteur de la métaphorisation du sujet. C'est à dire qu'il ne permet pas au sujet de construire un mythe sur la jouissance. Au contraire, le langage dans la schizophrénie métonymise la jouissance. C'est une pathologie du langage dans la mesure où il attaque, ravage le sujet. Le trouble de l'articulation signifiante ne permet pas qu'un objet se sépare. Or, sans perte, le corps ne peut pas exister, il est disjoint du sujet et s'abîme dans le passage à l'acte. Ou bien, l'absence de trait unaire produit un chaos hallucinatoire, des identifications imaginaires changeantes. En définitive l'ironie, si elle porte atteinte à l'Autre social, est une défense contre le réel dans la mesure où elle tourne en dérision l'obscénité de la jouissance. C'est un usage de la langue et d'un style d'énonciation qui permet un traitement de l'Autre et de la jouissance.

Ce qui se spécifie la rencontre c'est l'abord de la psychose comme affaire du sujet. C'est écouter ce qui dans la langue signe l'énonciation du sujet. Autrement dit, apprendre du sujet les éléments non-standards qu'il peut faire fonctionner : signifiants isolés, éléments de jouissance qui peuvent entrer en chaîne et faire point d'arrêt.

Cependant, nous avons vu qu'il y a des sujets pour lesquels l'attrait de la jouissance est tel que la pulsion ne s'inscrit d'aucune manière au champ de l'Autre. La volonté de jouir n'est que pulsion de mort. C'est l'autre qui doit se mobiliser. Il faut concevoir un discours qui essaye d'entourer la chose informe, de rendre le réel obéissant. Dès lors, la demande et le désir viennent de l'Autre institutionnel. Les conditions du traitement sont donc directement articulées au transfert.

4.2.1. Les paroles imposées

« *Pourquoi un homme normal, dit normal, ne s'aperçoit pas que la parole est un parasite, que la parole est un placage, que la parole est la forme de cancer dont l'être humain est affligé. Comment y en a-t-il qui vont jusqu'à le sentir?* »[758] C'est par cette phrase de la leçon VI du Séminaire « Le sinthome », que Lacan nous invite à penser que le psychotique va plus loin que l'homme « normal ». Dans cette leçon, Lacan fait retour sur le cas de « l'homme aux paroles imposées », qui lui a été proposé lors de sa présentation de malade à l'hôpital

[758]Lacan, J., Séminaire Livre XXIII, « Le sinthome », *Leçon VI « Joyce et les paroles imposées »*, op.cit., p. 95.

Sainte Anne, et à propos duquel il parle de « psychose lacanienne ». C'est à dire que la psychose nous permet de prendre en compte la dimension parasitaire de la parole sur l'être humain.

Dans la première partie de la leçon, Lacan précise la fonction du sinthome comme « ce qui permet de réparer la chaîne borroméenne » : « c'est le quelque chose qui permet au symbolique, à l'imaginaire et au réel de continuer à tenir ensemble ». Le sinthome est donc défini comme ce qui permet à la structure de conserver « *l'air* » d'une chaîne borroméenne à trois nœuds, en tant qu'elle est envisagée comme la normalité[759]. Dans la deuxième partie, il nous semble que la préoccupation de Lacan est clinique. Il s'agit de cerner ce qui est arrivé à Joyce. C'est là qu'il articule la présentation clinique à sa recherche actuelle. En effet, la position de Joyce à l'endroit de la parole, « la briser, la démantibuler – au point qu'il finit par dissoudre le langage même », indique à Lacan que Joyce est concerné par le sinthome « paroles imposées ». Or, le traitement que Joyce impose au langage par l'écriture ouvre à une réflexion sur deux pistes cliniques : s'agit-il « d*e se libérer du parasite parolier [...] ou au contraire de se laisser envahir par les propriétés d'ordre essentiellement phonémique de la parole, par la polyphonie de la parole* ». En ce qui concerne la solution joycienne, il semble qu'elle supplée à la carence paternelle (ou nœud défait) en associant ces deux modalités, l'automatisme mental prenant dès lors une valeur créatrice[760] : les « épiphanies ». Il a accueilli son symptôme pour en faire usage.

a. Les axiomes de Lacan

Le biais pris des « paroles imposées », nous invite à spécifier ce dont est affecté le schizophrène. Ce n'est pas du délire. Arrêtons-nous sur la perspective ironique sur le langage telle que J.-A. Miller la déploie dans l'article « Clinique ironique ». Il expose plusieurs axiomes de Lacan.

Premiers axiomes : « la jouissance est interdite à celui qui parle comme tel » ; « L'Autre, comme lieu du signifiant, est le terre-plein nettoyé de la jouissance ». Autrement dit, le symbolique sert au sujet à éviter le réel, par l'effet de néantisation du langage sur la Chose, au sens du *das Ding* freudien.

Second axiome : « le signifiant n'a pas rapport à la chose mais à un autre signifiant ». Cela implique que le mot ne représente pas la chose, mais que le mot s'articule au mot. C'est l'axiome structuraliste qui implique que le signifiant à cette fonction d'irréalisation.

Troisième axiome : « la vérité a structure de fiction », fait référence à la parole comme ce qui a effet de fiction. « Ce qui est, écrit Miller, du seul fait qu'on en parle, devient fiction ». C'est le secret de la clinique universelle du délire : la référence est toujours vide, la vérité est du côté de l'articulation comme ce qui est interne au dire. Pour incarner la référence vide, depuis Freud, la psychanalyse s'est servie du pénis de la mère qui n'existe pas, du moins phi de la castration, « il n'y a pas de rapport sexuel », du sujet barré:$. L'invention de Lacan est

[759]Dissez, N., « A propos de la rencontre de Lacan avec « l'homme aux paroles imposées », 2014, Freud et Lacan par l'Association Lacanienne Internationale.

[760]Idem.

d'avoir trouvé une référence d'un type nouveau, produit de l'articulation elle-même : l'objet petit *a*, dont la fonction est de « donner sa place à la jouissance interdite ».

La somme de ces propositions conduit Miller à plusieurs déductions quant à la psychose, et la schizophrénie en particulier : d'une part, l'objet n'est pas perdu dans la psychose, ensuite l'Autre n'est pas séparé de la jouissance. Dès lors, le désir de l'Autre, l'Autre et la chaîne signifiante sont *dans* le réel. D'autre part, si ce qui spécifie la schizophrénie, c'est de ne pas se défendre. D'être le seul « parlêtre à qui le symbolique ne sert pas éviter le réel », rien ne vient faire tampon entre le symbolique et le réel pour localiser la jouissance. Le symbolique est collabé avec le réel. En conséquence, l'Autre du schizophrène, c'est la langue elle-même. Le sujet est donc affecté par la langue en tant qu'elle n'est pas séparée de la jouissance.

Impossible donc de modifier le réel par le symbolique. La confrontation avec une telle inconsistance de l'Autre rend impossible le passage par la demande, au principe même du lien social. C'est ce dont témoigne Lucie. Dans la relation, elle nous impose de répondre au-delà de la demande. En effet, elle formule beaucoup de demandes auxquelles, si nous répondons, elle oppose ensuite un refus. « *On joue ? », « j'ai pas envie* ». « *Ainsi,* écrit Éric Laurent, *les sujets autistes mettent en péril tout identification imaginaire. Ils ne permettent pas qu'un dialogue se poursuive si l'on ne s'autorise que de l'identification hystérique. Pour ceux qui veulent se faire partenaires de ces sujets, il y a un deuil à faire de l'identification hystérique* »[761]. Cela veut dire qu'il ne faut pas attendre qu'un désir se manifeste, qu'une demande s'exprime. Nous devons nous « en tenir au bout de réel en jeu », et passer par d'autres chemins que celui de la demande.

Avec Lucie, les séances sont courtes, je me fais l'auditrice, et intervient peu. Je m'oriente de ce qu'Éric Laurent a nommé « une clinique de la chaîne et de l'extraction ». Ainsi, le circuit métonymique peut nous servir à la construction de bords : « *Nous avons à prendre en compte l'hétérogénéité des composants de cette espèce de bord pulsionnel qui utilise tout le matériel (jeux, déplacements, paroles, etc.) se présentant dans l'interaction avec le sujet* »[762].

C'est pourquoi, le passage par les objets, la façon dont elle leur parle dos à moi, les traces qu'elle produit, sont autant d'indices du travail en cours. Par ailleurs, le passage de l'angoisse à la peur, mais aussi la circonscription de l'étalage des selles au seul lieu de sa chambre, et de façon beaucoup moins fréquente, nous indiquent que le monde semble moins réel pour Lucie. Quelque chose a pris forme et lui permet de s'adresser à nous, elle témoigne même d'affinités avec l'imaginaire.

A l'inverse, Antonin n'échappe pas à l'irruption du réel. La relation qu'il entretien avec le signifiant n'autorise pas le repos. Le traumatisme de la rencontre du corps et du langage *itère*. C'est à dire que le langage ne permet pas l'articulation, mais consiste dans la répétition insensée de signifiants tout-seuls. Dès lors, la seule façon de se soustraire à cet Autre féroce réside dans la précipitation du corps, comme altérité radicale, contre la surface dure. En effet, « le réel impose une topologie qui n'est pas celle du corps circonscrit, déterminant un intérieur

[761]Laurent, E., « La bataille de l'autisme, de la clinique à la politique », Navarin, Le champ freudien, 2012, p.39.
[762] Op.cit., p.71.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

et un extérieur, par rapport auquel l'objet pourrait être extime ». On peut donc dire que ces sujets nous parlent depuis un réel irreprésentable. Notre pratique consiste donc à les protéger du réel :

« Dans la psychose, le réel parle, et on pourrait dire que lui dit la vérité du sujet. […] C'est là que l'analyste est spécialement sollicité au niveau de la thérapeutique : en quoi consiste cette thérapie ? En définitive c'est à persuader le sujet que le réel ment, […]. La thérapie, là, consiste essentiellement à enseigner une méthode, des trucs, pour tenir la vérité à distance »[763].

b. Le schizophrène et la machine fondamentale

Quelle est la vérité du sujet dans la psychose ? Comment pouvons-nous saisir cette indication de Miller selon laquelle, dans la psychose, le réel dit la vérité du sujet ? Comment le réel peut dire la vérité du sujet alors même que c'est dans le réel que le sujet se confronte à l'insupportable ? Si l'objet n'est pas mis en fonction dans la perte, si l'Autre comme lieu des signifiants est réel, comment pouvons-nous, finalement, rendre compte de la position de sujet du schizophrène ? Car, en effet, dans son cours « Du symptôme au fantasme, et retour »[764], du 25 Mai 1983, J.-A. Miller, situe comme cruciale la question du sujet dans la psychose.

Nous avons vu que dans la psychose, le sujet est désorienté dans la mesure où il ne dispose pas de la fonction phallique pour organiser le champ de la réalité. Pourtant, la clinique nous enseigne qu'il est au travail de faire advenir ou de reconstruire ce « gnomon phallique ». Procédures d'extractions de l'objet, circuits, traduction, habillage imaginaire, sont autant de modalités que nous avons isolées comme signes du travail du sujet pour trouver un principe de construction de son espace subjectif. Cependant, qu'est-ce qui spécifie le schizophrène par rapport à la dimension du réel ? Où se situe-t-il par rapport au discours analytique ?

Dans le Séminaire VI, « Le désir et son interprétation »[765], Lacan met au principe de la schizophrénie un détachement par rapport à l'articulation signifiante, qu'il nomme dans ce passage « la machine ». Il se réfère au Livre II de son séminaire, « Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique »[766], qui traite notamment de « L'au-delà du principe de plaisir ». En effet, dans ce séminaire, il situe la spécificité de la relation analytique d'être centrée sur le sujet divisé. Or, le sujet divisé est le produit du monde symbolique conçu comme une machine[767]. Notamment au niveau de la coupure. C'est-à-dire que, dès le début des années cinquante, Lacan anticipe sur la fonction du discours pour indiquer qu'être dans le

[763]Miller, J-A., « Choses de finesse en psychanalyse», cours du 3/12/2008, L'orientation lacanienne, sur www.causefreudienne.net.

[764] Miller, J.-A., « Du symptôme au fantasme, et retour », Cours d'orientation lacanienne, Op.cit.

[765] Lacan, J., séminaire Livre VI, « Le désir et son interprétation », Editions de La Martinière, Le champ freudien, 2013, p. 540.

[766] Lacan, J., "*Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*", Le séminaire de Jacques Lacan, Livre 2 (Paris: Éd. du Seuil, 2005).

[767] Lacan, J., Séminaire Livre II, « Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique », Editions du Seuil, Essais/Points, 2001, p. 70

langage ne suffit pas à être sujet[768]. Il y faut la coupure, le point de capiton pour que le sujet trouve sa signification. Autrement dit, il faut que la machine symbolique s'arrête pour que surgisse un sujet « dans cette apparence d'existence qu'est la vie ».

Ainsi, lorsqu'en 1959 il dit : « *cette machine est proprement ce que nous retrouvons détaché, dégagé, au principe de la schizophrénie. Là, le sujet s'identifie à la discordance comme telle de cette machine par rapport au courant vital* »[769]. Il y a comme une anticipation de ce qu'on trouve comme théorie lacanienne de la schizophrénie dans « l'Etourdit », en 1972. C'est-à-dire qu'elle est étroitement liée au statut du corps dans l'enseignement de Lacan. L'identification à la discordance est à articuler à la question qui occupe Lacan à partir des années soixante : « comment l'organisme vient à se prendre dans la dialectique du sujet »[770] ?

Dans son intervention du 24 Avril 1982, sur « Paranoïa et Schizophrénie »[771], J.-A. Miller fait précisément l'hypothèse que le corps schizophrénique est la conséquence d'une dialectique du sujet *biaisée*. Ce biais étant à repérer au joint de l'organisme (flux vital) et de la machine signifiante. Cela nous amène à reconsidérer la théorie de la schizophrénie non plus seulement à partir du concept de discours, mais à partir des termes de corps et organisme. Autrement dit, l'incorporation du symbolique dans le corps.

Nous avons vu que, pour tout sujet, c'est le langage qui lui décerne un corps. A partir du Séminaire XVI, « D'un Autre à l'autre »[772], Lacan situe « *le point d'origine, à entendre, non pas génétiquement, mais structuralement, quand il s'agit de comprendre l'inconscient, est le point nodal d'un savoir défaillant. C'est là d'où le désir naît* »[773]. Le savoir défaille, en psychanalyse, à propos du sexuel : pour celui qui s'interroge sur ce qu'il doit faire comme homme ou comme femme, l'anatomie ne répond pas. La psychanalyse subvertie la structure du savoir : pas de savoir naturel pour l'humain, mais un savoir « structuré comme un langage ». Plus loin dans le Séminaire, il poursuit : « *Le sujet, surgi du rapport indicible à la jouissance, d'avoir reçu –d'où ?- ce moyen, le signifiant, en est frappé d'une relation à ce qui, se développant à partir de là, va prendre forme comme Autre* »[774].

C'est au moment où le symbolique cisaille le corps que la jouissance s'en sépare, et que le sujet surgi, représenté et véhiculé par la chaîne signifiante. « En est frappé d'une relation » qui va prendre forme comme Autre : le corps « aperçu comme séparé de la jouissance »[775]. Malgré la destitution de l'Autre par rapport aux consistances Réel, Symbolique et Imaginaire, Lacan maintien le terme d'Autre. La recherche d'un élément extérieur à partir duquel s'assurer de la consistance des limites de l'habitat langagier

[768] Op.cit. p. 381.
[769] Lacan, J., Séminaire Livre VI, op.cit.
[770] Lacan, J., « Position de l'inconscient », Ecrits, op.cit., p.849.
[771] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », op.cit.
[772] Lacan, J., "*D'un Autre à l'autre", 1968 - 1969*, Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 16 (Paris: Éd. du Seuil, 2006).
[773] Lacan, J., Séminaire Livre XVI « D'un Autre à l'autre », Seuil, Champ freudien, 2006, p.274.
[774] Idem, p. 327.
[775] Idem, p.274.

répondant à une nécessité : « la toute nécessité de l'espèce humaine était qu'il y ait un Autre de l'Autre »[776].

Reste, que l'important est qu'il y a un rapport primitif du signifiant et de la jouissance. Lacan poursuit son élaboration de l'incidence du signifiant sur l'organisme dans le Séminaire XVII, « L'envers de la psychanalyse » :

> « Ce dont jouit l'huître ou le castor, personne n'en saura jamais rien, parce que, faute de signifiant, il n'y a pas de distance entre la jouissance et le corps.[…] La jouissance est très exactement corrélative à la forme première de l'entrée en jeu de ce que j'appelle la marque, le trait unaire, qui est marque pour la mort, si vous voulez lui donner son sens. Observez bien que rien ne prend de sens que quand entre en jeu la mort.
>
> C'est à partir du clivage, de la séparation de la jouissance et du corps désormais mortifié, c'est à partir du moment où il y a jeu d'inscriptions, marque du trait unaire, que la question se pose »[777].

La question qui se pose est celle du choix de jouissance, de « l'insondable décision de l'être », qui donne son sens à la structure. Dès lors, ce n'est plus l'aliénation signifiante qui est primordiale mais la séparation, qui concerne le rapport à la jouissance. « *Si le sujet surgit par rapport à la jouissance indicible*, écrit J.-A. Miller, *on ne peut pas écrire d'emblée le sujet, mais un x dans son rapport à la jouissance, d'où surgit un sujet, qui se trouve pris dans la relation signifiante S1-S2* »[778].

Ce qui est forclos et se répercute précisément sur l'organisme dans la schizophrénie est au niveau de l'échec de cette opération de séparation. La séparation du corps et de la jouissance est ce qui fait que la jouissance est plutôt celle de l'Autre. Ainsi, le sujet névrosé va chercher dans l'Autre la cause de ce qui rate, fait symptôme : la condition de l'inconscient est un « Je ne sais pas » impensable qui laisse le sujet divisé. « *C'est cela,* dit Lacan*, qui fait la dimension du désir d'être celle du désir de l'Autre. C'est pour autant que le désir de l'Autre est informulable dans le fantasme traumatique que le désir prend germe dans ce qui peut s'appeler le désir de savoir, avec* de savoir *entre parenthèses* »[779].

D'autre part, le corps vidé de jouissance implique une nouvelle théorie de la libido qui est celle de la lamelle. Soit, ce qui subsiste une fois que le corps symbolique a été incorporé : la pulsion. La clé de l'opération de la séparation, écrit Miller, est liée à la conception de cette libido organe[780] : « *cet organe irréel, cet organe dit libido, c'est précisément cette partie, c'est une partie de l'organisme dont l'organisme se dessaisit au temps où le sujet opère sa séparation. Et que c'est à cette place précisément que vienne les objets petit a* ». La fonction de la séparation est donc de produire la perte, le manque à partir duquel le sujet « se procure un état-civil ». Son principe, ajoute-t-il, est la métaphore paternelle en tant qu'elle localise l'organe-libido, normalise la jouissance.

---

[776] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII, op.cit., p128.
[777] Lacan, J., Séminaire Livre XVII, « L'envers de la psychanalyse », Seuil, Champ freudien, 1991, p.206.
[778] Miller, J.-A., « Une lecture du Séminaire D'un Autre à l'autre », Revue de La Cause freudienne n°67, « Tout le monde délire », 2007, p.101.
[779] Lacan, J., Séminaire Livre XVI, op.cit., p.274.
[780] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », op.cit.

Dès lors, ce qui échoue et laisse le sujet *schizé*, c'est « *le passage des organes au signifiant [...] qui, au fond, faute de se localiser comme castration sur le phallus, se généralise dans ce que nous désignons approximativement comme schizophrénie* ». « Le sujet s'identifie à la discordance comme telle de cette machine par rapport au courant vital ». Autrement dit, la position du sujet schizophrène est à situer au niveau d'une significantisation généralisée des organes hors corps, sans le principe de leur localisation : le discours.

c. *Le schizophrène et la voix*

La signification généralisée du corps dans la schizophrénie équivaut à la généralisation de la castration[781]. C'est le phallus, qui est là l'opérateur primordial pour faire entrer de la logique dans la jouissance. En effet, dans la dialectique que nous avons dépliée plus haut, le phallus est le signe de l'*Aufhebung* : « pour devenir signifiant, une chose, un objet du monde doit être rayé, ses propriétés naturelle doivent être évacuées, il doit être stylisé, transformé, élevé »[782]. Dans « l'Etourdit », Lacan indique que « le corps des parlants est sujet à se diviser de ses organes, assez pour avoir à leur trouver fonction »[783]. Autrement dit, dans le discours analytique c'est le phallus qui est l'organe qui se significantise, et qui, en se significantisant, se sépare de la réalité corporelle. « C'est ça que veut dire la castration. C'est pas la castration réelle ; c'est la castration de l'organe fait signifiant »[784].

A partir de la logique œdipienne et de la problématique du manque, le phallus est le signifiant de la jouissance. L'ordonnancement de la jouissance par la castration a des conséquences tout à fait précises en ce qui concerne le savoir. En effet, l'effet de signification qui s'ensuit est ce qui me permet de comprendre quelque chose au monde qui m'entoure. J.-A. Miller dans son cours du 4 Décembre 1991 de « De la nature des semblants », repère la perturbation dans la psychose, à partir de la transformation du vide de la signification (forclusion) en certitude, en référence au graphe du désir.

A savoir sa boucle rétroactive, *« où nous situons le lieu de l'Autre au carrefour de droite, et l'effet de signification* [S(A)] *au carrefour de gauche. Pendant très longtemps, Lacan a repéré les rapports du signifiant et du signifié à partir de ce schéma - la ligne qui est ici horizontale étant celle du signifiant et le vecteur rétroactif étant celui du signifié - qui comporte que, en dépit de toute intention de signification qui émerge en bas à droite, l'effet de signification s'ensuit sous la dépendance de ce lieu de l'Autre »*[785].

[781] Sauret, M.-J., « « Célibataire » de la vérité », Revue de La Cause freudienne n°28, « Le vrai, le faux et le reste », Octobre 1994
[782] Miller, J.-A., « Une nouvelle alliance avec la jouissance », La Cause du désir n°92, « Faire couple », Navarin éditeur, p.100.
[783] Lacan, J., « L'Etourdit », op.cit., p.456.
[784] Miller, J.-A., « Schizophrénie et Paranoïa », op.cit.
[785] Miller, J.-A., « Commentaire du « Séminaire inexistant » », Quarto n°87, « Le secret des Noms-du-Père », Juin 2006.

L'effet de signification « normale » dépend de l'inscription du Nom-du-Père au lieu de l'Autre, et implique que chaque fois que je peux dire que « je sais de quoi ça parle », on a rapport avec la signification du phallus. Au contraire, la théorie des voix implique que « *au moment où, au lieu qu'à gauche, se produise l'effet de signification, à savoir « on sait de quoi ça parle », se produit au contraire à cette place un effet qui est « on ne sait pas de quoi ça parle »* ». Nous avons là la configuration du déclenchement : au moment où, à la place de l'Autre, surgit Un-Père dans le réel, surgit le vide énigmatique. Ce qui est notable, poursuit Miller, c'est la notation que fait Lacan[786], « *c'est que sans doute y-a-t-il ici, au niveau du vide énigmatique de la signification, une indétermination de cette signification. […] Le sujet ne sait pas ce que veulent dire un certain nombre de signes qui lui sont adressés du monde, mais en même temps, et de façon proportionnelle à ce vide, il a néanmoins la certitude que ça veut dire quelque chose. Il y a un vide de la signification au niveau du contenu, sinon que cela a la signification de la signification. A la mesure même du fait qu'il ne sait pas ce que cela veut dire, il est sûr que cela veut dire quelque-chose.* »

En quoi Lacan nous dit dans « Propos sur la causalité psychique »[787] que « *la folie est vécue toute dans le registre du sens. […] Le phénomène de la folie n'est pas séparable du problème de la signification pour l'être en général, c'est-à-dire du langage pour l'homme* ». Il y a le mécanisme signifiant commun, la forclusion. Cependant, la clinique du détail implique de déterminer les modalités différentes de distribution des expériences énigmatiques : sens, signification, jouissance[788].

La phénoménologie de la psychose est donc en étroit lien avec le registre de la parole[789]. D'ailleurs, c'est l'expérience psychiatrique de Lacan qui lui a permis d'ajouter à la liste freudienne des objets de la pulsion, la voix (automatisme mental) et le regard (délire de surveillance)[790]. Dans le Séminaire sur « Les psychoses », Lacan développera la relation du sujet à la voix. La voix s'y distingue de la parole, en tant qu'elle ne concourt pas à l'effet de signification : pour comprendre ce que je dis, il est nécessaire que je n'entende pas le son de ma voix. Et pourtant le sujet humain ne peut parler sans s'entendre, dans la mesure où ses oreilles jamais ne se ferment. A cet égard, Miller nous explique que lorsque je parle « l'instance de la voix est toujours présente dès que je dois repérer ma position par rapport à une chaîne signifiante », elle est « exactement ce qui ne peut pas se dire ».

La voix est un objet issu de l'opération de la castration, en tant qu'objet perdu : la voix chute entre le dire et le dit. Dans la psychose, le phallus n'opérant pas cette perte, la voix qui se sonorise est un effet de la forclusion. Au vide de la signification, au niveau où la chaîne signifiante se brise, le sujet reçoit la voix dans sa dimension d'objet réel, comme extérieur à

---

[786] Lacan, J., « Question préliminaire », Ecrits, op.cit., p.538 : « remarquons d'autre part que nous nous trouvons ici en présence de ces phénomènes que l'on a appelés à tort intuitifs, pour ce que l'effet de signification y anticipe sur le développement de celle-ci. Il s'agit en fait d'un effet du signifiant, pour autant que son degré de certitude (degré deuxième : signification de signification) prend un poids proportionnel au vide énigmatique sui se présente d'abord à la place de la signification elle-même ».

[787] Lacan, J., « Propos sur la causalité psychique », Ecrits, op.cit., p.166.

[788] Laurent, E., « Trois énigmes : le sens, la signification, la jouissance », La Cause freudienne n°23, « Enigme de la psychose », op.cit.

[789] Lacan, J., Séminaire Livre III, op.cit. p.46.

[790] Miller, J.-A., « Jacques Lacan et la voix », Quarto n°54, « De la voix », Juin 1994.

lui-même. « La voix vient à la place de ce qui est du sujet proprement indicible, et que Lacan a appelé son « plus-de-jouir » ».

Cette relation étroite entre le phallus et la fonction phonatoire sera maintenue dans l'enseignement de Lacan. Ainsi, dès la première leçon du Séminaire « Le sinthome », il dit que « Le phallus, c'est la conjonction de que j'ai appelé ce *parasite*, qui est le petit bout de queue en question, avec la fonction de la parole »[791]. Où nous retrouvons la dimension parasitaire de la parole articulée désormais au phallus-organe.

Sur un versant, le phallus est ce qui épargne la rencontre du sujet avec le réel. En tant que signifiant imaginaire, il est propice à incarner la fonction du semblant. Sur un autre versant, la non-localisation de la signification par le phallus témoigne de la façon dont le sujet schizophrène est marqué par la parole. C'est au lieu de l'articulation signifiante dans le registre libidinal que ça *déraille*. Il est traversé par le langage, et en même temps ça lui échappe, ce qui rend si difficile pour ces sujets de mettre une ponctuation, c'est à dire d'avoir un instant une idée de qui ils sont. La position du schizophrène n'est donc pas celle d'une inscription dans le champ du langage, mais plutôt d'un assujettissement au langage. En tant que sujet marqué par la parole et la fragmentation des pulsions mais, également, en tant qu'il est sujet identifié à la coupure, nous pourrions écrire le mathème de la schizophrénie : ($a).

Ce point, où le symbolique viendrait ordonner le réel, articule toute une problématique que nous avons dégagée comme celle de la traduction ou de la nomination. Cela suppose la fonction du Nom-du-Père, du point de capiton, le nom propre comme ce qui lie le symbolique et le réel, et à partir de quoi on s'y retrouve avec le monde comme représentation imaginaire. Or, ce que démontre le schizophrène est au contraire une structure où se conjoignent symbolique et réel, de même que la vérité et la production si nous prenons les termes des quatre discours. Pour le schizophrène rien ne vient faire bord entre réel et symbolique, ou impuissance dans son rapport à la jouissance. Il s'oppose à l'opération universalisante du Nom-du-père.

La dévalorisation de la parole (parasite), articulée à la nouvelle définition du symptôme dans « RSI » et « Joyce le symptôme »[792], non plus comme effet de signification ou même de signification hors dialectique, rend compatible le travail du psychotique sans le support d'aucun Nom-du-Père établi.

4.2.2. Savoir, vérité et jouissance

Il ne s'agit pas dans ce travail de faire l'éloge de la schizophrénie, *à la façon* de Deleuze et Guattari. Au contraire, notre parcours nous mène à préciser toujours davantage ce qui serait plutôt l'*anti-Œdipe de Lacan.*

Nous pourrions résumer l'enjeu de la rencontre avec le schizophrène dans le discours analytique par une question : l'écoutons-nous comme sujet de la parole ou comme corps parlant ? En effet, par rapport à notre perspective qui est celle du savoir du schizophrène, nous

[791] Lacan, J., séminaire Livre XXIII, op.cit., p15.
[792] C'est-à-dire comme mode de jouissance de l'inconscient.

avons montré que, selon la période de l'enseignement de Lacan où nous nous situons, cela porte à conséquence sur la pratique. Dans le tout dernier enseignement de Lacan, on ne conceptualise plus le patient comme un sujet que représente le signifiant, mais comme un *parlêtre*. Ce que nous avons pu dire jusqu'à maintenant de la position du schizophrène implique précisément qu'il ne se structure pas à partir de la dialectique signifiante.

C'est là qu'il s'agit de prendre son point de départ au-delà du lieu de l'Autre. La porte d'entrée que dégage « le tout dernier enseignement de Lacan », à partir du commentaire de J.-A. Miller[793], concerne la structure de l'homme, en quoi il se distingue de la division qui concerne la constitution du sujet de l'inconscient. Avec le nœud borroméen, Lacan va au-delà de l'effet de sens, de la résonnance de la parole. Il met en fonction corps et langage pour ouvrir à une pratique psychanalytique de la déconnexion, de la coupure entre S1 et S2. Pour cela il ramène le concept freudien de pulsion à un effet de résonnance : « les pulsions, c'est l'écho dans le corps du fait qu'il y a un dire »[794]. Avec le nœud borroméen, la pratique psychanalytique prend son autonomie par rapport à la parole pour faire sonner autre chose que le sens.

La clinique différentielle de la névrose et de la psychose oppose dès lors l'Un et l'Autre. Dans la névrose, la psychanalyse fait vaciller les semblants, les relations sociales, pour avoir accès à l'Un, au S1, « à l'autisme de son discours », écrit Miller[795]. Tandis que dans la psychose, l'automatisme mental, « *c'est un plongement de l'Autre dans l'Un, où la multiplicité des langues se met à foisonner, où les pensées trouvent un écho, et de telle sorte qu'il n'y a rien de plus normal. A cet égard, la psychose tient à l'Un sans l'Autre, elle tient à l'Un qui a absorbé le chaos du discours universel et qui le ressent, le vit en son intérieur* ». Dans la névrose, il s'agit donc de remonter au S1, qui est au « commencement du savoir » ; dans la psychose, au contraire, il s'agit de mettre de la distance avec « ce qui ne cesse pas un instant ».

a. Tenir la vérité à distance

Dans la mesure où la position du schizophrène nous semble au lieu exact où l'algorithme signifiant / signifié n'opère pas, mais au contraire se détache et se désorganise, quel est son rapport au savoir et à la vérité ?

Le chapitre VIII « Le savoir et la vérité », du Séminaire XX « Encore »[796], est considéré comme la porte d'entrée pour accéder à la conception du savoir au regard du réel, dans le dernier enseignement de Lacan. Trois ans avant, le 26 Novembre 1969, Lacan indique qu' « *il y a un rapport primitif du savoir à la jouissance, et c'est là que vient s'insérer ce qui surgit au moment où apparaît l'appareil de ce qu'il en est du signifiant* »[797]. Autrement dit,

[793] Miller, J.-A., « En deçà de l'inconscient », La Cause du désir, Revue de psychanalyse, n°91, Navarin Editeur
[794] Lacan, J., Séminaire livre XXIII, « Le sinthome », op.cit., p. 17.
[795] Miller, J.-A., « En-deçà de l'inconscient », op.cit. p. 117.
[796] Lacan, J., "*Encore", Séminaire Livre XX, op.cit., p.115.*
[797] Lacan, J., Séminaire Livre XVII, « L'envers de la psychanalyse », op.cit., p.18.

l'émergence du savoir y est liée à l'exclusion de la jouissance. Au niveau du sujet de la jouissance, il n'y a qu'un x, un trou, un manque de subjectivité. C'est de la fonction du trait unaire, comme l'origine du signifiant, que Lacan part pour donner un sens à la répétition de jouissance. Autrement dit, l'humain ne se satisfait pas d'être le jouet du hors sens (S1), c'est pourquoi il produit du savoir, (S2). Il décide de savoir quelque chose de la rencontre avec l'Autre : (S1S2) → A[798].

« *Cela a peu à faire avec sa parole. Cela a à faire avec la structure, laquelle s'appareille. [*Dit Lacan] *L'être humain, qu'on appelle ainsi sans doute parce qu'il n'est que l'humus du langage, n'a qu'à* s'apparoler *à cet appareil-là* »[799]. Avec le néologisme de l'apparole, Lacan réoriente sa conception de la parole et du langage. Ce n'est plus un vouloir dire à l'Autre qui structure la relation. Dans son cours « La fuite du sens »[800], Miller indique que ce néologisme est formé à partir du mot appareil, qui accentue la dimension du semblant et de l'utile. Ce n'est plus la parole qui assure la communication mais la parole, dominée par la pulsion, qui sert à la jouissance. « Ce concept que forge Lacan ré-inclut ainsi l'invention de chacun comme apport à la communauté qui habite une lalangue ». Le savoir se présente dans « L'envers de la psychanalyse » comme « moyen de la jouissance ».

C'est dans ce même séminaire que Lacan dissocie le savoir et la vérité. Le statut de la vérité, comme ce qui parle au travers des formations de l'inconscient, devient un effet de l'articulation signifiante. Or, cette position interne au système signifiant la rend impuissante à dire le vrai sur le réel. La vérité dès lors surgit de la répétition, en cela elle est « sœur de jouissance ». Non pas qu'il y ait vérité de la jouissance, au contraire, la vérité est menteuse en ce qui la concerne, dit Lacan.

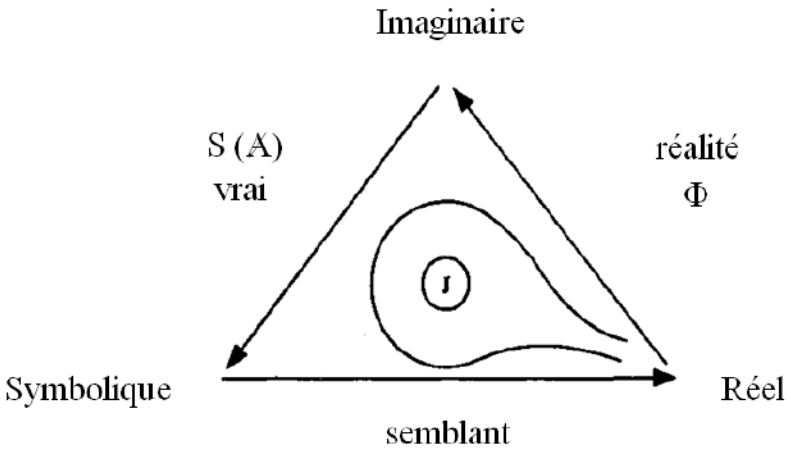
« Ce ne serait pas mal si l'analyse vous permettait d'apercevoir à quoi tient l'impossibilité, c'est-à-dire ce qui fait obstacle au cernage, au serrage de ce qui, seul, pourrait peut-être au dernier terme introduire une mutation, à savoir, le réel nu[801], pas de vérité. Seulement voilà, entre nous et le réel, il y a la vérité. […] La chère petite sœur de l'impuissance. […] Quels qu'en soient les signes, les signifiants maîtres qui viennent à s'inscrire à la place de l'agent, la production n'a, en tous les cas, aucun rapport avec la vérité »[802].

Le savoir, moyen de jouissance, la « vérité sœur de jouissance », impliquent une réorientation conceptuelle de la psychanalyse. Ce n'est plus le langage qui implique l'Autre de la parole. C'est la jouissance qui anime la parole. L'algorithme du savoir se voit déterminé par un événement de corps. Dès lors, l'événement de savoir équivaut à un principe d'arrêt : c'est ce qui fait limite à la jouissance. L'effet de sens devient un semblant.

[798] Miller, J.-A., « Une lecture du Séminaire D'un Autre à l'autre », op. cit.
[799] Lacan, J., Séminaire Livre XVII, « L'envers de la psychanalyse », op.cit., p.57.
[800] Miller, J.-A., « Le monologue de l'apparole », Revue La cause freudienne n°34, « L'apparole et autres blabla », Octobre 1996.
[801] Souligné par nous.
[802] Lacan, J., Séminaire Livre XVII, op.cit., pp.202.203.

Comment la psychanalyse peut-elle prendre position si le réel est exclu du sens et le savoir réduit à une *élucubration*[803] ? Comment est-ce que le symptôme peut parler, être déchiffré ? C'est là que le nœud est spécialement sollicité en tant qu'il permet de résoudre l'antinomie de la jonction et de la disjonction propre à la chaîne signifiante.

Le schéma du triangle marque le passage vers le nœud borroméen. Jacques-Alain Miller le commente dans son cours du 22 Janvier 1992, « De la nature des semblants »[804].



D'une part, les sommets du triangle sont appelé Imaginaire, Symbolique et Réel. D'autre part, Miller remarque que : « à faire de ces trois lettres les sommets d'un triangle, on admet une équivalence entre les trois dimensions ». Les flèches vont dans le sens contraire des aiguilles d'une montre. De l'imaginaire au symbolique, du symbolique au réel, du réel à l'imaginaire. Toutefois, la station du réel est d'un autre ordre. C'est ce que Lacan nous a signalé, écrit Miller, « en affligeant le point baptisé « réel » d'une curieuse protubérance faite pour indiquer une sorte d'existence informe qui apparaît appendue au Réel ». C'est la jouissance, élément interne et hétérogène par rapport à R.S.I qui s'y trouve logée. Chacun est seul avec sa jouissance qui lui est extime.

Sur le chemin qui va *du réel à l'imaginaire*, figure ce qui fait tenir la réalité pour un sujet : la jouissance phallique. La réalité y apparaît comme un effet du réel, conditionnée par la réponse du sujet à la jouissance.

L'imaginaire se dirige vers le symbolique pour faire voir que l'imaginaire passe dans la parole. « Qu'il n'y a d'être comme semblant qu'à partir du fait qu'on parle, qu'à partir du symbolique ». Et sur ce chemin, le tout que véhicule l'imaginaire achoppe sur ce qui ne peut se dire, sur le vrai marqué de l'incomplétude, S(Ⱥ). Soit, sur la vérité dont Lacan a révélé qu'elle ne peut être que *mi-dite*[805].

---

[803] Dans le régime de la psychanalyse hors sens, Lacan ne parle plus de constructions, mais promeut le terme d'élucubration, dont Miller dit qu'il « traduit ce rapport entre le hors sens et puis les artifices du sens ».

[804] Miller, J.-A., Cours d'orientation lacanienne « De la nature des semblants », 1991-1992, inédit.

[805] Lacan, J., Séminaire Livre XVII, op.cit., pp.57-58 : « nulle évocation de la vérité ne peut se faire qu'à indiquer qu'elle n'est accessible que d'un mi-dire, qu'elle ne peut se dire toute entière, pour la raison qu'au-delà de sa

Sur la flèche qui va *du symbolique au réel*, il n'y a donc pas le vrai. Il y a là un démenti de Lacan par rapport au début de son enseignement, où le symbolique se dirigeait vers la vérité. « Le symbolique, à se diriger vers le réel, nous démontre la vraie nature de l'objet *a* », dit Lacan dans son séminaire[806]. L'objet *petit a* n'est pas de l'ordre du réel, même si c'est sur le chemin du réel qu'il se rencontre. C'est le support de l'être, d'où ses affinités avec le semblant. Le semblant, quant à lui, résulte du symbolique, des efforts pour appréhender le réel. C'est la fonction des semblants que de nous épargner la rencontre avec le réel.

Quelles conséquences pouvons-nous déduire de ce schéma concernant les concepts qui nous occupent ?

Tout d'abord ce schéma donne une nouvelle perspective sur ce qui ne se prête pas à l'annulation : la jouissance. Ensuite, la pensée est classée dans le registre imaginaire. Dans le dernier enseignement de Lacan l'*ego* est la seule consistance mentale de l'être humain. D'une part parce que physiquement, dit-il, « le corps fout le camp à tout instant », d'autre part, parce que « tout ce que nous pensons, nous en sommes réduit à l'imaginer »[807]. Ensuite, dans ce schéma le symbolique et le réel entrent en relation selon deux voies. La première est celle qui prend son départ du réel. Où l'imaginaire fait médiation. La seconde, dans le sens opposé, c'est le semblant. Autrement dit, imaginaire et semblant sont, l'un et l'autre, entre réel et symbolique mais ne sont pas du même ordre.

Le semblant, c'est du signifiant. Pas n'importe lequel, nous dit Miller dans son cours du 26 Février 1992[808]. Il relève d'un choix dans l'ordre du symbolique. « *C'est celui qui peut apparaître comme fondateur ou comme réponse dernière, et par la même qui peut paraître être la chose même. C'est en quoi le semblant c'est le point de capiton* ». Autrement dit, ici Lacan donne une autre perspective au point de capiton que celle liée au graphe du désir. Le point de capiton n'épingle plus seulement signifiant et signifié, mais aussi symbolique et imaginaire. Le Nom-du-Père incarne le semblant par excellence, dit Miller, comme le nom de ce qui à la fois désigne et résorbe la jouissance innommable (métaphore paternelle).

Dès lors, la vérité dont il s'agit de tenir le psychotique à distance concerne la prise du sujet sur le réel comme inarticulable, innommable. Alors que Lacan a démontré qu'au contraire, dans la névrose, le réel est mis à distance en même temps qu'il est intégré à la structure du langage. Ce que dit très bien J.-P. Deffieux[809] : *« dans la névrose, le nouage œdipien RSI [...] maintient une dialectique entre le lien imaginaire (a-a'), l'aliénation signifiante (S1→S2) et l'objet a, qui fait que le sujet n'est jamais en rapport avec l'objet réel. Il faut qu'il en passe par i(a) et S1→S2 pour approcher, entrapercevoir l'objet ».*

---

moitié, il n'y a rien à dire. Tout ce qui peut se dire est cela. Ici, par conséquent, le discours s'abolit. On ne parle pas de l'indicible »

[806] Lacan, Séminaire Livre XX, « Encore », op.cit. p. 121.

[807] Lacan, Séminaire Livre XXIII, 'Le sinthome », op.cit., p.92

[808] Miller, « De la nature des semblants », Leçon du 26 Février 1992, Cours d'orientation lacanienne, inédit.

[809] Deffieux, J.-P., « Le risque suicidaire », La Cause freudienne n°58, « Maladies d'époques », octobre 2004.

La perte primordiale de jouissance, qui fait le sujet du langage, est symbolisée par le signifiant phallique, qui donne au parlêtre le sentiment d'exister. Le phallus, comme concept, est l'instrument de la prise symbolique sur le réel. C'est ce qui pare à la généralisation schizophrénique de la signification du corps.

M.-J. Sauret, articule cela du point de vue de la topologie dans son article « « Célibataire » de la vérité »[810]. Si la paranoïa est équivalente au nœud borroméen à trois[811], il nous dit que le schizophrène démontre le ratage du nœud à quatre. Il propose l'écriture suivante « *le sujet divisé de son organisme (R), manque-à-être dans son habitat langagier (S), s'imaginarise comme corps (I)* »[812]. C'est-à-dire que l'humain recourt à l'imaginaire pour se faire une idée du réel de son organisme : « *le parlêtre doit retrouver la fonction de ses organes (R) dans le langage (S), et le corps (I) est le lieu de la transmutation de l'organe en signifiant* ». Le parlêtre nécessite néanmoins un quatrième terme pour que tout ne fasse pas sens : le phallus.

Il nous semble que localiser le « ratage » dans la schizophrénie au niveau où le phallus conjoint le réel et le symbolique pour en fixer le sens, permet de saisir en quoi le sujet schizophrène ne parvient pas à s'appréhender dans une unité imaginaire du corps et reste aux prises avec le morcellement de la pensée et du corps. Autrement dit, ce que sait le schizophrène n'est pas de l'ordre d'une articulation signifiante, mais c'est l'expérience, l'éprouvé des conséquences de la non séparation primordiale. Notamment dans le registre de la non séparation de la pensée et du corps, d'une absence de sentiment d'exister, d'attachement à la vie, mais aussi, ajoute J.-P. Deffieux, un rapport très peu constitué au concept du temps. « *C'est pourquoi le schizophrène passe à l'acte de la façon la plus inattendue. […] On est à la limite même de la notion d'acte suicidaire car pour qu'il y ait acte il faut qu'il y ait sujet. Il s'agit-là plutôt d'une impulsion soudaine du corps, non subjectivée* »[813].

On retrouve ici la schizophrénie en tant qu'elle met à nu l'état originaire de la relation du sujet au langage. Or, « penser la névrose à partir de la psychose »[814], amène Lacan à relativiser la structure du langage. L'objet *petit a* comme reste de la castration référé au phallus, est insuffisant à rendre compte de la jouissance. Le phallus est également un nom de la jouissance, en tant qu'il est le signifiant de la jouissance comme castrée. Mais la fonction phallique devient contingente. Le phallus est sous le régime de la rencontre. Ce qui fait dire J.-A. Miller[815], que :

« La forclusion du Nom-du-Père veut dire qu'il n'y a pas le semblant du Nom-du-Père, pas le semblant du Père pour le sujet. C'est bien dans la mesure où le Père est impossible pour un sujet qu'il

[810] Sauret, M.-J., « « Célibataire » de la vérité », Revue de La Cause freudienne n°28, « Le vrai, le faux et le reste », Octobre 1994, p. 17.
[811] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII, « Le sinthome », op.cit., p.53 : « En tant qu'un sujet noue à trois l'imaginaire, le symbolique et le réel, il n'est supporté que de leur continuité. L'imaginaire, le symbolique et le réel sont une seule et même consistance, et c'est en cela que consiste la psychose paranoïaque ».
[812] Sauret, M.-J., « « Célibataire » de la vérité », op.cit.
[813] Deffieux, J.-P., « Le risque suicidaire », op.cit.
[814] Miller, J.-A., « L'interprétation à l'envers », La Cause freudienne n°32, « Vous ne dites rien », Février 1996.
[815] Miller, J.-A., « Commentaire du « Séminaire inexistant » », op.cit.

peut y avoir le réel du père, et qu'on peut le rencontrer. […] Il se présente comme réel dans la mesure où la psychose est l'échec du semblant ».

Avec la psychose, on aborde le père sous l'angle du réel, dévoilé des semblants. Cependant, ce schéma fait référence à une nouvelle période de la psychanalyse. La pluralisation des Noms-du-Père implique la relativisation de sa fonction. C'est pourquoi Lacan inventera « la catégorie du signifiant maître, en tant que n'importe quel signifiant peut venir à en supporter la fonction, jusqu'à l'objet *petit a* »[816]. Cette relativisation du Nom-du-père implique également une révision de la métaphore paternelle : « ce qui est là barré sous les espèces du Désir de la Mère n'est rien d'autre que la présence de la jouissance ». Mais également une rectification : « la métaphore paternelle, dans sa version classique a le tort de faire croire que cette jouissance est susceptible d'annulation ». Lacan s'affranchit de la figure du père venant de la tradition, et en fait un élément de la théorie générale du nom propre[817]. C'est-à-dire que l'accent est moins mis sur le père qui interdit, que sur le père qui permet et qui donne. L'essentiel de l'intervention du père, désormais, ne consiste pas tant dans l'interdiction concernant « les premières manifestations de l'instinct sexuel » chez l'enfant, que dans une présence qui a un impact sur le désir de la mère en tant que femme.

Mais, d'autre part, le phallus qui est rencontré sur la voie du réel à l'imaginaire est davantage le phallus de la mère en tant que sa nature est de manquer à l'image du corps. « De fait, le phallus est un terme qui s'instaure de son rapport à une béance ». Lacan le souligne ainsi dans « La science et la vérité » : « *reconnaissons l'efficace du sujet dans ce gnomon qu'il érige à lui désigner à toute heure le point de vérité. Révélant du phallus lui-même qu'il n'est rien d'autre que ce point de manque qu'il indique dans le sujet* »[818]. Le phallus entre ici en fonction en tant que *ce qui ne peut se montrer*. Et on peut dire : S (A barré) en tant que *ce qui ne peut se dire* ; objet petit *a*, *ce qui ne peut se faire*.

b. L'anti-œdipe de Lacan

On peut donc formuler l'anti-œdipe de Lacan comme un dépassement de l'ordonnancement de la jouissance par la castration, d'une part, et à partir de la réduction du père à un artifice, d'autre part. C'est-à-dire qu'au lieu d'un idéalisme du symbolique, Lacan aborde le père à un niveau pragmatique. Nous avons vu qu'il se déprend de l'idée du père identifié à la fonction de l'interdit, limité au pur signifiant. Ce que remarque A. Zenoni[819], c'est que la question du père est abordée à partir de la forme du nœud : « la vraie fonction du Père qui foncièrement est d'unir (et non pas d'opposer) un désir à la loi »[820]. La figure du père est désormais marquée d'imperfection, dont la vraie fonction est la conciliation et la médiation entre la loi et le désir. « *En effet,* écrit Zenoni, *c'est pour autant que, comme*

[816] Miller, J.-A., « Commentaire du « Séminaire inexistant » », op.cit.
[817] Dans la langue, le nom propre ne se traduit pas, il ne dépend d'aucune signification. En quoi, nous dit Miller, il a des affinités avec S de grand A barré. Il fixe et joint le signifiant et la jouissance.
[818] Lacan, J., « La science et la vérité », Ecrits, op.cit., p.877.
[819] Zenoni, A., « D'un père à l'autre », Quarto n°87, op.cit.
[820] Lacan, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir », Ecrits, op.cit., p.824.

instance ou comme individu, le père réalise, sous une forme ou l'autre, le nouage entre l'interdit et le désir qu'il assure une fonction de limite, la fonction de limite au pire ».

En effet, cette approche du père sous l'angle du *réel de sa présence* ouvre deux versants de la clinique. D'un côté la « carence » du père « *ne concerne pas tant une défaillance symbolique [...] qu'une démission du père réel à l'égard du désir de la mère, c'est-à-dire à l'égard d'une femme* ». De l'autre, « *à l'opposé, l'échec de la vraie fonction du père se produit, paradoxalement, dans la mesure même où l'identification du sujet géniteur au Nom-du-Père comme universel du père, [...] se réalise* ».

Comme nom propre, le Nom-du-père vient occuper la place laissée vide du signifiant du grand Autre barré. « Le sujet ne désigne son être qu'à barrer tout ce qu'il signifie », écrit Lacan dans « Subversion du sujet »[821]. C'est-à-dire que le sujet peut croire que le nom propre, le sien, désigne son être. Or, nous dit Miller, le nom propre ne peut occuper cette place qu'à se transformer en S(A), soit, le support même du savoir en position de maître. Il y aurait un Autre qui détiendrait la réponse à la question « Que suis-je ? ». C'est dans cette mesure que la conduite *du père qui se prend pour le Père* peut être perçue « comme mensongère, « jusqu'au ravage » ».

Nous sommes à ce point de passage où, après avoir montré dans le séminaire X qu'il y avait une jouissance qui ne reçoit pas son sens de la métaphore paternelle, Lacan est excommunié de l'IPA alors qu'il s'apprête à faire son séminaire sur « Les Noms-du-père ». Il y a là un contexte qui, au-delà de l'anecdote, correspond à la structure même du mouvement analytique. En même temps que Lacan pose le Nom-du-Père comme semblant, il ouvre la psychanalyse à ce qui fait sa différence par rapport à toute psychothérapie.

D'une part, Lacan porte atteinte au savoir. Le graphe du désir[822] a l'intérêt de nous montrer qu'à se mettre en position d'écoute et d'accueil de la demande de celui qui veut savoir, cela constitue l'auditeur en grand Autre (lieu de la parole et du langage) et confère à sa parole une puissance. Or, Lacan situe *le désir de l'analyste* précisément sur le refus de l'auditeur d'utiliser sa toute-puissance supposée. Mais il indique également, qu'il y a « méprise »[823] sur le savoir dont il s'agit : « *on croit qu'un sujet sait ce savoir dont il s'agit, alors que l'inconscient freudien est un nom pour dire qu'il se dit quelque chose sans qu'aucun sujet le sache* ». Là où il y a un trou dans le savoir, le sujet supposé savoir rétablit le sujet, nous dit Miller. Dès lors, le Nom-du-père est une formation d'artifice qui se superpose sur la fonction du sujet supposé savoir. Elle sert à donner un fondement à l'ordre symbolique, mais elle est aussi un voile sur l'inconsistance de l'Autre.

Toutefois, dans la perspective où le Nom-du-Père est réduit à une fonction de nœud, c'est un fondement contingent, « *qui s'incarne dans la diversité de signifiants-maître, relatifs, historiques. Il ne s'agit plus d'une fondation du symbolique par le symbolique, qui s'avère impossible,* [écrit Zenoni], *mais d'une « fondation » pour ainsi dire sans fondement, puisqu'elle est plutôt de l'ordre de la déclaration, de l'inauguration, du choix que de l'ordre*

[821] Lacan, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir », op.cit. p.819.
[822] Miller, J.-A., « Le lieu et le lien », cours du 10 Janvier 2001, inédit.
[823] Lacan, J., « La méprise du sujet supposé savoir », Autres Ecrits, op.cit.

de la démonstration »[824]. La structure de l'Autre s'en trouve radicalement modifiée. C'est une béance (S (A barré)), dont l'opérativité est liée à la supposition de son existence même. L'Autre est dès lors une instance qui fonctionne sans garantie (pas d'Autre de l'Autre), sauf celle qu'on lui attribue. Cette structure implique que l'Autre n'est plus le lieu du code et de la loi, mais qu'il y a de la place pour du nouveau qui, du même coup, modifie le code lui-même.

Dans son commentaire du « Séminaire inexistant »[825], Miller indique que cette distinction permet de situer d'un côté la supposition de savoir et de l'autre le Nom-du-Père comme un habillage de l'objet *petit a*. Sous le masque des mythes d'*Œdipe* et de *Totem et Tabou*, Freud a transféré la présence de la jouissance au lieu de l'Autre. Tandis que Lacan, jouant sur l'équivoque, appelle cette façon de se tourner vers le père, qui lui confère un mode de jouir particulier : « père-version ». Le pas de Lacan est donc de disjoindre la notion du père de celle de soutien de l'ordre symbolique et de porteur de l'interdit. D'une part nous avons vu la pluralisation du Nom-du-Père, mais d'autre part, il aborde le père réel sous l'angle de l'alliance homme-femme : *« Un père n'a droit au respect, sinon à l'amour, que si le dit amour, le dit respect, est, [...] père-versement orienté, c'est-à-dire fait d'une femme, objet petit a qui cause son désir* »[826]. Lacan propose une définition d'« un père qui est maintenant saisi dans la particularité de son désir et non dans l'universalité du signifiant ». C'est du choix de jouissance plutôt qu'une autre, de la version de la cause du désir qui est transmise qu'un père est considéré responsable.

Pour résumer, l'anti-œdipe de Lacan permet un passage d'un père mort à un père vivant ; de l'universalité à la particularité de l'objet *petit a* ; la fonction du père est désormais fonction de son symptôme. Le nouage du réel, du symbolique et de l'imaginaire est lié à la façon dont chaque père, comme homme, entre en relation à une femme. « *Autrement dit, le parcours de Lacan concernant la question du père débouche sur la façon particulière qu'a un père de suppléer au non-rapport sexuel* »[827]. En ce qui concerne le lien du symbolique et du réel, on peut dire que c'est lié à la façon de nommer les choses de la vie.

Du point de vue de la clinique, la « père-version » apparaît être seulement un cas, car il existe des nouages de la jouissance et du semblant sans le recours à la version du père. « *Il ne reste in fine que la manière dont chacun se débrouille, au-delà même du nœud paternel, pour les nouer pour ainsi dire personnellement, pour bricoler l'agrafe symptomatique qui les tient ensemble* »[828].

Le Séminaire « L'angoisse »[829] ouvre également à une autre voie que celle du *concept*. Ce que Miller traduit par : « ou l'angoisse ou le concept »[830]. En effet, l'angoisse lacanienne

[824] Zenoni, A., « D'un père à l'autre », Quarto n°87, op.cit.
[825] Miller, J.-A., "Commentaire Du 'Séminaire Inexistant,'" *Quarto Revue de Psychanalyse Publiée En Belgique*, no. 87, Le secret des Noms-du-Père (Juin 2006).
[826] Lacan, J., Séminaire Livre XXII « RSI », Leçon du 21 Janvier 1975, inédit.
[827] Zenoni, A., op.cit.
[828] Idem.
[829] Lacan, J., *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre 10 " L' angoisse: 1962 - 1963"*, Champ freudien (Paris: Éd. du Seuil, 2004).

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

est une voie d'accès à ce qui n'est pas signifiant. C'est ce qui se place hors des limites dessinées par le sujet du signifiant. Ce séminaire comporte à la fois une nouvelle conception du spéculaire et une révision du concept d'objet. *Désymbolisation, désimaginarisation* de l'objet dit Miller, qui implique de toucher à la notion du phallus comme signifiant. C'est une nouvelle structure du manque, non signifiante, « qui passe par la topologie et qui libère un statut inédit du corps ».

L'élaboration de l'objet *petit a*, dans le séminaire X, sert à Lacan à démontrer que, « *dans la structure du langage, il y a quelque chose qui ne peut pas être réduit au signifiant, qui est donc assimilé [...] au corps vivant* »[831]. Ce qui s'accomplit dans ce séminaire c'est un dépassement de la butée freudienne. Lacan trace un passage au-delà de l'angoisse de castration : à la mécanique signifiante productrice de l'objet perdu, Lacan soutien au contraire sa présence. C'est le phallus qui est désignifiantisé et désimaginarisé, pour mettre en fonction, non plus le signifiant, mais l'organe.

Lacan délaisse le corps sans organe du stade du miroir, le corps mortifié par le trait du signifiant qui raye. Le corps est resitué dans toutes ses particularités anatomiques. Ce n'est, toutefois, pas un corps hors signifiant. Lacan signale que l'anatomie comporte la fonction de la coupure. Instrument électif de ce séminaire qu'il oppose au trait de l'*Aufhebung*. Lacan isole quelque chose qui n'est pas signifiant, un reste inquantifiable, l'objet *petit a*, devant quoi toute *Aufhebung* se révèle impuissante. Avec l'objet *petit a*, Lacan ouvre donc une voie alternative à la dialectique et à la logique du signifiant[832] : « l'angoisse est une voie qui vise le réel, en utilisant, pour ce faire, autre chose que le signifiant ».

Dans le premier enseignement de Lacan, nous dit Miller, il y avait le désir comme reste de la confrontation du besoin et de la demande, supposé rendre compte de la libido, et le phallus comme ce qui donne corps à la jouissance. Avec le séminaire « L'angoisse », le reste est un reste organe, un reste jouissance, qui ne cède pas à la signifiantisation du phallus. « *C'est dans le Séminaire de L'angoisse que la jouissance se libère du carcan signifiant de sa prison phallique et que s'y démontre, au contraire, que ce sont les objet petit a qui donnent corps à la jouissance* »[833]. La jouissance impossible à négativer n'est plus manipulée à partir du *grand phi*, elle est exprimée par *petit a*.

Cette nouvelle doctrine implique la subjectivation des données anatomiques à partir du phallus comme instrument du désir dans la copulation humaine. Le phallus signifiant imaginaire est une fonction scopique, image de la puissance, rejeté au rang de leurre. Dès lors, le moins phi que Lacan introduit dans ce Séminaire figure la propriété anatomique : la détumescence, qui frappe cet organe au moment de la jouissance, remplace la castration.

---

[830] Miller, J.-A., « Introduction à la lecture du Séminaire *L'angoisse* de Jacques Lacan », La Cause freudienne n° 58, « Maladies d'époque », Octobre 2004.
[831] Idem.
[832] Miller, dans l' « Introduction à la lecture du Séminaire L'angoisse », nous dit que c'est un atelier, une enclave préparatoire aux « Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse ». Séminaire dans lequel nous avons vu que Lacan élabore le binaire aliénation et séparation.
[833] Miller, J.-A., « Introduction à la lecture du Séminaire *L'angoisse* de Jacques Lacan », op.cit.

Ce séminaire allège la doctrine de la dramaturgie de l'Œdipe, l'angoisse de castration n'est plus référée à la menace de l'Autre, mais au fait biologique de la détumescence dans la copulation. C'est l'émergence d'un nouveau système, dit Miller, où, tel que nous l'avons vu par exemple concernant la fonction paternelle, la castration devient un cas particulier d'une fonction généralisée[834]. En l'occurrence de la séparation. Reste un « trognon de mythe », nouveau paradigme de l'objet perdu, la lamelle : « c'est que l'organe libido s'isole par l'effet d'une perte naturelle, une perte où il n'y a pas d'agent ».

La voie de l'angoisse s'avère donc essentielle pour l'approche du savoir du schizophrène. Le sujet de la folie est « le sujet le plus proche de l'être de jouissance de « lalangue » », écrit M. Bassols[835]. C'est-à-dire que l'expérience du schizophrène témoigne de l'usage du langage et de l'écriture hors des significations communes, de la jouissance de la langue présente dans toute production de l'inconscient. Notre hypothèse est par conséquent que la façon dont chaque sujet « dit schizophrène » répond à la désorganisation des dimensions RSI, « hors de toute référence à un discours établi », vient éclairer « l'homme normal » sur les rapports du parlêtre à la pulsion. Cette réponse peut être « déficitaire », mais elle peut également être ironique. François Sauvagnat[836] nous faisant remarquer que le sujet assume l'inconsistance de l'Autre par des modes d'articulation de RSI, certes « incongruents », mais qui permettent néanmoins au sujet de se représenter.

Pour conclure, le Séminaire X initie une remise en question de la notion de point de capiton, il n'y a plus de barrière à franchir pour avoir accès à la jouissance. Mais également des phénomènes de sens, l'amour, le désir sont trompeurs. Tout ce qui est de l'ordre de l'imaginaire et du symbolique se révèle dans sa dimension de semblant et de fiction, alors que le leitmotiv du séminaire c'est que l'angoisse a la fonction de *ce qui ne trompe pas*. En conséquence, ce qui ne trompe pas, c'est aussi ce qui ne se laisse pas signifiantiser, ce qui ne se laisse pas prendre dans l'Aufhebung. D'où l'on voit que le sujet schizophrène est, d'une part situé au niveau de la discordance du savoir et de l'être et, d'autre part, lié étroitement à ce qui fait la structure de l'objet *a*.

c. Que puis-je savoir ?

Nous avons vu un déplacement du savoir : du mythe au réel. Sans le garant qui dirait le vrai sur le vrai, il y a un trou. Le problème peut alors se formuler selon les trois questions de Kant : « Que puis-je savoir ? Que puis-je faire ? Que m'est-il permis d'espérer ? ».

[834] La castration œdipienne, devient une élucubration de savoir sur la séparation.
[835] Bassols, M., « Jacques Lacan et le sujet de la folie », op.cit.
[836] Sauvagnat, F., « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui », Ornicar digital ?

Le ressort de la psychanalyse est la supposition de savoir, ce qui n'assure nullement du savoir dans le réel[837], dit Miller. Ce que le vecteur du symbolique au réel inscrit c'est l'objet *petit a*. La psychanalyse traite la jouissance à partir du symbolique, elle produit cet objet *petit a*, comme un effet de sens visant le réel. Dans l'expérience de la passe, on apprend que le savoir issu de l'expérience analytique ne change rien au réel. La pulsion reste identique. Ce qui peut s'atteindre c'est « le plus petit dénominateur commun que l'inconscient a trouvé pour dire le choc du signifiant sur le corps »[838]. Autrement dit, il y a une part de jouissance indestructible, ce qui change c'est son usage. Cette perspective remet en question la problématique de la nomination. En effet, le nom propre, le Nom-du-Père sont des points de capiton, non pas seulement entre signifiant et signifié, nous dit Miller[839], mais entre symbolique et réel. Le Nom-du-père, par exemple, est celui qui accomplit cet acte majeur, par quoi il assume l'acte de nomination qui lie symbolique et réel. Or, avec le dernier Lacan, le non rapport entre symbolique et réel est fondamental. Le réel, n'est pas réductible au semblant. Ça peut être changé dans le semblant d'être (objet a), mais « ce n'est pas forcé que ça aille plus loin ».

C'est en 1967 qu'il formule un régime de la jouissance qui ne nécessite plus le sacrifice phallique[840], la jouissance ne nécessite plus d'être interdite, mais d'être réfrénée[841]. A l'objet *petit a* qui lui sert à donner forme à la jouissance qui se substitue au trou de la castration, Lacan ajoute la jouissance qui résiste à la castration[842]. Dès lors, nous avons vu que l'appareil signifiant qui ordonne la jouissance, la structure, devient une élucubration de savoir sur le réel. Le phallus, l'objet *a*, dans ce contexte deviennent des semblants. L'Autre n'existe pas, la vérité devient menteuse. « Tout le monde est fou », implique en quelque sorte que le réel mente pour tout le monde, sauf peut-être dans la psychose[843].

La structure du discours est une autre des tentatives de Lacan pour allier signifiant et jouissance. Nous entendons que Lacan situe la position du schizophrène dans un rapport conflictuel entre le discours universel, le langage, et son corps. En effet, lors de la leçon du 24 Juin 1959 du séminaire VI[844], Lacan dit que l'identification du schizophrène à la discordance nous indique « une autre forme du *Je pense, donc je suis* ».

Le sujet névrosé peut s'appréhender en tant « qu'il est deux sans le savoir » dit Lacan, divisé de son organisme. Ne pas savoir la discorde du corps et du langage est ce qui lui permet de mettre la ponctuation, à obtenir le « tu es cela » qui pare à la fuite du sens. Tandis que le morcellement schizophrénique indique au contraire la non séparation de la pensée et du corps.

---

[837] Miller, J.-A., « Le lieu et le lien », Leçon du 17 janvier 2001, Cours d'orientation lacanienne 2000-2001, inédit.

[838] Chiriaco, S., « De l'angoisse au sinthome », enseignement au Collège freudien, « Clinique actuelle de l'angoisse », 13 Avril 2016, inédit.

[839] Miller, J.-A., « Le lieu et le lien », op.cit.

[840] Lacan, J., « Subversion du sujet et dialectique du désir », op.cit., p.822 : « C'est la seule indication de cette jouissance dans son infinitude qui comporte la marque de son interdiction, et, pour constituer cette marque, implique un sacrifice : celui qui tient en un seul et même acte avec le choix de son symbole, le phallus ».

[841] Lacan, J., « Allocution sur les psychoses de l'enfant », Autres Ecrits, op.cit., p.364.

[842] Miller, J.-A., « Une nouvelle alliance avec la jouissance », op.cit.

[843] Miller, J-A., « Choses de finesse en psychanalyse», cours du 3/12/2008, op. cit.

[844] Lacan, J., *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VI, "Le Désir et son interprétation", 1958-1959, op.cit*.

J.P. Deffieux nous dit qu'en cela « il est celui qui de façon paradigmatique rend compte de la non séparation primordiale avec une part de vie »[845].

« *La jouissance est une limite. Cela tient à la structure même qu'évoquaient au temps où je les ai construits pour vous mes quadripodes – la jouissance ne s'interpelle, ne s'évoque, ne se traque, ne s'élabore qu'à partir d'un semblant* »[846]. Voilà condensé par Lacan, en une phrase, la jonction entre le triangle de « Savoir et vérité » et ce que nous abordons désormais de discordance du savoir et de l'être à partir du discours. La jouissance est une limite, la vérité, quant à elle, est l'effet de l'articulation. Elle se localise dans l'articulation interne au discours. Lacan la distingue de l'exactitude, « *la vérité n'est pas de dire ce qui est, ce n'est pas l'adéquation du mot et de la chose – selon la définition ancestrale -, la vérité dépend du discours* »[847]. Mais c'est aussi ce qui échappe à la chaîne signifiante, l'accès à la place de la vérité étant barré dans le discours lacanien. La vérité commence avec le vidage de la jouissance hors corps, elle se situe entre jouissance et castration. Et du fait même qu'il parle, c'est-à-dire qu'il puisse parler de ce qui n'existe pas, le sujet ne dit pas la vérité : « là où ça parle, ça ment ». Il y accède dans un instant de voir : *alétheia*. Dans l'analyse, la vérité est voilée.

La parenté que nous avons vue entre le sens et la jouissance (*jouis-sens*) implique que malgré l'annulation de jouissance, ça jouisse. Si le sujet, ainsi que la vérité sont inconsistants ($ et S (A barré)), en tant qu'ils sont effets de la chaîne signifiante, la jouissance comme plus-de-jouir est toujours assurée : « donc, ça jouit ». Ce qui permet à Miller de traduire en concepts cliniques les trois termes de son titre : « Le vrai, le faux et le reste »[848], « le vrai, c'est la castration, le faux, c'est le sujet, et le reste, c'est le plus-de-jouir ». Il est amené à dire également que, dans le discours analytique, la parole est « vérité menteuse » sur la jouissance : « *On ne peut pas dire vrai sur la jouissance. Si on ne peut pas dire toute la vérité, c'est parce qu'il y a une zone, un domaine, un registre de l'existence où la vérité n'a pas cours, et ce registre serait celui de la jouissance, de qui satisfait* »[849].

Il y a la vérité appareillée à ce que je raconte (*hystoires,* fantasme), et ce qui vient faire émergence par morceaux, par pièces détachées. Sortes de trous dans la réalité du sujet, *troumatismes*, qui ont « *valeur de réel*, plutôt que *de vérité* et de *sens* »[850]. « Le réel se trouve dans les embrouilles du vrai » dit Lacan sans le Séminaire XXIII[851]. C'est-à-dire que, la vérité qui compte pour Lacan c'est la vérité sur le réel. Il invente donc l'objet *a* comme « l'ambocepteur reliant, médiatisant, faisant fonction de moyen terme entre vérité et jouissance, entre l'ordre symbolique et le réel ».

[845] Deffieux, J.-P., « Le risque suicidaire », op.cit.
[846] Lacan, J., Séminaire XX « Encore », op. cit. p.118
[847] Miller, J.-A., « La vérité fait couple avec le sens », La Cause du désir, Revue de psychanalyse, n°92, « Faire couple, Liaisons inconscientes », Navarin éditeur, 2016.
[848] Miller, J.-A., « Le vrai, le faux et le reste », La Cause freudienne, n°28, op.cit.
[849] Miller, J.-A., « La vérité fait couple avec le sens », op.cit.
[850] Idem.
[851] Lacan, J., Séminaire XXIII, op.cit., p.85.

A la fin de son enseignement, lorsque le signifiant maître n'est plus la vérité mais la jouissance, Lacan est amené à dire que le réel ment lui aussi[852]. C'est dans l'angoisse que le réel ne ment pas, car nous ne sommes plus alors dans l'ordre des semblants. « Des articulations de signifiants [qui] peuvent toujours tromper » dit Miller. C'est-à-dire que nous ne sommes pas dans le registre de la démonstration du réel, mais du réel « qui s'éprouve comme ce qui ne trompe pas. Paradoxalement, c'est par là qu'il échappe à la vérité »[853].

Enfin, la question du savoir en psychanalyse implique de tenir compte de l'existence de l'inconscient et de prendre en considération la jouissance. Dans un premier temps, on peut dire que pour entrer dans le savoir, l'opposition signifiante, l'énonciation est nécessaire. Dans la mesure où il faut du S2 pour que le S1 ne soit pas hors sens. On peut donc dire que le savoir est équivalent à l'appareil signifiant qui ordonne la jouissance, il est lié à l'exclusion de la jouissance. « Le savoir, [dit Lacan], c'est ce qui fait que la vie s'arrête à une certaine limite vers la jouissance »[854]. Deuxièmement, nous avons vu que le savoir de l'homme n'échappe pas à la castration : d'une part, c'est un semblant, le savoir absolu n'existe pas. D'autre part, le savoir exige que le sujet consente à une perte.

Dans « L'envers de la psychanalyse », à partir de la matrice des discours, Lacan décline la place du savoir. Ainsi dans le discours hystérique, c'est un savoir qui travaille, dans la mesure où le sujet s'adresse au maître pour produire du savoir. Dans le discours analytique, au contraire, c'est un savoir qui ne se sait pas. Il ne découle pas du signifiant, mais de l'objet. Dans le discours universitaire, c'est le tout savoir, la bureaucratie. C'est-à-dire que le savoir s'adresse au travailleur pour produire quelque chose. Dans le discours du maître c'est le savoir en tant qu'il appartient à l'esclave, auquel le maître s'adresse pour produire le plus-de-jouir.

Lacan y définit le savoir, en tant que savoir transmissible, par l'articulation S1-S2. Le savoir est quelque chose qui lie un signifiant à un autre signifiant. C'est le sujet qui est supposé savoir. C'est peut-être pourquoi Lacan, lorsque la question « Que puis-je savoir ? » lui est posée dans « Télévision », répond : « Mon discours n'admet pas la question de ce qu'on peut savoir, puisqu'il part de le supposer comme sujet de l'inconscient ». Depuis la découverte de l'inconscient, en effet, on ne peut plus répondre des conditions de possibilité de la connaissance comme à l'époque de Kant. Toutefois, s'il n'y répond pas dans les termes de la formulation kantienne, il répond néanmoins « *que puis-je savoir ? Réponse : rien qui n'ait la structure du langage en tout cas, d'où il résulte que jusqu'où j'irai dans cette limite, est une question de logique* »[855]. Le réel que Lacan cherche à atteindre échappe à l'appareil langagier, il l'élabore logiquement, à partir des mathèmes.

Le défi de la vérité au réel, implique que Lacan introduise quelque chose qui n'est pas de la philosophie, mais de la logique, dont on n'a pas besoin de se poser la question de si ça

[852] Lacan, J., « Télévision », *Autres Ecrits*, op.cit. p.516
[853] Miller, J.-A., « La vérité fait couple avec le sens », op.cit.
[854] Lacan, J., Séminaire XVII « L'envers de la psychanalyse », op.cit. p. 17.
[855] Lacan, J., « Télévision », *Autres Ecrits*, op.cit. p.536.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

pense ou non : « Une règle de pensée qui a à s'assurer de la non-pensée comme de ce qui peut être sa cause, voilà ce à quoi nous sommes confrontés avec la notion de l'inconscient »[856].

Alors que nous avons l'habitude de considérer que le sujet de l'inconscient est le même sujet que celui du cogito cartésien – « peu importe la vérité de ce que je me représente, car du seul fait que je pense, je suis » - Lacan évoque là une règle de pensée qui n'est pas cartésienne, dans la mesure où elle admet et fixe la non-pensée comme cause de la pensée.

Nous avons dit plus haut que le trauma freudien était l'inconscient comme « défaillance créatrice du savoir » et « point d'origine du désir de savoir ». C'est-à-dire que Freud s'oppose à Descartes et à Hegel. C'est dans la leçon XVII du Séminaire « D'un Autre à l'autre »[857], que Lacan confronte Freud aux philosophes. D'une part il nous dit que Hegel prolonge le cogito de Descartes d'un « *Je sais que je pense* », mais auquel il ajoute quelque chose qui varie : le point où je suis. L'illusion serait « *je suis où je pense* ». La vérité de la pensée serait, selon Hegel, ailleurs qu'en elle-même, dans la relation du sujet au savoir. Au contraire, pour Freud, la pensée barre l'accès à un savoir, à un « *Je ne sais pas* » impensable. « *Le pas, donc, que fait franchir Freud concernant la fonction de la pensée par rapport au* Selbstbewußtsein[858] *est celui-ci. Il montre que l'essence du* Je sais que je pense *n'est rien d'autre que le trop d'accent mis sur le* Je sais *pour oublier le* Je ne sais pas *qui est sa réelle origine. […] Chez Hegel, la vérité est la place où est réellement ce* que je pense. *Elle désigne chez Freud la place d'où ce* que je pense *est motivé. […] C'est l'endroit où ce* ça ne veut rien dire *commande un* ça veut dire *de remplacement* »[859]. L'énonciation du sujet divisé prend germe dans l'aperçu du corps comme séparé de la jouissance. Le *Je ne sais pas* est équivalent à la castration, « le trou dans l'appréhension, le *Je ne sais* pas quant à la jouissance de l'Autre »[860].

Mettant en correspondance les trois questions kantiennes avec la triade freudienne, « Symptôme, inhibition, angoisse », Antoni Vicens[861] relève que, chez ces deux auteurs, les trois positions : épistémique, éthique et expérimentale, peuvent être ramenées à la question « Qu'est-ce que l'homme ? ». Dans son intervention, il démontre comment à cette question Freud répond radicalement que « l'humain c'est la castration ». Le symptôme, quant à lui, se formule comme « Que puis-je ne pas savoir ? ». C'est-à-dire que le savoir pour Freud équivaut à la pulsion, dont la satisfaction est barrée par le symptôme. En quoi, le savoir n'échappe pas non plus à la castration. L'inhibition, elle, est une absence de réponse à « Que dois-je faire ? ». Et en ce qui concerne l'angoisse, Antoni Vicens nous dit que, dans la seconde topique freudienne, elle est « un maître sans visage – attente sans espoir ». Là où « *le symptôme permet d'espérer quelque chose dans le registre temporel. […] Le temps de pouvoir ne pas savoir* ».

---

[856] Lacan, J., Le Séminaire livre XVI « D'un Autre à l'autre », Seuil, Champ freudien, 2006, p.13

[857] *idem, Leçon XVII "Pensée censure", p.265..*

[858] Terme hégélien de conscience de soi.

[859] Idem., p.274.

[860] Idem, p.277.

[861] Vicens, A., « Ne pas savoir que faire, pouvoir ne pas savoir, n'être plus temps », Sous la direction de Miller, J.-A., « Lakant », collection rue Huysmans, Diffusion Navarin-Seuil, 2000, pp.52-57.

4.2.3. Un discours avec les signes de la jouissance ?

Pour la psychanalyse, les trois questions kantiennes ne peuvent se poser si on n'a pas demandé au préalable qui parle ? Qui est ce « je » qui pose les questions ? nous dit Miller. « *En psychanalyse, nous ne pouvons pas adopter la perspective kantienne universelle, les questions sont de chacun en particulier. Les réponses aussi sont de chacun en particulier. En psychanalyse, on obtient des réponses à la mesure de chacun, on ne formule pas une réponse valant pour tous* »[862].

La réponse au « que suis-je », implique la supposition de savoir, que le parlêtre invente quelque chose à la place du non rapport sexuel, sur ce qui manque dans l'Autre. La vérité fait obstacle au réel nu, avons-nous dit. Le savoir fait limite à la jouissance. C'est pourquoi on peut dire que le sujet schizophrène échappe au « je pense », en tant qu'ambigu de symbolique et imaginaire, et qu'il a rapport au savoir comme impensable.

a. Ou je suis, Ou je pense

Dans le Séminaire Livre XI, « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », Lacan formule le paradigme dit de la jouissance normale[863]. C'est-à-dire qu'il rompt avec la notion de l'au-delà, d'une jouissance à laquelle on a accès par transgression ou traversée. Le trajet de la pulsion est déterminé par une perte de vie, naturelle, liée aux conditions de reproduction du corps vivant et sexué. Dans le séminaire Livre XVII, Lacan tente de déduire les conséquences de cette perte de jouissance au niveau du lien social. C'est le paradigme dit de la jouissance discursive. Ce qui change avec ce paradigme, nous dit Miller, c'est que Lacan met en valeur la relation primitive et originaire du signifiant et de la jouissance.

Reprenons les termes du discours à la lumière des « Six paradigmes de la jouissance »[864] : le S2 équivaut à S (A barré), c'est le savoir en tant qu'il est distinct du signifiant maître, S1. Le S1 est ce qui fait surgir le sujet, mais au prix de le figer. Il le fait surgir d'un être préalable, un corps affecté de jouissance. $, c'est le sujet en tant qu'il manque au réel. Il occupe dans le discours de l'inconscient la place de la vérité, dans la mesure où il s'insère dans les discontinuités du réel.

Toutefois, la question de la matière d'où surgit le $ implique que le discours de l'inconscient, ou discours du maître, puisse s'écrire de deux façons :

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a} \qquad \text{ou} \qquad \frac{S1}{\text{corps}} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

[862] Miller, J-A., « L'os du problème », « Lakant », op.cit.
[863] Miller, J.-A., « Les six paradigmes de la jouissance », op.cit.
[864] Idem.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Ce paradigme repose sur une équivalence du sujet et de la jouissance, qui autorise Miller à substituer dans la proposition définitionnelle de Lacan, « le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant », le terme de jouissance à celui de sujet : « Le signifiant représente la jouissance pour un autre signifiant ». Le S1 a donc une double fonction. Il introduit la perte et il introduit la jouissance dans sa dimension de répétition : l'objet *petit a* comme plus-de-jouir. Quant au S2, c'est le savoir travaillant, « *en tant qu'il relève premièrement, qu'il le sache ou pas, du trait unaire, et, à sa suite, de tout ce qui va pouvoir s'articuler de signifiant. C'est à partir de là que s'instaure cette dimension de la jouissance, si ambiguë chez l'être parlant* »[865].

Il ne faut pas omettre que le discours de l'inconscient, comme lien social, est le discours du maître et de l'esclave. C'est dire, d'une part, que le sujet est dans ce discours serf des moyens de production[866]. C'est dans le séminaire Livre XVI[867] que Lacan, anticipant sur « L'envers de la psychanalyse », énonce que le *Je* est la forme linguistique du *a* : « le *a* en tant que c'est moi qui me représente »[868]. C'est de la production du *a* que s'anime le rapport de l'homme à la parole. D'autre part, que Lacan y articule le mythe hégélien.

> « Lacan articule ici la dépendance du maître à l'endroit de l'esclave et que la fonction subjective du maître réside au niveau de l'esclave, dans la mesure où S1 représente le sujet pour un autre signifiant qui est S2. Ce qui veut dire que le sujet maître résiderait au niveau de l'esclave. On ne peut le comprendre que d'une façon [dit Miller] : il n'y a pas lieu de considérer le maître et l'esclave comme deux personnages. Il n'y a qu'un seul sujet, qui se laisse ici identifier de ces deux façons distinctes, et déjà le mythe vacille. […] C'est un seul qui est ici dans un rapport à soi-même qui est le maître et un rapport à soi-même qui est l'esclave »[869]

Dans cette perspective le corps n'est plus localisé par Miller en $, mais en S2. « L'esclave c'est le corps », nous dit-il, « le corps en tant qu'il obéit comme un cadavre ». Miller renouvelle ici le trauma freudien : « *L'esclave, c'est le corps et sa jouissance, tandis que le maître est un rêve, un rêve de l'esclave, le rêve de la maîtrise du corps. […] L'homme s'imagine être deux, il s'imagine être maître et esclave. Il désire être maître de soi, ce qui veut dire aussi bien être esclave de soi* ». Maître et esclave occupent respectivement les places du S1 et du S2. Qu'en est-il pour la ligne du dessous ? Miller propose l'opposition de la jouissance et du plus-de-jouir.

La jouissance est définie par Lacan, dans le Livre XVI de son séminaire, comme une zone centrale, mais interdite parce que trop intense. « *La* vacuole, *cet interdit au centre, qui constitue, en somme, ce qui nous est le plus prochain, tout en nous étant extérieur. Il faudrait faire le mot extime pour désigner ce dont il s'agit* »[870]. La vacuole, c'est ce que nous avons vu figurer sur le triangle comme la place de la jouissance par rapport aux registres RSI. Autrement dit, la jouissance est exclue, ce qu'on isole c'est une unité de jouissance : le plus-

[865] Lacan, J., Séminaire Livre XVII « L'envers de la psychanalyse », op.cit., p.56.
[866] Lacan, J., Séminaire Livre XVI, « D'un Autre à l'autre », op.cit., p.103.
[867] idem.
[868] Idem, pp.178-179.
[869] Miller, J.-A., « Commentaire du Séminaire *D'un Autre à l'autre* », op.cit.
[870] Lacan, J., Séminaire Livre XVI, « D'un Autre à l'autre », op.cit., p.224.

de-jouir. Dans le discours, il est fondamental que vérité et production soient disjointes, qu'il soit marqué d'une impuissance quant à la jouissance.

Ce qui s'établit ici progressivement c'est la discordance du savoir et de l'être constitutive de l'être parlant. « Je pense où je ne suis pas, donc je suis où je ne pense pas » dit Lacan dans « L'instance de la lettre dans l'inconscient »[871]. Dix ans plus tard, il reprend l'articulation freudienne : « De ce que le *Je ne sais pas* soit radicalement oublié, il est impossible de revenir à sa place »[872]. En 1972, dans « L'étourdit » : « Qu'on dise reste oublié derrière ce qui se dit dans ce qui s'entend ». Dans chacune de ces phrases semble s'établir le sujet en tant qu'il manque-à-être. Ce que nous avons démontré c'est qu'aux deux niveaux, du corps et du signifiant, il faut un *moins* d'ordre logique pour que ça fonctionne. « Toute la normativité, dit Lacan, s'organise autour de la passation d'un manque ».

Paradoxalement, c'est donc l'homme « normal » qui est discordant, schizé. Dans la schizophrénie, le discours n'opère pas, précisément, parce qu'il n'y a pas d'impuissance, rien ne vient barrer le rapport entre vérité et production. La jouissance non séparée du corps, ne permet pas que le sujet s'insère dans le lien social à partir de ses chutes. Elle reste foncièrement auto-érotique et désarrimée. Autrement dit, dans la schizophrénie on ne trouve pas le signe *moins* qui permet à Lacan, dans son Séminaire sur « La logique du fantasme »[873], la subversion du cogito cartésien : « Je pense où je ne suis pas ». Le moins qui frappe l'être et constitue le sujet de l'inconscient. Le moins qui, tout en trouant le symbolique, ouvre le sujet au discours et lui livre un corps.

Si le sujet psychotique est hors discours, il n'est ni hors du langage ni hors de la logique nous rappelle Rosine Lefort dans « Les structures de la psychose »[874] :

« L'absence d'objet perdu fait du langage, pour lui, une « toute-puissance », c'est-à-dire un Réel. Ce Réel est différent du Réel de l'Objet (a) dont l'existence logique vient de son opposition au signifiant : l'objet (a) est un reste hors signifiant dans l'opération de constitution du sujet au lieu de l'Autre par le signifiant ; en tant que Réel, cet objet incarne le sujet à son insu. Le psychotique, lui, s'incarne dans le Réel de son signifiant, matériau du langage. L'Autre du psychotique est aussi un Réel qui, en tant que tel, est là ou n'est pas là, mais il ne doit pas être décomplété. L'objet dont il est porteur n'est pas séparable. Le psychotique est bien représenté par un signifiant primordial S1, mais c'est un Réel, un signifiant gelé, pris en masse avec le S2 de l'Autre, sans l'intervalle entre les deux d'où normalement l'objet choit.

La passion de l'être remplace pour le psychotique l'aliénation signifiante qui fait le « fading » du sujet. Le psychotique n'a pas d'Inconscient, ou s'il en a un, celui-ci ne fonctionne pas, faute de son lieu spécifique qui est l'Autre en tant que barré, celui du désir ; c'est pourquoi le psychotique reconstruit le monde »[875].

---

[871] Lacan, J., *Ecrits*, op. cit., p.517.
[872] Lacan, J., Séminaire Livre XVI, « D'un Autre à l'autre », op.cit., p.275
[873] Lacan, J., "*La Logique Du Fantasme", Le Séminaire de Jacques Lacan Livre XIV* (inédit, 1966).
[874] Lefort, R., « Les structures de la psychose, L'enfant au loup et le Président », En collaboration avec Robert Lefort, Le champ freudien, Editions du seuil, Paris, 1988.
[875] Idem, p.595.

Dans la psychose, c'est à un espace sans trou que le sujet est confronté, dans la mesure où, dans le réel, rien ne manque. Sans perforation, pas d'architecture du nœud. Or, le regard, la voix, la pensée, mais aussi bien l'espace, procèdent de la dynamique centrée par la perte[876]. L'objet *petit a*, en tant qu'il n'est pas hors du corps, ne vient pas cerner les trous du corps. Dès lors, le passage à l'acte, l'automutilation, l'extraction des selles, sont autant de témoignages de la nécessité à laquelle le sujet est confronté de produire ce trou.

Il n'y a pas le signifiant du manque dans l'Autre. Le corps se jouit tout seul. Cependant, à partir de la clinique, Miller propose le mathème de l'Autre réel avec le trou : A barré – qui lui permet de considérer « l'entrée en fonction de ce moins qui tente de s'inscrire dans le réel »[877].

D'autre part, la forclusion du trou a pour conséquence que le corps du sujet est, en quelque sorte, trop vivant. Ce n'est pas le corps du discours du maître, rêve de maîtrise. Soit le « corps en tant qu'il obéit comme un cadavre »[878].

Dans la perspective du dernier enseignement de Lacan, on peut dire que ce que le psychotique met à nu, c'est « la forme logique fondamentale du symptôme », en tant qu'il s'écrit sur le corps et ne parle pas. C'est-à-dire comme rencontre avec la jouissance. D'ailleurs, si le psychotique n'a pas d'inconscient, cela nous conduit à nous référer à la bévue. En effet, en mettant *Une-bévue*[879] à la place de l'*Unbewusst*, Lacan formule l'hypothèse d'une erreur, une-bévue, antérieur à l'inconscient. Elle devient effet de l'inconscient lorsqu'on y ajoute le sens, lorsqu'on prend ses garanties dans l'Autre. « Il y a d'abord la bévue et l'effet de savoir se produit après coup » écrit Éric Laurent dans son dernier livre, « L'envers de la biopolitique »[880]. A cet égard, le sujet schizophrène est celui qui ne prend aucune garantie. Pour qui les effets de sens sont suspects.

Le schizophrène enseigne donc, d'une part quant au réel, dans la mesure où il est immergé dans cette dimension. D'autre part, sur la façon dont le corps est au premier plan. On peut dire que c'est la clinique du schizophrène qui amène Lacan à subvertir le cogito cartésien. Alors que pour Descartes la certitude de l'être vient de la pensée, Lacan met au premier plan le corps marqué des événements de jouissance, des traumas de *lalangue*, et ensuite les effets de savoir. Ce qu'il faut d'abord, c'est *avoir* un corps. Où le schizophrène nous démontre la nécessité d'opérer sur le corps, de le machiniser pour que la jouissance s'articule en un savoir.

C'est dans le titre même du Séminaire qui suit celui où Lacan s'enseigne de Joyce[881], que nous trouvons une orientation pour la pratique : « L'insu que sait l'une-bévue s'aile à mourre ». *L'insu que sait l'une-bévue c'est l'amour*. Nous conclurons ici avec Éric Laurent :

---

[876] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII « Le sinthome », op.cit., p.85
[877] Miller, J.-A., cité par Éric Laurent, in « La bataille de l'autisme », op.cit., p.68.
[878] Miller, J.-A., « Lecture du Séminaire *D'un Autre à l'autre* », op.cit.
[879] Lacan, J., Séminaire livre XXIV « L'insu que sait l'une-bévue s'aile à mourre », 1976-1977, inédit.
[880] Laurent, E., « L'envers de la biopolitique. Une écriture pour la jouissance », Navarin, Le champ freudien, 2016.
[881] Lacan, J., "*Le Sinthome", op.cit*.

« « L'insu que sait » apparaît comme le produit d'une rencontre à côté, d'un insuccès (insu-que-sait). La bévue est donc première dans le rapport au symptôme et au corps. Et c'est dans un second temps, après les effets de savoir, que peut s'articuler l'amour, lié à la rencontre manquée avec la jouissance. Si la rencontre était réussie, alors l'auto-érotisme serait absolu »[882].

b. L'amour

Dans ce contexte, notre travail vise l'articulation de l'impossible à un savoir possible. C'est là que le désir est spécialement sollicité, en tant qu'il est supporté par le semblant. Au point où nous sommes arrivés, notre problématique : quel discours sommes-nous capables de faire avec les signes de la jouissance ? Quelles connexions alternatives du symbolique et du corps pouvons-nous trouver ? Quels *trucs* pour tenir la vérité à distance ? Va s'intéresser aux implications de l'énoncé de Lacan « Il n'y a pas de rapport sexuel », en tant qu'il met l'auto-érotisme sur le devant de la scène. En effet, on peut dire que la définition du corps en tant qu'il *se jouit*, équivaut à la définition de l'auto-érotisme.

« Il n'y a pas de rapport sexuel » localise un réel en-deçà du refoulement[883], que Freud avait isolé comme destin de la libido dans la schizophrénie, et que Lacan défini comme le niveau avant le stade du miroir, où « on manque de soi ». C'est dire que l'enjeu posé par le schizophrène est celui de « la subjectivation de *a* comme pur réel »[884]. En effet, dans la leçon intitulée « Passage à l'acte et Acting out » du Séminaire X « L'angoisse », Lacan donne un statut à l'objet *a* différent du reste ou de la cause du désir. C'est un pur réel, sans la fonction d'i(*a*). D'où il inscrit la possibilité du fantasme du corps morcelé rencontré chez les schizophrènes, et « le désordre des petits *a* dont il n'est pas encore question de les avoir ou pas ».

La difficulté majeure du schizophrène, que nous avons isolée du côté de la pensée d'avoir une idée de qui il est, se voit articulée par Lacan à partir de la notion d'objet : « *En d'autres termes, ce qu'il faut dire, ce n'est pas que les objets soient envahissants dans la psychose. Qu'est-ce qui constitue leur danger pour le moi ? C'est la structure même de ces objets qui les rend impropres à la moïsation* »[885]. Plus loin, il ajoute que si « *Phénoménologiquement, il semble aller de soi que la dépersonnalisation commence avec la non-reconnaissance de l'image spéculaire. […] Cette formule qui donne le fait n'en est pas moins insuffisante. Si ce qui est vu dans le miroir est angoissant, c'est pour n'être pas proposable à la reconnaissance de l'Autre* ».

On trouve dans cette leçon une indication essentielle quant à la difficulté pour le schizophrène d'avoir un intérêt pour l'Autre. Où il semble que la difficulté pour le sujet de se constituer un Moi est liée à un défaut de la reconnaissance de l'Autre, une absence de décollement par rapport à son image, qui barre l'insertion dans l'espace de l'Autre :

[882] Laurent, E., « L'envers de la biopolitique », op. cit. p.70.
[883] Miller, J.-A., « L'être et l'Un », cours d'orientation lacanienne, 30/03/2011, inédit.
[884] Lacan, J., Séminaire Livre X « L'angoisse », op.cit., p.140.
[885] Lacan, J., Séminaire Livre X « L'angoisse », op.cit., p.141.

« Il suffit de se référer à ce moment que j'ai marqué comme caractéristique de l'expérience du miroir et paradigmatique de la constitution du moi idéal dans l'espace de l'Autre – ce moment où l'enfant retourne la tête, selon ce mouvement familier que je vous ai décrit, vers cet Autre, ce témoin, cet adulte qui est là derrière lui, pour lui communiquer par son sourire, les manifestations de sa jubilation, disons de quelque chose qui le fait communiquer avec l'image spéculaire. Si la relation qui s'établit à l'image spéculaire est telle que le sujet est trop captif de l'image pour que ce mouvement soit possible, c'est que la relation duelle pure le dépossède de sa relation au grand Autre »[886].

La psychanalyse, dans la mesure où elle s'oriente du réel, apparaît comme le seul discours qui, de l'impossible rapport sexuel, peut accompagner le sujet à un niveau où quelque chose de possible puisse s'écrire. Or, ce passage de l'impossible au possible lie la jouissance à l'amour.

C'est plus loin dans le Séminaire « L'angoisse » que Lacan formule le passage de la jouissance au désir : « Seul l'amour permet à la jouissance de condescendre au désir »[887]. Il démontre à partir du schéma de la division l'avènement du sujet par la voie de l'Autre. Il prend son départ du sujet de la jouissance qui, à faire son entrée dans l'Autre comme lieu du signifiant, subi une perte qui constitue à la fois le discours de l'inconscient et le sujet comme désirant. L'aphorisme de l'amour articule que c'est la rencontre avec l'Autre barré - qui manque à savoir, qui manque au signifiant -, et le consentement à cette rencontre, qui permet à la jouissance de passer au désir. C'est à dire que la constitution du désir en passe nécessairement par la castration. L'objet *petit a* se constitue comme cause du désir en tant qu'il est l'effet de la castration[888]. « Ce rapport à l'objet, je le désignerai provisoirement comme la rançon de cette position du sujet», écrit Lacan dans le Séminaire VI «Le désir et son interprétation».

De là s'éclaire toujours un peu plus la logique, le cadre qui permet de s'orienter dans la rencontre avec le sujet qui, en quelque sorte, à la question «la bourse ou la vie ?» a refusé de livrer la rançon. Ouvrons la piste de l'amour, comme voie à entreprendre pour ouvrir l'espace de la rencontre avec le schizophrène.

La définition lacanienne de l'amour c'est : « *donner ce qu'on a pas… à un autre qui en manque* ». C'est-à-dire que pour Lacan, l'amour est une métaphore qui masque la castration, l'incomplétude et l'inconsistance de l'Autre. Le jeu de l'amour c'est la circulation du manque. Car « être amoureux, nous dit M.-H. Briole, c'est avant tout se déclarer manquant, et donc châtré, que l'on soit homme ou femme » [889]. Il y a donc une condition de castration à l'amour. Dans la névrose, par ailleurs, l'amour est une réponse à l'impossible du

[886] Idem, p.142.
[887] Lacan, J., Séminaire Livre X, « L'angoisse », op.cit., p. 209.
[888] Lacan, J., Séminaire Livre VI, « Le désir et son interprétation », Editions de La Martinière, Le champ freudien, 2013.
[889] Briole, M.-H., « Amour et sacrifice », Quarto Revue de psychanalyse n°62, « Du nouveau dans l'amour », Eté 1997.

rapport sexuel. En 2003, dans un autre article, Marie-Hélène Briole[890] ajoute un autre caractère à l'amour tel que défini par Lacan. L'amour est défini « *à partir du caractère instituant de la parole pleine, un « tu es ma femme » qui est un acte. Il s'agit, par un acte de parole, d'instituer ou d'adopter l'Autre dans sa différence. Avec la psychose, il y a forclusion de ce qui ferait l'essence de l'amour, à savoir cette parole d'amour instituante de l'Autre* ».

L'amour a donc pour condition la castration, mais aussi le consentement du sujet à se laisser prendre dans « les fers du signifiant »[891]. Or, la forclusion consiste précisément dans le refus de cette limite à sa liberté. La difficulté du psychotique dans ses rapports avec l'amour est du côté de l'incroyance foncière du sujet par rapport au père et ses significations. A propos de la psychose, on parle cependant de « l'amour fou » et de « l'amour mort ».

« L'amour fou est donc celui qui ne laissera plus d'écart entre le désir et sa satisfaction, réalisant ainsi le rapport sexuel « qu'il n'y a pas » selon le célèbre aphorisme de Lacan », écrit Francesca Biagi-Chai[892]. Soit, non pas l'amour fou au sens de l'égarement, mais au sens de trop réel, trop absolu. « *Le paradoxe est que, précisément, l'amour fou se réalise uniquement dans la psychose. Partout ailleurs, il rencontre des limites de structure, du côté de l'échec, du ratage, de l'impossible rapport entre les sexes. Le sujet psychotique, lui, moyennant la dimension délirante, peut accéder à l'amour fou, il y croit* »[893]. Il y a l'érotomanie. Amour qui se fonde sur la certitude que l'on est aimé. Il s'agirait d'une défense contre la jouissance de l'Autre, le sujet prenant « l'initiative de l'amour plutôt que devoir s'y admettre comme objet »[894].

Et « l'amour mort », comme la réponse du psychotique à la fatalité du non rapport sexuel, que tout parlêtre rencontre. Lacan, dans la Leçon du 31 Mai 1956, du Séminaire III « Les psychoses »[895], dit : *« pour le psychotique une relation amoureuse est possible qui l'abolit comme sujet, en tant qu'elle admet une hétérogénéité radicale de l'Autre. Mais cet amour est aussi un amour mort »*[896]. Dans l'ouvrage collectif « L'amour dans les psychoses »[897], on nous explique que la discordance avec la vie, le caractère mortifié de l'amour dans la psychose, peut être liée au fait que « là plus qu'ailleurs, le sujet n'aime que lui-même, ou un idéal qu'il substitue à la réalité du partenaire ». Ou bien que « *le sujet psychotique aime un Autre, tellement Autre qu'il ne peut être incarné dans un être vivant, mais doit l'être dans une fiction délirante* » (Schreber et l'hétérogénéité radicale de l'Autre). Ou encore, que le sujet psychotique n'aime que son délire, selon le mot de Freud : il « aime son délire comme lui-même ». L'abolition du sujet, quant à elle, a partie liée avec ce qui s'applique à l'amour comme tel : aimer c'est « avant tout vouloir être aimé, et l'on sacrifie sa subjectivité pour se faire objet de l'autre dans l'amour ». C'est à ses conséquences radicales que se spécifie la psychose.

---

[890] Briole, M.-H., « Lucas X, homme du monde », Quarto Revue de psychanalyse n°78, « Amours fous », Février 2003.
[891] Miller, J.-A., « Sur la leçon des psychoses », La cause freudienne, op.cit.
[892] Biagi-Chai, F., « l'amour fou, ou pas si fou que ça », Quarto Revue de psychanalyse n°78, op.cit.
[893] Briole, M.-H., « Lucas X, homme du monde », idem.
[894] Maes, B., « l'érotomanie comme mode de traitement de l'Autre », idem.
[895] Lacan, J.," *Les Psychoses", Le Séminaire de Jacques Lacan Livre III*, Le Champ Freudien (Paris: Seuil, 1973).
[896] Lacan, J., Séminaire Livre III, op.cit. p.287
[897] Sous la direction de JAM, « L'amour dans les psychoses », Seuil, 2004.

Il faut attendre les années soixante-dix pour que le nouage opéré par l'amour rompe avec la médiation phallique. Lacan, dans une conférence à l'université de Yale (1975), évoque la faillite de l'amour [898]à propos de la psychose à partir de l'impossible du rapport sexuel. « En faillite dans la psychose, l'amour confronte à la fatalité du non rapport sexuel, alors que dans la névrose il supplée au non rapport sexuel »[899]. C'est-à-dire que l'amour dans la psychose conduit le sujet à se cogner au non rapport. « On aime celui ou celle qui recèle la réponse, ou une réponse, à notre question : « Qui suis-je ? » ». La clinique psychotique de l'amour nous enseigne le drame de l'être pris au piège de ce qui l'envahit.

Nous avons vu que la clinique borroméenne est organisée à partir de la question du nouage des consistances pour le sujet, avec la singularité de son symptôme, avec la singularité d'une invention qu'il fait. Nous avons vu également que dans cette clinique, la place de l'amour s'articule à la fonction paternelle, non plus du côté de la loi ou du désir, mais sur la façon particulière qu'a un père de suppléer au non rapport sexuel, « la loi de l'amour, c'est-à-dire de la père-version »[900] dit Lacan à la fin du Séminaire XXIII. C'est avec Joyce que nous allons désormais interroger les liens de l'amour et de la psychose. Lacan nous dit en 1975 que :

« Un père n'a droit au respect, sinon à l'amour, que si le dit, le dit amour, le dit respect, est, vous n'allez pas en croire vos oreilles, père-versement orienté, c'est-à-dire fait d'une femme, objet petit a qui cause son désir. Mais ce que c'te femme en petit a cueille, si je puis m'exprimer ainsi, n'a rien à voir dans la question! Ce dont elle s'occupe, c'est d'autres objets a qui sont les enfants auprès de qui le père pourtant intervient, exceptionnellement dans le bon cas, pour maintenir dans la répression, dans le juste mi- Dieu si vous me permettez, la version qui lui est propre de sa perversion, seule garantie de sa fonction de père; laquelle est la fonction, la fonction de symptôme telle que je l'ai écrite là, comme telle. Pour cela, il y suffit qu'il soit un modèle de la fonction. Voilà ce que doit être le père, en tant qu'il ne peut être qu'exception. Il ne peut être modèle de la fonction qu'à en réaliser le type. Peu importe qu'il ait des symptômes, s'il y ajoute celui de la perversion paternelle, c'est-à-dire que la cause en soit une femme qu'il se soit acquise pour lui faire des enfants et que, de ceux-ci, qu'il le veuille ou pas, il prenne soin paternel. La normalité n'est pas la vertu paternelle par excellence, mais seulement le juste mi- Dieu dit à l'instant, soit le juste non-dire, - naturellement à condition qu'il ne soit pas cousu de fil blanc, ce non-dire, c'est-à-dire qu'on ne voie pas tout de suite enfin! De quoi il s'agit dans ce qu'il ne dit pas.

C'est rare! C'est rare et ça renouvellera le sujet de dire que c'est rare qu'il réussisse ce juste mi-Dieu! Ça renouvellera le sujet quand j'aurai le temps de vous le reprendre. Je vous l'ai dit simplement au passage dans un article sur le Schreber, là rien de pire, rien de pire que le père qui profère la loi sur tout : pas de père éducateur surtout! Mais plutôt en retrait sur tous les magistères. »

Dans cette leçon du 21 Janvier 1975, du Séminaire « RSI », Lacan énonce deux conditions pour que le père soit modèle : une condition de symptôme de jouissance et une

[898] « Il est certain que je suis venu à la médecine parce que j'avais le soupçon que les relations entre les hommes et femmes jouent un rôle déterminant dans les symptômes des êtres humains. Cela m'a progressivement poussé vers ceux qui n'y ont pas réussi puisqu'on peut certainement dire que la psychose est une sorte de faillite en ce qui concerne l'accomplissement de ce qui est appelé « amour » ».
[899] Leguil, F., « A propos d'un cas d' « anti-érotomanie », La cause freudienne n°13, op.cit.
[900] Lacan, J., Séminaire, Livre XXIII, op.cit., p.150.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

condition de dire. C'est à propos de la seconde que nous situons l'effet forclusif : « une jouissance trop à fleur de parole ». « La normalité n'est pas la vertu paternelle par excellence, mais seulement le juste mi- Dieu dit à l'instant, soit le juste non-dire ».

C'est à cette aune du mi-dire que Colette Soler s'intéresse à la forclusion chez Joyce. Dans son livre « Lacan, lecteur de Joyce »[901], elle nous indique que « cette embrouille de la transmission paternelle » n'est pas seulement reliée à la figure du père défaillant et jouisseur obscène. Lacan emploie l'expression « forclusion de fait ». Or, s'il n'y a de fait que d'être dit, « *la « démission » d'un père, en tant qu'elle est causale, et quels que soient les traits de ce père par ailleurs, cette démission n'est rien d'autre que ce qui se dit de cette démission et qui ne va pas sans l'énonciation du fils. C'est logique d'ailleurs si on ne perd pas de vue qu'aucun signifiant, et même aucun nom, ne se sustente sans un « assentiment »* »[902]. La forclusion de fait est une forclusion énonciative : « *le sujet se forme certes au lieu de l'Autre, mais l'hétéronomie du langage ne l'allège pas de sa responsabilité, ce qui veut dire sa réponse* » nous dit-elle plus loin. « Chez Joyce ce refus de l'assentiment, […] fait de lui un non-dupe volontaire et décidé ».

Comment Joyce est-il appelé à compenser la démission paternelle ? Il se fait « l'artiste », l'artisan du signifiant. Mais comment Joyce s'arrange-t-il de l'amour et de la sexualité ? Comment la forclusion de fait se répercute-t-elle sur sa relation au corps et à sa partenaire, Nora ?

« LOM a un corps » dit Lacan. Toutefois, nous avons vu qu'il propose le diagnostique de « maladie de la mentalité » pour certains êtres parlants, dont il dit qu'ils n'ont pas de corps. Concernant Joyce, à la fin du Séminaire XXIII, il énonce un « lapsus du nœud » par dénouage de l'imaginaire, autrement dit, du corps. Or, depuis le stade du miroir et son écrit « L'agressivité en psychanalyse »[903], Lacan nous a démontré que l'ancrage corporel rend compte des passions, mais aussi de l'usage que l'homme a de son corps. L'image libidinalisée du corps est constituante de l'égo, mais le corps ne se réduit pas à l'image spéculaire. Ce corps qu'il a, nous dit Colette Soler, « le parlêtre doit aussi se l'attribuer ». Elle utilise la notion de « corps civilisé » pour appuyer la solidarité entre corps et langage, imaginaire et symbolique. Or, ce n'est pas en se servant de son corps que Joyce a traité le lapsus du nœud. En effet, Joyce, « désabonné de l'inconscient », témoigne d'un détachement par rapport à son corps (l'épisode de la raclée) et d' « un esprit à l'abri des passions spéculaires ». Pour Colette Soler, le corps sans usage d'escabeau de Joyce, va de pair avec les particularités de son rapport à la chose langagière :

« Ainsi, ses passions, autant que son intérêt, vont-elles aux mots plus qu'aux personnes, et ce phénomène fait contrepoids à la carence des passions imaginaires que j'évoquais plus haut. Rien ne peut l'affecter plus violemment que l'usage du langage. « Mépris dévorant », « colère immodérée », rage, enthousiasme, amour[904], tout ce bouillonnement passionnel s'adresse curieusement non à ses semblables mais à la façon dont ils traitent la chose verbale. […] Celui qui scrute le langage, « non pas

[901] Soler, C., « Lacan, lecteur de Joyce », Presses Universitaires de France, 2015.
[902] Idem, p.93.
[903] Lacan, J., "L'agressivité en psychanalyse," in *Écrits*, Le champ freudien (Paris: Éd. du Seuil, 1966).
[904] Souligné par nous ;

mot par mot, mais lettre par lettre », qui se répète les expressions jusqu'à ce qu'elles perdent leur signification et se transforment pour lui « en paroles admirables », celui-là n'est-il pas le martyr d'un désordre provoqué « au joint du sentiment le plus intime », non de la vie, comme Lacan le dit pour la psychose, mais au joint de « l'assentiment » que provoque tout signifiant une fois perçu, et qui lui donne son pouvoir de suggestion ? »[905]

Joyce « est le symptôme pur de ce qu'il en est du rapport au langage », mais que dire de Nora ? A son propos Lacan écrit, dans la leçon du 10 février 1976 du Séminaire « Le Sinthome » : « *Pour Joyce, il n'y a qu'une femme. Elle est toujours sur le même modèle, et il ne s'en gante qu'avec la plus vive des répugnances. Il est sensible que ce n'est que par la plus grande des dépréciations qu'il fait de Nora une femme élue. Non seulement il faut qu'elle lui aille comme un gant, mais il faut qu'elle le serre comme un gant. Elle ne sert absolument à rien* »[906].

Nora, a été une personne cruciale dans la vie de Joyce. Alors même qu'il lui avait dit qu'elle ne serait jamais sa femme au sens du « tu es ma femme » expliqué plus haut, il l'a épousée. Toutefois, Nora n'a pas été pour lui le partenaire-type qui relève du symptôme de la père-version. Ce n'est ni le choix narcissique, ni le choix par étayage, ni les bénéfices érotiques qui ont primés. Ce que le « il ne s'en gante qu'avec la plus vive des répugnances » de Lacan semble affirmer. Quant aux enfants, Giorgio et Lucia, ils n'étaient pas prévus au programme.

Lacan dit, « elle ne sert absolument à rien ». L'emploi du terme « dépréciation », nous dit C. Soler, indique qu'elle n'est pas élevée au rang de symptôme de jouissance. Mais elle lui va comme un gant… Finalement, c'est dans la leçon qui précède, que Lacan nous dit la forme que prend la carence du rapport sexuel pour Joyce est « celle qui le noue à sa femme » :

> « Le non-rapport, c'est qu'il y a vraiment aucune raison pour que, une-femme-entre-autres, il la tienne pour *sa* femme. Une-femme-entre-autres, c'est aussi bien celle qui a rapport à n'importe quel autre homme. Et c'est bien de ce *n'importe quel autre homme* qu'il s'agit dans le personnage qu'il s'imagine, et pour lequel, à cette date de sa vie, il sait ouvrir le choix de l'une-femme en question, qui n'est autre que Nora »[907].

Elle lui va comme un gant, dit Lacan. C'est-à-dire qu'elle ne fait pas symptôme, pas fonction de jouissance. Mais elle occupe une fonction imaginaire. L'hypothèse de C. Soler est que, Nora, « est un appoint imaginaire à l'égo singulier de Joyce », « une prothèse égotique »[908]. Avec Nora, il n'est pas question de l'idéalisation propre à la clinique de l'amour dans la psychose. Il ne s'agit pas d'une passion. Confronté à la fatalité du non rapport sexuel, Joyce semble consentir à l'impossible harmonisation. Toutefois, faire le choix d'une femme-entre-autres, semble néanmoins avoir la fonction de freiner la jouissance. De limiter son affolement. Mais aussi de l'inscrire lui du côté d'une identification qui serre la jouissance : un homme-entre-autre ?

---

[905] Idem, pp.110-111.
[906] Lacan, J., Séminaire, Livre XXIII, op.cit., p.84.
[907] Idem, p.70.
[908] Soler, C., « Lacan, lecteur de Joyce », op.cit., p.123.

c. *Poésie*

Ce n'est pas l'amour pour une femme, mais une femme entre autres, quelconque, avec laquelle Joyce a un rapport disons « géométrique ». Ce que la notion de « gant » indique. Ce qui prime chez Joyce, ce qu'il aime comme lui-même, c'est son écriture. C'est son écriture qui corrige le lapsus du nœud et évite qu'il ne s'engouffre dans le trou du non rapport sexuel.

En 1960, dans son « Discours aux catholiques »[909], Lacan opère la distinction de l'auto-érotisme et de l'amour, en tant qu'il désigne le narcissisme chez Freud. Il opère cette distinction à partir des registres Réel, Symbolique et Imaginaire :

« Je m'aime moi-même sans doute, et de toute la rage collante où la bulle vitale bout sur elle-même et se gonfle en une palpitation à la fois vorace et précaire, non sans fomenter en son sein le point vif d'où son unité rejaillira, disséminée de son éclatement même. Autrement dit, je suis lié à mon corps par l'énergie propre que Freud a mis au principe de l'énergie psychique, l'Eros qui fait les corps vivants se conjoindre pour se reproduire, qu'il appelle libido »

L'auto-érotisme donc, où nous situons la place du sujet schizophrène.

« Mais ce que j'aime en tant qu'il y a un moi où je m'attache d'une concupiscence mentale, n'est pas ce corps dont le battement et la pulsion échappent trop évidemment à mon contrôle, mais une image qui me trompe en me montrant mon corps dans sa *Gestalt,* sa forme. Il est beau, il est grand, il est fort, il l'est plus encore d'être laid, petit et misérable. Je m'aime moi-même en tant que je me méconnais essentiellement, je n'aime qu'un autre, un autre avec un petit *a* initial, d'où l'usage de mes élèves de l'appeler « le petit autre ». Rien d'étonnant à ce que ce ne soit rien que moi-même que j'aime dans mon semblable ».

La passion amoureuse est liée au narcissisme, à l'amour de soi où la force du délire prend sa source, dit Lacan en se référant au dire de Freud « ils aiment leur délire comme soi-même ». Dans cette conférence, Lacan articule la face éthique du stade du miroir, dans la mesure où l'éthique porte sur la façon dont on traite la pulsion de mort. Ce que relève Lacan, ce sont les deux faces de l'objet *petit a* : objet cause du désir et objet réel : « *Je t'aime, mais parce qu'inexplicablement j'aime en toi quelque chose plus que toi – l'objet a, je te mutile* »[910].

Dès « Malaise dans la civilisation », Freud institue l'amour comme point d'appui à la civilisation. Mais dans un second temps, la civilisation se retourne contre l'éros. Ce que dit Freud, c'est que le commandement chrétien « Aime ton prochain comme toi-même », en tant qu'inhibition de la libido, tire sa nécessité de la pulsion de mort. L'exigence d'un amour universel et absolu est liée à la haine de l'autre qui menace la civilisation de désagrégation. L'éthique porte alors sur la façon dont on traite la pulsion de mort, dont on s'en tient éloigné.

[909] Lacan, J., « Discours aux catholiques », in « Le triomphe de la religion », coll. Comment faire pour enseigner, Seuil, Janvier 2005.
[910] Lacan, J., Le Séminaire Livre XI, op.cit., p.241.

L'amour, est au centre de l'expérience éthique de la psychanalyse, dans la mesure où elle ne cherche pas à éradiquer la contingence de la rencontre mais, au contraire depuis Freud, il s'agit d'extraire la clinique de l'amour du registre de l'affection, de lutter contre la dimension d'appel et contre les significations.

A partir des Séminaires XX « Encore » et XXI « Les non-dupes-errent », Lacan dégage un nouveau statut de l'amour qui permet de se passer du rapport sexuel, puisqu'il n'existe pas. Dans la « Note italienne »[911] il écrit :

« Le savoir par Freud désigné de l'inconscient, c'est ce qu'invente l'humus humain pour sa pérennité d'une génération à l'autre, et maintenant qu'on l'a inventorié, on sait que ça fait preuve d'un manque d'imagination éperdu. On ne peut l'entendre que sous bénéfice de cet inventaire : soit de laisser en suspens l'imagination qui y est courte, et de mettre à contribution le symbolique et le réel qu'ici l'imaginaire noue (c'est pourquoi on ne peut le laisser tomber) et de tenter, à partir d'eux, qui tout de même ont fait leurs preuves dans le savoir, d'agrandir les ressources grâce à quoi ce fâcheux rapport, on parviendrait à s'en passer pour faire l'amour plus digne que le foisonnement de bavardage, qu'il constitue à ce jour, - *sicut palea*, disait le saint Thomas en terminant sa vie de moine. Trouvez-moi un analyste de cette tuile, qui brancherait le truc sur autre chose que sur un organon ébauché ».

« Agrandir les ressources grâce à quoi ce fâcheux rapport, on parviendrait à s'en passer pour faire l'amour plus digne », voilà l'éthique de la psychanalyse. Il ne s'agit pas de nettoyer les passions dans des protocoles. Mais, devant ce point de réel, adopter une position éthique énoncée ainsi par Lacan : « que l'amour soit impossible, et que le rapport sexuel s'abîme dans le non-sens […] ne diminue en rien l'intérêt que nous devons avoir pour l'Autre »[912].

Nous trouvons le commentaire de la place que Lacan donne à l'amour dans cette partie de son enseignement, dans l'ouvrage collectif « Les nœuds de l'amour »[913]. Ce qui est en question dans cette citation c'est, d'une part, la place tenue par l'analyste en fin d'analyse (*Sicut palea*) ; accepter l'inexistence du rapport sexuel, d'autre part. Et enfin, le lien entre l'amour et le réel. « *En effet, l'amour plus digne que du bavardage exige de relever le poids de réel qu'il comporte. Au-delà du symbolique, du signifiant, du bavardage. Ce n'est pas la parole qu'il s'agit de privilégier mais la lettre d'amour* ». Dans son commentaire, Damien Guyonnet[914] se réfère à Éric Laurent, mettant en série « l'amour plus digne » et « l'indignité pulsionnelle » : « *Grâce à la lettre, il finira par donner le mathème, la raison ininscriptible de la passion entre les sexes. Il pourra s'appuyer sur cette écriture pour formuler un amour qui inscrive l'indignité pulsionnelle, la Chose, la Ding de chacun. C'est l'amour « plus digne » que Lacan analysant appelle de ses vœux* ».

---

[911] Lacan, J., « Note italienne », Autres Ecrits, op.cit., p.311

[912] Cité par Amirault, M., « Amour », Scilicet « Semblants et sinthome, VIIème Congrès de l'Association Mondiale de Psychanalyse Paris -2010 », Coll. Rue Huysmans, Ecole de la Cause freudienne, Paris, 2009.

[913] « Les nœuds de l'amour », Enseignement sous la direction de P. Prost, 2010-2011, Supplément de la Lettre Mensuelle, Paris, Ecole de la Cause freudienne, Octobre 2011.

[914] Guyonnet, D., « Amour et jouissance. La question de l'analyse et de sa fin », in « Les nœuds de l'amour », op.cit.

L'amour plus digne réfère à l'éthique et à ce qui, dans la psychanalyse, fait une place au réel de la jouissance. En effet, à partir du moment où l'on tient compte de l'objet a, il y a quelque chose dans la logique de l'amour qui résiste à la métaphorisation. La notion d'extimité rend compte de la façon dont Lacan situe au cœur même de l'être du sujet un versant inhumain : Das Ding. Or, Lacan ne recule pas devant ce point de jouissance insupportable, il formule même un nouvel amour qui pourrait faire alliance avec la pulsion.

L'amour s'articule ici à la poésie, dans une manipulation des signifiants qui fasse résonner le non rapport sexuel, l'effet de trou. Lacan, nous dit Miller[915], dégage le non rapport sexuel comme « la conséquence qui peut se tirer de tous les dits de l'amour ». Et la poésie, « par la violence faite à l'usage commun, courant, de la langue ». Ce qu'amour et poésie ont donc en commun, c'est cette référence au trou.

Pour parler de cette articulation, en tant que l'amour opère un nouage en rupture avec la médiation phallique, Lacan se sert de l'amour courtois. L'amour courtois a pour fonction de se tenir éloigné de la jouissance. C'est un amour inhibé quant au but, mais qui au contraire de l'amour du prochain, implique le désir amoureux. Ce que nous dit Clotilde Leguil, dans sa conférence « L'amour et le malaise dans la civilisation au XXIème siècle », c'est que :

« Dans l'amour courtois, on a affaire à cette invention monstrueuse et sublime d'un éros qui récupère l'éthique, mais non plus au service de la masse, au service de la vie en commun, mais au service de la Dame, vers qui s'adresse tout cet amour. Si la civilisation a pu ainsi considérer l'amour comme un obstacle à ses fins, on pourrait dire que c'est avec l'invention culturelle de l'amour courtois que l'on aperçoit en quel sens l'amour peut aussi incarner une forme de résistance aux impératifs du Surmoi d'une civilisation »[916].

L'amour courtois, qui ne va pas sans la poésie, est une sublimation. Citant Lacan dans le séminaire sur « L'Ethique de la psychanalyse », elle poursuit : « *« La création de la poésie consiste à poser, selon le mode de la sublimation propre à l'art, un objet que j'appellerais affolant, un partenaire inhumain ». Mais ce partenaire inhumain n'est plus la pulsion elle-même, n'est plus la Chose, mais une Dame, c'est-à-dire un objet élevé à la dignité de la Chose, un objet d'amour à distance duquel il faut savoir se maintenir* ».

C'est là que le dernier enseignement de Lacan offre une autre lecture de l'aphorisme de l'amour : « seul l'amour permet à la jouissance de condescendre au désir ». L'amour est convoqué dans la dimension d'un transfert, qui ne s'appuie plus sur la supposition de savoir, mais comme ce qui peut introduire un vide, une contingence dans la pulsion. Prendre la voie de l'amour, c'est se proposer comme un autre qui n'a pas, ne sait pas, et qui ainsi peut ouvrir le sujet à autre chose, à une question ou un effet de trou. L'amour de transfert met en suspens le rapport sexuel, et le discours dans lequel il s'inscrit le protège de la séduction agalmatique

[915] Miller, J.-A., « En deçà de l'inconscient », op.cit.
[916] Leguil, C., « L'amour et le malaise dans la civilisation au XXIe siècle », in « Les nœuds de l'amour », op.cit.

(amour courtois), du piège de la demande (amour chrétien), et de l'attrait artificiel d'une castration imaginaire (masochisme)[917].

Ce que la clinique au quotidien nous enseigne c'est la nécessité de tenir la jouissance à distance. L'amour est donc impliqué dans le registre de la rencontre, d'un consentement du sujet a un lieu d'adresse externe à son propre corps. Mais aussi comme moyen. Comme ce qui s'adresse au semblant, comme ce qui vise un sujet. C'est l'hypothèse fondamentale de la psychanalyse qui formule que là où on verrait qu'agitation, il y a un dire qui concerne le réel.

Dans cette clinique, il s'agit moins d'interpréter, que d'être poète. C'est dire que l'acte du clinicien se règle sur la jouissance, il inclut l'objet *a*. L'orientation du traitement est celle que le sujet lui-même construit pour répondre à ce qui le martyrise dans son corps et dans la langue. La schizophrénie, en tant que paradigmatique du défaut d'enrobage du corps pulsionnel par l'image est, paradoxalement, la « catégorie » qui nous ouvre à la dimension de la sublimation dans la psychose. Que ce soit de façon spectaculaire, comme Joyce, ou dans de plus infimes détails, comme le témoigne Tsangor (dessin) ou Jean-Claude (carton de rendez-vous), le traitement consiste à ce que l'expérience du réel trouve à se traduire dans des conditions supportables.

« Savoir user des semblants, sur fond de la reconnaissance de cette impossibilité, fait de l'amour, toute la dignité »[918]. Le semblant de l'amour, en articulant symbolique et imaginaire, peut s'opposer au réel et à la jouissance. Pour la clinique du sujet schizophrène, c'est ce versant où le dit de l'amour ne se réfère à rien, à une signification vide, qui est à privilégier. C'est-à-dire la dimension de l'événement et du lieu d'adresse, de la contingence, qui a un moment change le rapport à la jouissance, pour que quelque chose devienne possible. Avec l'amour et la poésie, la psychanalyse prend la voie de la sublimation : élever le réel à la dignité du symbolique par le moyen de l'imaginaire. Soit une invention qui permette au parlêtre d'assumer quelque chose de sa singularité.

La question que nous posons est celle de la possibilité d'inscrire ce lien social particulier, qui inclut le réel, dans les murs de l'hôpital. Lacan posait déjà cette question au début des années soixante-dix, lorsqu'il fait résonner, lors d'une conférence à l'hôpital Saint-Anne, le néologisme de l' « amur »[919].

Dans ces conférences, Lacan, psychanalyste, s'adresse aux psychiatres. « Je parle aux murs » signifie « je parle tout seul », pas de dialogue. Lacan ne s'inscrit pas dans le registre du discours du maître, il ne cherche pas l'auditeur. S'il le trouve, c'est de façon contingente, par le désir. Ce que Lacan fait également résonner, c'est la voix de celui qui, *entre les murs*, parle tout seul : le malade mental.

---

[917] Voire au sujet de ces trois écueils la conférence de Pauline Prost, « L'inconscient s'éteignait dans l'amour », in « Les nœuds de l'amour », op.cit.

[918] Amirault, M., « Amour », Scilicet « Semblants et sinthome, VII ème Congrès de l'Association Mondiale de Psychanalyse Paris -2010 », op. cit.

[919] Lacan, J., « Je parle aux murs », coll. Comment faire pour enseigner, Seuil, 2011, p.103.

L'évocation que Lacan fait de l'asile clinique est ironique, ce qui invoque en quelque sorte le schizophrène, en tant qu'il est celui qui permet le mieux d'entendre la défense contre le réel qui est l'enjeu de tous les discours. La question que pose le psychanalyste au psychiatre concerne en effet le discours : quel discours est véhiculé par l'institution ? Les murs de l'institution constituent-ils encore un abri pour l'aliéné ? De quelle manière et à quel prix s'efforcent-ils de réfréner sa jouissance, ce qui est l'essence de l'institution ?[920] « *En effet, à quiconque habite dans ces murs-ci, les murs de l'asile clinique, il convient de savoir que ce qui situe et définit le psychiatre en tant que tel, c'est sa situation par rapport à ces murs, ces murs par quoi la laïcité a fait en elle exclusion de la folie et de ce que ça veut dire. Ceci ne s'aborde que par la voie d'une analyse du discours* »[921].

Autrement dit, Lacan articule ici clinique ironique et politique : la loi[922] définit ce dont le psychiatre a à s'occuper. Ce dont il s'agit c'est de la ségrégation de la maladie mentale : il s'agit d'abriter celui ou celle subissant la ségrégation liée aux discours du maître et du capitaliste. La « laïcité » en effet, comme conception de l'homme universel, exclut la folie et en remet la responsabilité au psychiatre. Par une belle équivoque, Lacan indique que la raison universelle, en conséquence, n'est pas adéquate à penser l'homme avec sa jouissance, c'est-à-dire avec ce qui fait sa particularité. Il passe de « raison » à « reson » : « *si la raison, le raisonnable s'inscrit dans l'Autre comme discours historiquement daté, à la visée universalisante, la « réson » désigne ce qui depuis le corps et sa jouissance se répercute d'écho dans le signifiant. Ce n'est pas le sens, c'est quelque chose qui tient de l'objet a* »[923].

Or, « l'objet *a* est tout à fait étranger à la question du sens » nous dit Lacan[924]. Il fait résonner la fonction poétique du langage, qui use de la matérialité des mots et de la grammaire, et dont il extrait une logique : dans la dynamique de la création poétique, le phonétique informe le sens.

« Ta tête se détourne : le nouvel amour
Ta tête se retourne, - le nouvel amour »

Où, en deux vers, Rimbaud suggère la tromperie de l'amour mais également la contingence à l'œuvre : « d'un simple mouvement de tête, d'un amour à l'autre : il y a événement, quelque chose se passe ». Damien Guyonnet, à partir de ces deux vers, repère la thèse de l'amour plus digne impliquant le transfert et le désir de l'analyste : « *toute la difficulté réside donc dans le fait de penser l'existence d'un nouvel amour, non trompeur en quelque sorte, qui pourrait faire alliance avec le registre de la pulsion, c'est-à-dire la jouissance* »[925].

« *Entre l'homme et la femme,*

[920] Rivoire, M., « Des murs à l'(a)mur », une lecture de la troisième conférence de Je parle aux murs. Ironik ! Bulletin pour l'Université populaire Jacques Lacan, n°6, Mars 2015.
[921] Lacan, J., « Je parle aux murs », op.cit. p.95.
[922] A l'époque où Lacan fait sa conférence il s'agit de la loi du 30 Juin 1838, revue en 1990, puis en 2011.
[923] Rivoire, M., « Des murs à l'(a)mur », op.cit.
[924] Lacan, J., « Je parle aux murs », op.cit. p.93.
[925] Guyonnet, D., « Amour et jouissance. La question de l'analyse et de sa fin », op.cit.

Il y a l'amour.
Entre l'homme et l'amour,
Il y a un monde.
Entre l'homme et le monde,
Il y a un mur. »

Par ces quelques autres vers d'Antoine Tudal, Lacan, lui, conjugue la fonction du mur avec la fonction de l' « entre ». Le mur du poème, nous dit Lacan, c'est ce qui spécifie le discours de l'analyste, de faire entrer avec lui la castration. Entre la libido et la parole, il y a un mur, entre le corps et la vérité, il y a un mur. Ce mur, dont nous formulons l'hypothèse qu'il figure dans le mathème du discours sous la forme de la double barre, comme le réel[926]. En mettant entre parenthèse le a d'amour, « l'(a)mur », Lacan donne une nouvelle formule du « il n'y a pas de rapport sexuel ». C'est donc le non-rapport du parlêtre à son corps, que Lacan nous fait toucher du doigt[927]. Mais avec le *a*, ce que Lacan suggère également, c'est la lettre, ce quelque chose qui résonne de la rencontre traumatique du corps vivant avec le langage.

Lacan fait donc résonner l'(a)mur comme condition de la clinique[928], dans un contexte où la psychanalyse a été la seule en mesure de subvertir la dimension du symptôme hérité de la psychiatrie. « *L'attention au fait subjectif passe par la non compréhension de ceux-ci, par le repérage des fondements radicaux de non-sens qui les décident. La rencontre angoissante avec le fou fait du psychiatre un sujet concerné* »[929].

La raison des murs de l'asile clinique, tel que Lacan la formule, c'est d'entendre l'écho de sa propre voix, les questions de l'amour, du désir et de la jouissance. Dans la mesure où, pour écouter les malades mentaux, la condition est qu'ils rencontrent des « esgourdes appropriées ». Enfin, l'(a)mur, semble une nouvelle formule pour dire ce qu'il en est des rapports de l'objet *a* et de la castration. Mais une castration désormais réelle, généralisée. Il s'agit donc de cerner pour l'un (névrosé), l'objet derrière lequel est logé le sens qui le concerne ; pour l'autre (psychotique), il s'agirait au contraire de cerner dans le tumulte des objets *a*, celui à partir duquel il pourra se situer. Ou encore d'accompagner la construction d'un espace vide, un mur, une *interposition* entre le sujet et « la bulle vitale […] vorace et précaire ». Ce dont il s'agit, c'est de ne pas laisser le sujet avec la supposition de l'impossible unification de son corps.

Le savoir du schizophrène, c'est dès lors ce qui a une valeur symptomatique. Voilà pourquoi un discours est nécessaire. Celui-ci nous permettant de saisir la place où nous tenir lorsque nous allons à la rencontre du réel. Laisser en suspens l'imagination, sans laisser tomber l'imaginaire, le but étant de trouver l'Un, l'*a*, qui unifierait le nœud à quatre.

D'autre part, en faisant sonner la dimension de l'(a)mur dans la clinique, Lacan souligne que le psychiatre et le psychanalyste sont concernés par le malaise dans la civilisation et, par extension, par la ségrégation comme rançon de l'universalisation. « *Ce qui*

[926] Lacan, J., « Je parle aux murs », op.cit. p.106
[927] Lacan, J., « Je parle aux murs », op.cit. pp.103-104.
[928] Matet, J.-D., « Résonnance de l'(a)mur comme condition de la clinique », Intervention lors de la journée anniversaire de la Section clinique de Bordeaux, le 10 Mars 2012, Uforca.
[929] Idem.

distingue le discours du capitalisme est ceci [dit Lacan] – la Verwerfung, le rejet en dehors de tous les champs du symbolique, avec les conséquences que j'ai déjà dites, le rejet de quoi ? De la castration. Tout ordre, tout discours qui s'apparente du capitalisme laisse de côté ce que nous appellerons simplement les choses de l'amour, mes bons amis. Vous voyez ça, hein, c'est pas rien »[930].

[930] Lacan, J., « Je parle aux murs », op.cit. p.96.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Partie V - Le savoir de la schizophrénie

Le corps n'est pas une évidence, c'est ce que nous enseigne la clinique du réel. Le schizophrène présentifie, selon nous, le réel nu. C'est pourquoi notre pratique vise la production d'un trou, d'un manque dans ce réel qui ne manque de rien. Nous avons formulé l'hypothèse d'une subjectivation du langage, de la production d'un artifice par le sujet lui-même, lui permettant un nouvel arrangement avec la jouissance. Il s'agit d'obtenir un arrêt, une défense contre le morcellement du corps. L'invention d'une solution qui lui permette de prendre le contrôle sur ce corps qui se jouit.

Nous avons proposé que le traitement passe par la symptomatisation du rapport au corps et au langage, la semblantisation du réel. Dans ce processus de transformation de la Chose, il est nécessaire que le sujet consente à une adresse à l'Autre, pour qu'il se fraye un passage au-delà de l'angoisse. Dès lors, ce que peut savoir le schizophrène n'appartient pas à la structure du langage mais à la logique. C'est un impensable qui, néanmoins, autorise, que le corps cesse un instant de bouillir sur lui-même dans « une palpitation à la fois vorace et précaire ».

Il est des « symptomatisations » spectaculaires qui, il nous semble, présentifient l'espace sans limite de la schizophrénie. Notamment, par rapport aux conséquences de la montée au zénith des objets pulvérulents sur le corps que l'on a, et le lien entre les corps-parlants au XXIème siècle. Pour la psychanalyse, c'est un ordre des jouissances du corps qui est enjeu, où le corps se manifeste d'abord comme symptôme.

« *Aujourd'hui, ce que nous avons en commun, ce n'est ni le lien social, politique ou religieux, mais notre corps, notre biologie. Nous avons transformé le corps humain en nouveau Dieu : le corps comme dernier espoir de définir le bien commun* »[931].

A défaut de la garantie de Dieu, il y aurait désormais une garantie dans le corps. Voici, selon E. Laurent, le prototype des fausses croyances de notre société. C'est-à-dire de la civilisation actuelle comme individualisme de masse, où l'objet fondamental qui est produit est le déchet. Les ruptures dans le lien social au corps sont ici repérées comme des nouveaux modes de socialisation. Ce qu'Éric Laurent interroge c'est « quel sera le nouveau rituel qui, pratique du corps, soit source de lien social ? ».

L'un des changements qui marque le XXI^{ème} siècle est la discréditation des interdits, un discrédit du modèle traditionnel de l'autorité. Par conséquent la figure du père, centrale dans le discours de la psychanalyse, se trouve elle aussi modifiée. Sa fonction est désormais de se charger de la culpabilité d'interdire. On en déduit les pathologies de l'action qui s'étendent, au lieu des pathologies dérivées de l'interdiction. « *Si le bonheur, c'est d'avoir autant que les autres, il faut tout faire de manière excessive pour avoir plus, sans penser, sans prendre en compte les conséquences* ». La psychanalyse opère donc dans une civilisation qui a changé. Dans la mesure où elle aussi est un discours qui évolue, ce qu'elle propose aujourd'hui à chacun c'est « de pouvoir se défaire de l'idéal du pousse-au-dopage ».

Il ne s'agit pas de se plaindre des conséquences que cela emporte pour le lien social et sa fragilisation. Les désordres que produit la montée au zénith de l'époque du fantasme, de la

[931]Laurent, E., « *Nous avons transformé le corps humain en nouveau Dieu* », Entretien réalisé par La Nacion par Virginia Arce. Publié dans le quotidien argentin le 9/07/2008.

jouissance, dévoilent l'objet *a*. De la tyrannie du narcissisme, nous sommes passés à l'époque du dévoilement de l'objet tyran[932]. « *La mobilisation générale que produit le capitalisme global, jamais vue dans l'histoire, produit un effet qui va bien au-delà de la ritournelle de l'hédonisme et du bonheur. Elle met au jour un plus-de-jouir qui ne peut cesser de produire ses effets sur les deux versants : pulsion de mort et restauration de l'amour pour le père mort* ». Autrement dit, elle concerne les rapports du sujet et de la jouissance, dans la mesure où ils se limitent d'un côté par « l'amour, qui préfère le rien à la satisfaction » ; de l'autre, « la jouissance au-delà du principe de plaisir, qui indique l'horizon de la pulsion de mort ».

D'après E. Laurent, Lacan a oscillé entre l'aspect angoissant d'une telle civilisation où manque le manque, et l'effet de fatigue, d'ennui, de dépression généralisée qu'elle produit. En effet, il semble que désormais nous ne renouons le lien avec l'Autre, non pas à partir du symbolique, mais au moyen du corps dans ses deux consistances de réel et d'imaginaire. Il se relie à l'Autre sous la forme morcelée, dont témoigne sa découpe par les pulsions. « C'est par elles, dit E. Laurent, que nous sommes reliés au récit fragmentaire de la civilisation ». Nous sommes également saisis par la passion du tout-voir. « Cette passion du regard se manifeste par la multiplicité des écrans de projection. Elle essai de saisir ce qui ne s'est pas encore vu, ce qui n'est pas encore visible, ce qui serait susceptible d'une extraction supplémentaire ».

Le triomphe de la technique, notamment sous la forme du panoptique, nous propose une solution à l'angoisse d'exister. « Non seulement les satisfactions d'un narcissisme de l'image démultipliée, mais les satisfactions pulsionnelles de l'exhibitionnisme temporaire ». Ce sont ces exhibitions qui viennent, par ailleurs, nous rappeler que sous le narcissisme phallique de l'image, rôde la satisfaction pulsionnelle.

Le corps morcelé et le regard sont des figures de l'objet *a*, au fondement du lien social. En effet, E. Laurent nous enseigne que les figures de l'objet *a* sont les seuls fondements du lien social, car « la raison depuis Freud ne nous permet plus de soutenir le rêve des Lumières : l'homme se soutenant par sa raison dans l'universel et l'autonomie ».

[932]Laurent, E., « L'objet *a*, pivot de l'expérience analytique », Vers le congrès de l'AMP, Buenos-Aires, 2008, Conférence, Buenos-Aires, 27/03/2007.

Chapitre 1: Le Monde du corps de Gunther Von Hagens[933]

Le Monde du corps de G. Von Hagens démontre la jouissance que l'on peut avoir du corps mort au XXIème siècle. Le corps que l'on a et dont on jouit n'est pas, pour lui, lié à son être de vivant. En quelque sorte, il porte à son paroxysme la condition du corps comme surface d'inscription de la jouissance. Toutefois, le cadavre ici n'inscrit pas un vide, mais reste en rapport avec un excès de jouissance. Autrement dit, c'est un « avoir un corps » au sens du libéralisme.

5.1.1. L'anatomie révélée

L'épaisseur de son propre corps est l'énigme première où l'homme s'enracine. L'ambiguïté autour de la notion de corps est une conséquence de l'ambiguïté qui entoure l'incarnation de l'homme : le fait d'être et avoir un corps. Pour résoudre cette énigme, l'être humain étend depuis des millénaires savoirs, sciences et techniques. L'analyse des expositions du Dr Von Hagens, *Le Monde du corps*, sont pour nous le prétexte à une analyse de la mutation du rapport du sujet au corps.

Attractions de foire, les objets anatomiques qui avaient progressivement été intégrés à un contexte seulement médico-scientifique sont réintroduits sur la scène publique. La façon dont Von Hagens réintroduit dans ces objets l'élément de spectacle, en stipulant une identification viscérale du public aux corps disséqués, est frappante. La configuration spatiale de l'exposition « Les mondes du corps », l'image d'anatomiste-artiste créée par Von Hagens et la provocation à l'égard du visiteur sont autant de facteurs ayant contribué à son succès.

Au lieu de le dissimuler, Von Hagens donne une place centrale dans son exposition au processus de plastination. Lors de l'exposition à Mannheim, en Allemagne, les visiteurs pouvaient voir, sur écran géant, un film le montrant dans son atelier, occupé à immerger des corps dans de larges cuves pleines de fluides roses. A l'aide de scalpels et de couteaux, il découpait la graisse et cisaillait les corps, lui donnant forme, à la manière d'un sculpteur. Von Hagens ne se contente pas de présenter aux visiteurs un objet fini, il les met face à face avec la violence de la dissection, pratique évocatrice des anciens théâtres d'anatomie.

Les théâtres d'anatomie de la Renaissance incitaient, en effet, les visiteurs à s'identifier au corps étendu sur la table de dissection. Le corps disséqué, reflet du corps en vie du spectateur, laissait celui-ci entrevoir ce qui l'attendait. Dans une veine similaire, l'exposition en Allemagne jouait sur l'angoisse du public devant la mort. Elle invitait les spectateurs à

[933] Annino, C., "Commerce Des Regards et Usage Du Corps. Le Malaise Dans La Jouissance" Travail de recherche Master 2 Psychopathologie, Concepts et Pratique, sous la direction de L. Jodeau-Belle, Université Rennes 2 - Haute Bretagne, 2009 2008.

participer à un exercice de voyeurisme. Mais « Les mondes du corps » vont plus loin encore. Avant de s'en aller, les visiteurs peuvent se procurer des formulaires leur permettant de devenir à leur tour des « Körperspender » - de futurs donneurs pour la plastination. La plastination offre à ceux qui souhaitent livrer leur corps à la science la possibilité de combiner « l'altruisme posthume » et, de façon plus égoïste, la vie éternelle.

Dès l'Antiquité, l'homme cherche à sauver son corps mortel de la décomposition totale, grâce à des techniques comme la momification ou l'embaumement. Cependant, contrairement aux cadavres embaumés, les plastinats de Von Hagens ne sont pas identifiables, dans la mesure où ils sont exposés de façon anonyme. Sous couvert d'aider la science, la plastination offre l'opportunité de conserver des restes humains normalement périssables des siècles durant, sinon plus, et de les exposer dans leur grandeur dépouillée à des millions de spectateurs curieux, abasourdis ou fascinés. Il n'est guère étonnant que les donneurs potentiels révélant leurs motivations dans les formulaires de candidature, se disent incités par la perspective que leur corps sera transformé en statue ou en œuvre d'art.

La plastination est donc un symptôme représentatif de la culture post-moderne, exactement de la même façon que les objets anatomiques de Vésale ou de Fragonard étaient un symptôme de l'art des Vanitas et de la culture de la Renaissance. Les cadavres sont devenus aujourd'hui des amalgames de chair et de technologie, malléables à volonté, même une fois morts.

De même, notre regard et notre vision du corps sont de plus en plus remis en question et influencés par la plasticité de la technologie. Les sculptures de Von Hagens pourraient constituer une approche intéressante de l'influence omniprésente de la technologie sur la corporéité et du déclin de l'intégrité de la chair. Pourtant, la défense et l'explication par Von Hagens des cadavres plastinés ne témoignent aucunement d'une telle volonté critique.

Plutôt que d'élaborer un commentaire de la disparition des frontières, il réaffirme les catégories binaires, en qualifiant ses cadavres de vrais, intacts et authentiques. Bien qu'il se situe indéniablement dans la continuité d'une tradition qui mélange savoir scientifique et stylisation artistique, il oppose rapidement aux critiques le solide bastion de la science. Paradoxalement, néanmoins, son rejet des catégories distinctes de la corporalité, et donc des normes éthiques dans lesquelles elles sont ancrées, ne l'empêche pas d'invoquer ces mêmes normes pour défendre la légitimité de ses pratiques.

Les cadavres plastinés de l'artiste-anatomiste s'avèrent comme l'exemple type d'une culture « faite de post-humains qui considèrent leurs corps comme des accessoires de mode plutôt que comme le fondement de leur être ». Selon Von Hagens, cette culture de post-humains se place dans la continuité de la tradition humaniste, qui réduisait le corps au statut de simple réceptacle de la cognition, et de la tradition religieuse laquelle conçoit ce corps comme vaisseau temporaire de l'âme.

La technique de Von Hagens tente donc de détacher les corps de leur signifié vivant, mais demeure inexorablement marquée par l'histoire, le lieu et la culture. Le docteur Von Hagens est peut-être plus aisé à comprendre si on se le représente comme une sorte de docteur Tulp post-moderne, quelqu'un qui utilise la technologie médicale pour commenter de façon potentiellement provocatrice, mais véritablement perturbante, notre culture technologique.

a. « L'anatomie révélée à travers de véritables corps humain »

Tout d'abord, situons le contexte historique, philosophique et scientifique. L'homme de Descartes est un collage où se côtoient un esprit qui ne tire son sens que de penser et un corps, où plutôt une machine corporelle, réductible à son étendue. L'unité de la personne est rompue, le corps est vu comme un accessoire et glisse dans le registre de l'avoir. Désormais, le corps apparaît comme la part la moins humaine de l'homme, le cadavre en sursis où l'homme ne saurait se reconnaître. L'intelligibilité mécaniste fait des mathématiques la clé unique de la compréhension de la nature, le corps est frappé de suspicion. Spinoza donne une formule à cette nouvelle épistémè, « ce n'est pas avec les yeux du corps qu'il faut déchiffrer les mystères de la nature, mais « avec l'œil de l'âme » »[934].

La philosophie cartésienne rompt définitivement avec l'hylozoïsme[935]. Pour rendre possible l'action de transformation sur la nature et l'expérimentation sur le corps de l'homme ou de l'animal, Descartes réfute l'immanence du principe vital à la matière, et promeut, au contraire, le théisme, soit la transcendance. Dans le sillage du cogito, l'homme apparaît à la façon d'un automate mû par une âme. « *Descartes donne une garantie philosophique à l'utilisation instrumentale du corps dans divers secteurs de la vie sociale. La métaphysique qu'il entame sérieusement, trouve en ce qui concerne le monde industriel son exécuteur privilégié en Taylor qui accomplit de facto le jugement prononcé implicitement par Descartes. L'analogon de la machine qu'est le corps est aligné sur les autres machines de la production, sans bénéficier d'une indulgence particulière. Le corps est « appendice vivant de la machine » avec ce résidu nécessaire et gênant qu'est l'homme qu'il incarne*. »[936]

Coupé de l'homme qu'il incarnait et dont il n'est plus que le signe dénué de valeur, vestige devenu indifférent de quelqu'un qui n'est plus, il devient licite de rechercher et de garder pour son édification personnelle les fœtus, les membres malformés, ou de conserver des dépouilles anatomisées. La possibilité de réunir à un usage personnel des cadavres humains à des fins de curiosité et de collection, comme on rassemble d'autres objets, sans que se perçoive dans cette pratique la moindre rupture axiologique, montre que les morceaux de corps sont des objets. Anatomiques dans un premier temps, ils permettent de discerner la structure interne de l'organisme. Puis, ils deviennent des objets d'étude esthétique.

Avec la constitution du savoir anatomique, tout un art, toute une esthétique du corps a pris son essor. Les peintres et les graveurs ne pouvaient manquer d'utiliser ce moyen d'expression révélé par la science anatomique. Ils y cherchèrent les effets touchants la sensibilité. Les écorchés, dépouillés de leur peau pour laisser tout ou partie des muscles à découvert, étaient plus dramatiques que les squelettes en ce qu'ils comportaient de chairs sanguinolentes, et en ce qu'ils conservaient une apparence de vie plus forte, fournirent aux artistes maints sujets d'inspiration. L'anatomie artistique et l'anatomie médicale, s'inspirant

[934] Le Breton, D., « Anthropologie du corps et modernité. », Presses universitaires de France, coll. Quadrige essais débat, 1990. p. 73.
[935] Doctrine de la matière vivante faite Dieu.
[936] Op. Cit. p. 79.

mutuellement, ont été ainsi liées pendant près de cinq siècles en Europe, de la Renaissance au Romantisme.

Avec la Renaissance, c'est la redécouverte du nu artistique. Les artistes qui recherchaient la vérité du corps humain et de son mouvement retrouvèrent les canons de la Grèce classique, idéalisant la beauté plastique des athlètes et des dieux. Mais les artistes ne se contentèrent pas de copier l'antique, ils allèrent plus loin : en observant le corps vivant, ils visaient une ressemblance scientifique. A Florence, l'académie des arts du dessin fut la première à instituer un enseignement obligatoire de l'anatomie. Et, c'est en disséquant le corps mort que Michel-Ange, Léonard de Vinci, Dürer et Rubens formulèrent les nouveaux critères de cette esthétique scientifique.

Les séances de dissection étaient bâties comme un acte théâtral, elles duraient plusieurs jours, devant un public nombreux et choisi. A Padoue, l'architecture même des salles où l'on opérait était celle des théâtres à l'italienne. Le cérémonial était aussi bien réglé qu'un service religieux, on y allait comme au spectacle, fasciné. Le renom de ces événements mondains conduisit à l'émergence d'un genre pictural particulier, celui des « leçons d'anatomie » (Rembrandt, « La leçon du professeur Tulp », 1632).

Dans le domaine de l'anatomie médicale, l'exploration du corps humain a été jalonnée partout par un ensemble de planches, issues du dialogue entre l'art et la science, dialogue couronné des modèles artificiels en cire colorée, qui acquerront rapidement un renom européen, devenant l'objet d'enjeux scientifiques, artistiques, voire politiques.

Cette mise à jour du caché, faisant appel à une violation du corps humain, à une manipulation de la chair morte, a obligé les prosecteurs à franchir des frontières, à transgresser des interdits métaphysiques, religieux ou philosophiques, posant des problèmes variables selon la sensibilité des époques. Ces problèmes suscités par la dissection humaine et ceux que posait la conservation du matériel d'étude et de démonstration en dépit des premiers développements des techniques d'injection vasculaire, ont entraîné la création de substituts. L'essor de la céroplastie à l'issue du siècle des Lumières, ne constituait en fait que le prolongement ultime des traités descriptifs du corps humain qui signèrent, dès le 16ème siècle, le renouveau de l'anatomie, enfin libérée de douze siècles d'interdits et de préjugés.

Tout au long de l'histoire des pratiques de l'anatomie, les anatomistes ont essayé de réconcilier les exigences contradictoires d'authenticité des corps et de didactique dans leur enseignement du savoir médical. Du début du XII^{ème} au XVI^{ème} siècle, furent expérimentées de nombreuses techniques d'embaumement et de conservation. L'anatomiste hollandais Frederick Rusch (1658-1731) développa une technique d'injection vasculaire et de conservation des cadavres qui améliora les conditions matérielles de la dissection. Mais cette technique rendit possible également l'émergence d'un nouveau type d'artefact anatomique : elle fit du cadavre une œuvre d'art plus qu'un objet scientifique.

Au XVIII^{ème} siècle, deux conceptions de la préparation anatomique s'opposaient. L'Ecole d'Anatomie Naturelle assurait la conservation des corps dans l'alcool ou par dessiccation, tandis que l'Ecole d'Anatomie Artificielle reproduisait le plus fidèlement possible les formations anatomiques dans des matériaux inertes, comme par exemple la cire. Sous l'Ancien Régime il n'y avait pas de musée anatomique proprement dit, mais des cabinets d'histoire naturelle, qui étaient l'apanage d'une élite « éclairée », suivant les

aspirations des philosophes et l'influence des encyclopédistes. C'est en 1794, avec la création de l'Ecole pratique de l'Ecole de médecine, que Fourcroy dote les étudiants d'un cabinet d'anatomie, pour associer à l'enseignement théorique, un enseignement concret.

C'est Honoré Fragonard qui sera le premier responsable de la préparation des pièces de ce cabinet. Honoré Fragonard, chirurgien, professeur et directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, (cousin germain de Jean-honoré Fragonard), était fervent partisan de l'anatomie naturelle. Parmi ses préparations, on pouvait donc distinguer des pièces à visée didactique et pédagogique, et des pièces artistiques. Les préparations pédagogiques étaient consacrées à l'étude d'un appareil bien précis et la dissection mettait en valeur celui-ci. Leur rigueur et leur absence de mise en scène les différencient facilement des autres écorchés, figés dans la mort dans des attitudes théâtrales, comme le « Cavalier de l'Apocalypse ».

Le cousin de Fragonard est célèbre pour sa technique exceptionnelle de préparation anatomique. En effet, en plus d'une dissection minutieuse de ses cadavres, Fragonard savait les injecter et les conserver. Pour C. Degueurce[937], « ce génie n'était malheureusement pas porté sur l'écriture, et n'a laissé aucune trace écrite de sa technique ». Néanmoins, ses pièces ont résisté pendant plus de deux siècles aux dégâts ravageurs du temps.

D'objet de contemplation réservé à une élite, les cires anatomiques sont rapidement devenues d'indispensables outils de connaissance, intermédiaire opérationnel entre la réalité physique du corps et le geste salvateur du futur chirurgien ou médecin. Au XIXème siècle, le corps humain étant connu dans ses grandes lignes, la recherche médicale passa à l'anatomie fonctionnelle et à la physiologie.

L'exhibitionnisme du dérèglement, de la déviation, de l'anormal, connaîtra son ultime développement à la fin du XIXème siècle, avec la naissance de la dermatologie et de la vénériologie. Le musée d'anatomie itinérant du docteur Spitzner (1856), entre éducation populaire et exhibition foraine, s'arrêta au début de la Seconde Guerre Mondiale. Avec les moyens modernes, l'anatomie du vivant a aujourd'hui largement supplanté l'anatomie du cadavre. L'imagerie par résonance magnétique, alliée à l'ordinateur, fournit même une forme graphique nouvelle, numérisée du corps humain expertisé, sondé, décomposé, reconstruit en trois dimensions.

De l'homme anatomisé, on passera au corps alter-ego. En effet, l'idéal du corps dans les sociétés occidentales contemporaines est celui du silence, de la discrétion, voire de l'effacement. Pour R. Leriche, la santé est « la vie dans le silence des organes ». Elle repose donc sur une sorte de refoulement du sentiment de l'incarnation. L'occultation du corps, va de pair avec l'hégémonie du regard. Des impératifs architecturaux de visibilité, à la banalisation de la télévision, des caméras, et au développement des techniques d'espionnage par satellite, le regard est devenu le vecteur essentiel d'appropriation par l'homme de son milieu, au détriment de l'olfaction, du toucher ou de l'ouïe. Pour D. Le Breton, la recherche d'un mieux-être, à travers un meilleur usage physique de soi, répond à « *la nécessité de restaurer un enracinement anthropologique rendu précaire par les conditions sociales d'existence de la*

[937] Degueurce, C., Docteur vétérinaire, Conservateur du Musée Fragonard, à Maisons-Alfort, Communication présentée le 27 novembre 1999.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

modernité »[938]. Il s'agit selon lui d'une conséquence du dualisme cartésien. Le corps n'étant plus le centre de l'être, il devient un obstacle, un support encombrant et pénible. Victime d'atrophie, le corps est redevenu un mystère.

La ruse de la modernité est de faire passer pour libération des corps, l'éloge du corps hygiénique. En effet, sous le couvert d'affirmer des valeurs corporelles, d'exposer l'intime en toute décontraction, la publicité par exemple, efface subtilement ce qui émane de l'organique. Le corps libéré de la publicité est propre, lisse, net, jeune, séduisant, sain, sportif. Ecarter le corps du sujet, pour affirmer ensuite la libération du premier, est « une figure de style d'un imaginaire dualiste ». Ce n'est plus l'ensomatose, la chute dans le corps, mais la chance du corps, la chair redevient une voie de salut. Mais ce corps n'est libéré que de façon morcelée. L'unité du sujet est décomposée afin de faire l'usage le plus rationnel de toutes ses parties et de ne rien laisser en friche. Avec l'essor de la sportivation de la vie quotidienne, le succès de la chirurgie esthétique ou réparatrice, des cures d'amaigrissement et de l'industrie des cosmétiques, le corps n'est plus un destin auquel on s'abandonne, mais un objet que l'on façonne. L'imaginaire contemporain subordonne le corps à la volonté.

> « La mise en apesanteur du sujet au regard de son propre enracinement corporel, l'extase du corps touche alors son point d'incandescence. Le corps devient alors un double, un clone parfait, un alter ego. […] C'est bien la perte de la chair du monde qui pousse le sujet à se soucier de son corps pour donner chair à son existence. »[939]

La passion du corps modifie le contenu du dualisme sans en changer la forme. Elle tend à psychologiser le « corps machine », dont le paradigme poursuit son influence de façon plus ou moins occulte. Le corps anatomisé traduisait la désymbolisation de la chair, laissant le sujet à l'écart, il illustrait la prise du corps comme matière pure, réel réifié et dualisé. Le corps alter ego ne change en fait rien à la désymbolisation dont le corps est l'objet, mais il en témoigne d'une nouvelle manière. Le corps de la modernité, bien que psychologisé, s'avère surnuméraire. Reste irréductible contre quoi se heurte la modernité dans sa tentative de le remplacer par des prothèses techniques.

Après la mise à plat anatomique, l'action sur le corps traduit aujourd'hui, pour D. Le Breton, la volonté d'effacer l'altérité radicale du corps. L'imaginaire social vient, pour cela, faire du corps le lieu possible de la transparence et de la positivité.

b. Human factory

La plastination a un intérêt scientifique avéré, mais ce qui fait davantage sa spécificité est la façon dont elle est transmise.

---

[938] Le Breton, D., « Anthropologie du corps et modernité. », op.cit., p. 129.
[939] Op. Cit. p. 162.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Les musées de vie sociale et d'hygiène sont apparus à la fin du XIX^{ème} siècle. Leur conception est liée à l'instrumentalisation des structures par le pouvoir globalisant. Il s'agit d'utiliser la démarche pédagogique du médium musée pour répondre à des attentes de la vie quotidienne et proposer l'apprentissage d'un savoir instrumental. La première exposition internationale d'hygiène tenue à Dresde en 1911 inaugure une ère nouvelle. En effet, une nouvelle forme d'exposition, conjuguant science, industrie, culture, et traitant le visiteur comme un consommateur, marque l'émergence d'un nouveau mass-medium. L'affiche de l'exposition internationale d'hygiène de 1911 s'imposera comme le symbole du mouvement hygiéniste. L'œil gigantesque dans une couronne de rayons ressemble à l'œil divin dans une voûte céleste bleu nuit. Ce n'est pas seulement une référence religieuse, mais aussi l'utilisation d'un procédé de la psychologie publicitaire : le spectateur est pris dans le «regard » et en quelque sorte intimidé. L'initiateur et l'organisateur de l'exposition de 1911, Karl August Lingner, résume les motifs de son engagement en ces termes :

« Chaque individu doit acquérir et développer une claire conscience de la valeur de la santé. Chaque individu doit apprendre à connaître son propre corps, savoir comment il est organisé et comment il fonctionne. Chaque individu doit comprendre quelle valeur représente la santé publique. Il doit apprendre : a) ce qui nuit à l'état de santé général d'une communauté humaine ; b) ce qui lui est utile. Chaque individu doit avoir une confiance inconditionnelle dans la science officiellement reconnue et se convaincre qu'elle seule offre une garantie pour la guérison des maladies. »[940]

Au point central de l'exposition se trouve, dès 1911, un corps décomposé selon ses différentes fonctions organiques. Découper le corps, le déconstruire, le démonter selon ses fonctions élémentaires puis le reconstruire dans une perspective fonctionnaliste et mécanique, correspond à la philosophie existentielle de Lingner, à sa conception de l'utilité du corps humain. Le concept « d'économie humaine », attaché au nom de Lingner, se réfère à la mise en valeur de la force humaine. Il est aussi lié à une conception de l'organisme comme modèle, comme plan de construction idéal et concret. « L'être humain, un modèle d'organisation », est l'idée qui oriente ses travaux dans des sphères diverses : science et recherche ; production et marketing de ses usines de sérum et d'eau dentifrice ; vulgarisation scientifique et éducation à l'hygiène par les musées et les expositions ; mécénat. Il est appelé par ses collaborateurs, non sans raison, « le type même de l'exploiteur génial ».

Lingner voit l'anatomie dans une perspective fonctionnaliste. Il examine les organes dans un processus de division du travail, du point de vue de leurs possibilités de fonctionnalisation, de leur adaptation sociale et anatomique au processus de production. A travers l'homme de verre, au centre de ces expositions, s'exprime une nouvelle conscience du corps ; il symbolise le corps que le « nouvel homme » d'un Etat démocratique possède comme bien propre, non aliéné. En même temps, l'homme de verre manifeste l'étroite connexion entre la vulgarisation biologico-médicale, l'eugénisme et la propagande raciale.

Cette manière de voir, fait du corps individuel une composante, un organe du « Corps du Peuple ». Les invocations à l'hygiène s'adressent à la communauté du Peuple, à l'ensemble formé par les Allemands du Reich nazi. Parallèlement, l'élément central n'est plus

[940] Roth, M., « L'homme de verre », in Terrain n°18 mars 1992, « le corps en morceaux ». Traduit de l'allemand par A-M Thiesse. http:// terrains.revues.org.

l'individu, mais la représentation de la masse, également dans le sens de l'économie humaine. Le Musée d'hygiène fabrique à la fin des années trente, dans cette idée de la « Human factory », une autre maquette fonctionnaliste : l'Usine de verre.

C'est au cours des années vingt, que l'hygiénisme et l'eugénisme se trouvent de plus en plus associés dans des campagnes, expositions et musées. Ils font la promotion d'un individu qui, par son mode de vie sain, « apporte sa contribution à la santé du peuple ». Dès 1926, le musée allemand d'Hygiène proclame que « le devoir de santé le plus important pour un peuple est de préserver son patrimoine génétique ». En 1930, une seconde Exposition universelle d'hygiène se tient à Dresde. C'est à cette occasion qu'est présenté L'Homme de verre, réalisation du fabricant de modèles Franz Tschakert. Il fait immédiatement sensation grâce à l'utilisation d'une matière transparente, le cellon, grâce auquel il parvient à donner à voir la totalité de l'anatomie et de la physiologie humaines en trois dimensions.

La statue de verre de Dresde, représentation de l'homme comme chef-d'œuvre, en même temps que comme modèle d'organisation unitaire et hiérarchisée, a donné lieu à de nombreux exemplaires, masculins et féminins, qui ont été exhibés dans la plupart des grandes expositions des années trente, en particulier à Paris en 1937 et à New York en 1939. Mi-mannequin de vulgarisation scientifique, mi- représentation normative de l'être humain, cette représentation en synthétique du corps humain a un visage à la Janus, et la manière dont elle est utilisée dans de multiples expositions de propagande le montre bien.

Ce qui nous interroge désormais est un retour de la pratique anatomique. Alors que les monstrations hygiéniques, utilitaires ou curieuses du corps décomposé, semblaient passées de « mode », pour recouvrir un intérêt plus historique. On redécouvre aujourd'hui des théâtres anatomiques itinérants. C'est à partir de ce redéploiement de la pratique de l'anatomiste en publique, que nous interrogerons les travaux du Dr Von Hagens. En effet, comme l'homme de verre, les corps et morceaux de corps plastinés sont exposés.

« "The purpose of Plastination from the beginning was scientific, to educate medical students," he says. " But the interest of lay people in the plastinated specimens inspired me to think of public exhibitions in a way to avoids shock, but captures the imagination" ».[941]

G. Von Hagens inscrit son travail dans la continuité des travaux des anatomistes de la Renaissance. « *La plastination permet de redonner vie à cette fascinante idée d'une symbiose entre l'art et l'anatomie. Elle stoppe la décomposition et la dessiccation si parfaitement que l'anatomie conserve son esthétique intrinsèque* »[942]. Il prétend se mettre au service de la connaissance et rendre à l'anatomie sa dimension holistique qu'elle a perdue après la Renaissance.

[941] Von Hagens, G., « Question and answer with kids, Educational supplement « Gunther von Hagens Body world: the anatomical Exhibition of real human bodies », Philadelphia News Paper Inc., 2006. Traduction : Le but de la Plastination est depuis le début scientifique, instruire les étudiants en médecine, dit-il. Mais l'intérêt des profanes pour les spécimens plastinés m'a inspiré les expositions publiques d'une façon qui évite les chocs, mais captive l'imagination.

[942] Von Hagens, G., in « Le monde du corps du professeur Von Hagens », dossier Art et artistes, Artezia.net.

L'exposition *Body Worlds* a une visée didactique et pédagogique. Elle ressemble à un traité d'anatomie en trois dimensions, on y voit des corps écorchés montrant les muscles ou la circulation sanguine, des squelettes, des systèmes nerveux. Dans des vitrines sont exposés des organes sains ou malades (des foies cirrhosés, des ulcères à l'estomac). Des panneaux explicatifs accompagnent les corps plastinés. En 2001 on estimait à plus de sept millions le nombre de visiteurs de l'exposition entre l'Allemagne, le Japon et la Suisse. En 2006, après *Body Worlds* 2 et 3, on en comptait 20 millions. Un tel succès semble provoqué par la dimension de spectacle de l'exposition. Si elle a d'abord une visée éducative, l'exposition ne consiste pas seulement dans la démonstration. Elle met en scène les cadavres.

L'« art anatomique » de Von Hagens met donc en tension exactitude scientifique et embellissement artistique : *« The specimen must not violate aesthetic perception, and to me a specimen is perfect if it conveys anatomical realities in a convincing and easily understood manner. A specimen should be beautiful, understandable, and thought provoking at the same time. »*[943]

G. Von Hagens explique parfaitement son ambition, « c'est le temps de démocratiser l'anatomie. Je n'ai aucun problème à être l'homme qui la montre »[944]. Il parle de « culte divin du corps », de « divertissement anatomique », de « non falsifié à l'époque de la reproductibilité illimitée », etc. Selon lui, « le mort devient une personnalité après sa plastination ».

L'anatomiste avoue avoir recours au théâtre pour susciter l'intérêt du plus grand nombre. Il est nécessaire de mettre en mouvement, en situation les cadavres pour rendre lisible et attractif le spécimen à son public de scolaires, de familles, de médecins, etc. Il s'agit d' « anatomie vivante ».

Pour G. Von Hagens, « le corps humain est le dernier élément naturel dans un environnement modifié par l'homme », il espère que : *« […] ces expositions sont des lieux de compréhension et de contemplation et même, des lieux d'éveil philosophique et spirituel, ouverts aux interprétations les plus diverses, sans égards aux antécédents et à la philosophie de vie du spectateur. »* [945]

Gunther Von Hagens se présente en tant qu'anatomiste et éducateur public, pour lui : *« L'anatomiste en tant qu'être singulier se voit assigner un rôle très spécifique : dans son travail quotidien, il doit rejeter les tabous et les convictions qu'ont les gens sur la mort et les morts. Moi-même, je ne suis pas une personne qui porte à controverse mais mes expositions, elles, sont controversées car elles demandent aux visiteurs de transcender leurs croyances fondamentales sur la mort et sur notre destin commun et inéluctable. »* [946]

---

[943] Kriz, W., "To Gunther von Hagens, on His 60th Birthday," in Gunther von Hagens, and Angelina Whalley, *Pushing the Limits Encounters with Body Worlds Creator Gunther von Hagens* (Heidelberg: Arts and Sciences, 2005). Traduction: le spécimen ne doit pas forcer la perception esthétique, et pour moi un spécimen est parfait s'il transmet des faits anatomiques d'une façon convaincante et facilement compréhensible. Un spécimen devrait être beau, compréhensible et provoquant en même temps.

[944] Von Hagens, G., in Lallier, E. "Extrait de La Conférence de Von Hagens À l'Université Du Québec, Trois-Rivières" (Le nouvelliste, n.d.), cyberpresse.ca.

[945] Von Hagens, G., « *Pushing the Limits Encounters with Body Worlds Creator Gunther von Hagens* » op.cit.

[946] Op. Cit.

c. *Qu'est-ce que la plastination ?*[947]

C'est en 1977 que l'anatomiste Gunther Von Hagens invente la technique de « la plastination » à l'institut anatomique d'Heidelberg, en Allemagne. Ce terme est un néologisme. L'appellation d'origine était « imprégnation par polymère de spécimens biologiques périssables ». Comme le terme de « plastification » était déjà utilisé à d'autres fins pour la chimie des polymères, Von Hagens a choisi le nom de plastination : « la plastination éduque la nation car BIODUR préserve la structure », était son petit refrain.

La technique a été inspirée par les techniques de préparation des blocs de résine des anatomo-pathologistes :

« J'examinais une collection de spécimens enchâssés dans du plastique. C'était alors la méthode de conservation la plus avancée : les spécimens étaient déposés au creux d'un bloc de plastique transparent. Je me suis demandé pourquoi le plastique était versé puis solidifié autour des spécimens plutôt qu'imprégnés dans leurs cellules mêmes, ce qui aurait pour effet de stabiliser les spécimens de l'intérieur et permettrait également de les manipuler. »[948]

La nouveauté de la technique consiste donc dans le mode d'administration du traitement chimique, qui rend les cadavres malléables, tout en prévenant leur décomposition. Elle garde le corps d'origine intacte (couleur et forme des organes) tout en accentuant quelques détails physiologiques spécifiques.

« Le cadavre est embaumé par une injection dans les artères, alors que les spécimens les plus petits sont immergés dans la formaline. Après la dissection, tous les liquides corporels et les graisses solubles des corps et des spécimens sont extraits et remplacés par des résines réactives et élastomères (tels que le caoutchouc de silicone et la résine époxyde), au moyen d'une imprégnation forcée sous vide. »[949]

La plastination représente une avancée majeure dans l'enseignement des sciences biologiques, mais aussi dans la modélisation humaine et l'entraînement chirurgical.

« Cette technique, créée par l'anatomiste Gunther Von Hagens, présente l'intérêt majeur de produire des spécimens secs, dont les volumes sont respectés, imputrescibles, sans odeur et non toxiques, qui peuvent ainsi être manipulés sans mesure de protection particulière. L'architecture est préservée jusqu'à l'échelon cellulaire et les avantages pédagogiques des spécimens plastinés sont indéniables : facilité d'examen, de manutention, de stockage et biosécurité pour les manipulateurs. Ces

[947] Note au lecteur : les citations en anglais dans le texte ont été traduites pas mes soins en bas de page.
[948] Von Hagens, G., « Le monde du corps 2. L'anatomie révélée à travers de véritables corps humains », Bibliographie. www.bodyworlds.com.
[949] Op. Cit.

spécimens plastinés remplacent avantageusement les pièces utilisées en TD, jusqu'alors stockées dans des bains de formol. »[950]

B. Hillebrands[951], réfère l'origine de la découverte de Von Hagens à deux motivations. D'abord, arrêter la décomposition du matériel de dissection. Ensuite, favoriser l'apprentissage par la répétition, « *As the dissection progresses, these instructional situations have to be destroyed again. This is in contrast to the teacher's knowledge of repetitio as mater studiorum: according to this saying, repetition is the mother of all learning*. »[952].

Von Hagens a très vite breveté sa méthode (1978) et créé sa propre société BIODUR Products (1981), afin de commercialiser les polymères spéciaux et l'équipement de plastination. En 1993 il fonde l'Institut de plastination à Heidelberg, soit deux ans après la création du premier corps humain entièrement plastiné. En 1995, un autre centre de recherche sur la plastination est ouvert au Kirghizstan. Au même moment a lieu sa première exposition au Japon. En 1996, il quitte l'université d'Heidelberg pour prendre une chair de professeur invité à l'université médicale de Dalian en Chine. Il y crée, en 2000, la compagnie privée « Von Hagens Dalian Plastination Ltd. », financée par les expositions et comptant environ 200 employés.

5.1.2. Notes sur l'auteur

N'ayant jamais rencontré Gunther Von Hagens, j'ai prélevé dans sa biographie, et les divers articles de ses proches et collaborateurs, des éléments qui nous informent sur la personnalité du maitre d'œuvre de *Body Worlds*. Les citations permettront de saisir ce qui ordonne son discours.

a. L'homme, par lui-même et ses proches

« J'ai recherché la faveur de mes
collègues, mais n'ai vraiment été approuvé
que par le grand public ».
G. Von Hagens.

[950] « A Comme Alfort » Le magazine de l'école nationale vétérinaire d'Alfort. N°23 Mars 2008. Ecole crée par Honoré Fragonard en 1766. L'activité de plastination y est mise en place depuis 2006, au sein de l'unité d'anatomie, grâce au soutien financier du CEVE (projets pédagogiques innovants).
[951] Collègue de G. Von Hagens à l'université d'Heidelberg et consultant pour BIODUR de 1987 à 1995.
[952] *Pushing the limits. Encounters with Body Worlds Creator Gunther Von Hagens*. Arts and Sciences. Editor Angelina Whalley. Allemagne: 2005. p. 141. Traduction : alors que la dissection avance, le matériel pédagogique doit être détruit. C'est en contradiction avec le savoir de l'enseignement pour qui *repetitio* est *mater studiorum* : selon cet aphorisme, la répétition est la mère de tous les apprentissages.

Gunther Von Hagens est né Gunther Gerhard Liebchen, en 1945 en Pologne. Cette naissance est présentée de façon atypique. En effet, « *pour échapper à l'invasion russe imminente, ses parents cachent le poupon âgé à peine de cinq jours dans un panier de linge et amorcent une difficile pérégrination vers l'ouest à bord d'une charrette tirée par un cheval. La famille se réfugie temporairement à Berlin et dans ses environs, puis s'établit à Greiz, un petit village où Von Hagens habite jusqu'à l'âge de 19 ans* »[953].

Ce qui caractérise le personnage est, par ailleurs, « un trouble sanguin très rare » diagnostiqué pendant son enfance. « *Ses séjours en milieu hospitalier provoquent chez lui un sentiment d'aliénation et de non-conformisme. Il faillit mourir à l'âge de 6 ans et doit passer de longs mois aux soins intensifs. Ses contacts quotidiens avec les médecins et les infirmières le marquent profondément et stimulent son désir de devenir médecin* »[954].

Un ami d'école[955] témoigne de sa passion pour la science, lors du lancement du premier Spoutnik en 1957. « He was delirium like state and worked obsessively by himself »[956]. Von Hagens devint le spécialiste de l'événement à l'école, et archiva tout ce qui concernait l'événement. Il semble que dès l'enfance, Von Hagens déployait des efforts considérables dans les projets qui lui tenaient à cœur. Ainsi que pour les devoirs scolaires, produisant souvent plus que demandé. « He was able to get incredibly worked up about something, to get obsessed about it and really get down to it »[957]. La faiblesse que son ami repère néanmoins, tenait à ses qualités de rhéteur.

Lors d'une de leur rencontre en 1999, Von Hagens lui a expliqué l'usage qu'il avait d'une petite boite contenant les fiches images des mots qu'il avait du mal à retenir. Il ne sort jamais sans. Il s'agit d'un outil mémo-technique lui permettant d'associer les mots à des images. Ainsi, lorsque G. Von Hagens a besoin d'un mot, il pense à une image.

En ce qui concerne la force de travail de Von Hagens, son « mentor » y fait également référence. « *La consécration absolue à l'accomplissement d'un but, une fois fixé, le caractérise plus que tout autre qualité. Son identification à la démarche, qu'il avait dès lors faite sienne, a atteint un degré tel au fil des ans qu'il n'est guère plus possible de distinguer entre l'homme et la profession. Gunther Von Hagens personnifie son travail* »[958][959].

Un autre événement contribue au charisme de Von Hagens. Son arrestation en 1968, alors qu'après avoir protesté contre l'intervention de troupes du Pacte de Varsovie en Tchécoslovaquie, il tenta de s'enfuir de R.D.A. Et sa libération en 1970, après que la République Fédérale eut acheté sa libération.

---

[953] Biographie du Dr Gunther Von Hagens, renseignements fournis par l'Institut de plastination au Centre des sciences de Montréal, à l'occasion de l'exposition « Le monde du corps 2 ».
[954] Op. Cit.
[955] Wagner, D., « My days with Gunther Liebchen in Greiz ». In "Pushing the limits. Encounters with Body Worlds Creator Gunther Von Hagens". Op. Cit.
[956] Il était comme fou, et y a travaillé de lui-même comme un forcené.
[957] Il était capable de fournir des efforts intense pour un travail, jusqu'à l'obsession.
[958] Wilhelm Kriz, "Préface," in *Gunther von Hagens' Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables : catalogue de l'exposition* (Heidelberg, Allemagne: Arts & Sciences : Institut de plastination, 2007).
[959] Kriz, W., Préface, « Gunther Von Hagens' Le monde du corps. Exposition Anatomique de corps humain véritables ». Catalogue de l'exposition. Editions Arts et Sciences, 2007.

Von Hagens dit lui-même que c'est en pensant à ses deux années d'emprisonnement, qu'il a pris la décision de se consacrer à la plastination. « *C'est en songeant à un incident en janvier 1968 suivant mon arrestation pour avoir manqué ma défection d'Allemagne de l'Est. Alors que j'étais détenu à la prison de Bratislava, un fonctionnaire tchèque me donna la possibilité de m'enfuir après mon arrestation pour fuite avortée de la RDA. Je me suis retrouvé devant une fenêtre ouverte au rez-de-chaussée, mais je ne pouvais me décider à me sauver. J'étais certain que la police secrète est-allemande ne me jetterait pas en prison. Cela me couta deux ans de prison pour avoir « déserté la République ». C'est pour cette raison, qu'en 1977, je décidai d'opter pour l'incertitude, car de l'incertitude nait une foule de possibilités* »[960].

Il semble que Von Hagens a toujours été quelqu'un de non conventionnel. D'abord dans sa propension à suivre des « mentors ». K. Tiedmann, l'un de ses collaborateurs, note qu'il était sans cesse en train de chercher un modèle. Une autre originalité tient dans son changement de nom. Un an après son mariage avec Cornelia Von Hagens, ils ont divorcé pour se remarier, afin de changer de nom. Gunther Liebchen est devenu Gunther Von Hagens. Les raisons qui ont motivé ce changement tiennent à l'équivoque en allemand entre « das liebchen » et « chérie ».

Enfin, il y a le fameux chapeau « beuysien », qu'il porte depuis sa médiatisation, pour lequel il a retouché toutes les photos antérieures pour qu'il apparaisse. Von Hagens explique ainsi que : « *L'effort incessant de trouver de nouvelles idées, de voir ce qui n'a jamais été vu ne reste pas sans effet sur ma personnalité. C'est ainsi que mon penchant pour les chapeaux n'a rien à voir avec une âme d'artiste ; cela reflète davantage l'image que j'ai de moi-même comme inventeur. Mon chapeau symbolise l'intériorisation de mon individualisme et la conviction qu'une apparence inhabituelle favorise la pensée non conformiste. Un aspect extérieur contraire aux normes sociales favorise ma créativité* »[961].

De plus, les anatomistes de la Renaissance portaient eux-mêmes des chapeaux pendant leurs exposés ou leur dissection. Enfin, le terme de *beuysien* a rapport aux travaux de Joseph Beuys[962] (1921-1986). « *C'est un modèle pour moi,* dit Von Hagens*, à la fois en raison de sa pensée non conventionnelle et de ses efforts constants pour entretenir des discussions avec les profanes sur son travail et ses thèses* ».

En ce qui concerne son « processus inventif », Von Hagens loue effectivement l'individualisme. Selon lui, « *plus une société tolère l'individualisme, et plus elle produit d'inventeur. Depuis toujours, les inventions proviennent d'individus, surtout des individualistes. Les groupes n'inventent rien ; leur existence dépend de la pensée conformiste des individus qui les composent. C'est pourquoi les inventions étaient plutôt rares sous le socialisme* ».

[960] Von Hagens, G., « Anatomie et plastination ». In Catalogue de l'exposition. Op. Cit.
[961] Op. Cit.
[962] Artiste allemand

b. *L'inventeur*

Pour présenter Von Hagens, certains ont choisis de l'associer aux personnages du *prosektor* et du *proplastiker* du « Faust » de Goethe. Il serait « *l'anatomiste idéal de Goethe, qui intègre la soif humaine du prosektor pour la connaissance scientifique et les sensibilités esthétiques du proplastiker idéal, qui se réjouit de célébrer le pouvoir humain d'intervenir dans les processus de la nature et qui transforme la perception de la destinée post –mortem en quelque chose de supportable* »[963]. Ainsi, sa « vision » toute récente d'un super homme idéalisé et futuriste, serait une manifestation de ses « penchants prométhéens ».

Le plastinat de corps entier serait « une nouvelle forme d'existence post mortem ». Avec la plastination, le corps du défunt, inutile, devient un « plastinat utile, esthétiquement instructif et naturellement constitué ». Ainsi, « *ceux qui cherchent à se faire plastiner peuvent être vus comme intéressés à réaliser une quête légitime de destinée post mortem esthétique, à éviter la décomposition et à devenir un bel objet, ce qui augmente peut-être même leur estime de soi de leur vivant* ».

En ce qui concerne son processus inventif, il le décompose en quatre stades : l'identification du problème, son analyse, la recherche de solutions et leur réalisation finale. Au sujet des corps plastinés, il fait de l'anonymat une condition nécessaire. « *C'est le seul moyen sûr de mettre un terme à la vénération du corps, au sentiment d'attachement émotionnel avec le défunt* ».

Quant à la question si c'est de l'art, Von Hagens ne crée pas des œuvres d'art anatomiques, elles le deviennent par le jugement des visiteurs. « L'art se trouve dans l'œil de celui qui regarde » dit-il. Le plastinateur est tout au plus « un technicien d'art ». Quant à l'appellation *Le monde du corps*, il entend par là « la présentation esthétique et instructive du corps ». Soit, d'une part, une représentation artistique, « œuvre réalisée par un technicien d'art dans le domaine de l'art ». Et d'autre part, la présentation comme « enseignement concret du savoir anatomique », ou moyen de prendre conscience de notre nature corporelle, de la nature qui nous habite.

En plus de l'appellation *Le Monde du corps*, il souligne le terme de « façonnage anatomique », dont le produit est la réalisation de plastinats gestaltistes. L'objectif du façonnage anatomique étant de transmettre des notions anatomiques et fonctionnelles, il ne transforme pas les pièces en objets d'art. « *Comme l'art et la beauté ne se définissent pas objectivement, les plastinats gestaltistes ne deviennent pas des objets d'art par ma « disposition d'artiste ». Je suis un inventeur ; selon moi, la créativité d'un artiste exige encore plus de discipline que la pensée objective d'un scientifique. Mon modèle est un inventeur tel Edison, qui a finalisé ses inventions pendant sa vie et qui en a tiré un succès financier* ».

Les plastinats de corps entier esthétiques et instructifs placés dans une pose naturelle, sont qualifiés par Von Hagens de « plastinats gestaltistes ». La nature de la pose est

[963]Moore, Dr, et Brown, M., « Gunther Von Hagens et le monde du corps. 2ème partie : l'anatomiste comme prêtre et prophète ». Catalogue de l'exposition. Op. Cit.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

stratégiquement planifiée, et déterminée par le thème de la fonction. Les poses naturelles créent l'illusion de la vie afin de supprimer « toutes réminiscences de cadavres et de deuil ou même à neutraliser ces idées ». Les plastinats sont des pièces d'anatomie didactique, « le deuil perturberait l'apprentissage ; nos pensées nous écarteraient du sujet ». Selon lui, les poses naturelles des plastinats gestaltistes s'assimilent tellement au vivant que « les observateurs arrivent à reconnaître et même à ressentir leur propre réalité charnelle tout en s'y identifiant ». Libérée de la répulsion, « l'anatomie holistique, si vitale, devient alors accessible, et elle permet aux observateurs d'être fascinés par son authenticité ».

De plus, pour Von Hagens, chaque homme possède une *face cachée*. Celle-ci surpasserait selon lui le visage extérieur en variété et individualité. Par conséquent, l'illusion de faire revivre un corps peut être renforcée par une préparation faciale, une pose émotive, des détails caractéristiques de la vie comme des accessoires, des vêtements et des outils. Cela selon le principe que « dans l'imagination, l'idée de la fonctionnalité contribue à l'illusion du mouvement ».

Enfin, alors que la dissection anatomique traditionnelle est fondée sur l'extraction des parties du corps, Von Hagens parle, lui, *d'anatomie éclatée*. « *Les plastinats de corps entiers fragmentés peuvent être dépliés, mis en expansion selon un axe horizontal ou vertical, transformés en « corps à tiroirs » et, bien sûr « éclatés » afin de démontrer leur fonctionnement interne. Dans ce but, des fragments de corps sont expansés, ouverts comme des portes ou glissés comme des tiroirs. On favorise la compréhension en déplaçant dans l'espace certains éléments sans extraire aucun organe, ni aucune partie du corps* »[964].

Les plastinats gestaltistes fragmentés sont appelés « pièces éclatées ». Ce sont celles qui, apparemment, facilitent la compréhension des observateurs profanes, « qui ont besoin de voir tout le corps pour s'en faire une idée ».

Il s'agit de causer une « animation mentale » du plastinat dans l'esprit de l'observateur. Ces préparations dites « décalées dans l'espace, […] mères de la fragmentation et de l'expansion pratiques » sont « le type de pensée créatrice » qui sollicité l'imagination de Von Hagens. Il se représente, lui-même, mentalement, comme traversant l'ensemble des structures anatomiques.

« Je me fraie un passage à travers les organes, les os et les muscles et je glisse le long des nerfs comme si je déambulais dans une cave remplie à craquer de sacs de pommes de terre et de pois, où s'enchevêtrent les fils du câblage électrique. La toile de jute pour emballer ces aliments correspond au tissu conjonctif recouvrant les organes, les muscles et les faisceaux nerveux du corps. Je n'ai alors qu'à observer attentivement la région environnante et à faire disparaître mentalement les organes adjacents pour m'ouvrir à des paysages corporels entièrement nouveaux. J'expose ensuite ces derniers dans mon imagination en retirant, en déplaçant ou en sectionnant les structures situées devant. […] quand j'expose des structures à l'aides de pensées aussi « invasives », j'ai toujours le choix entre une division géométrique, par sectionnement, ou fonctionnelle, d'après leur contour naturel ».

[964] Von Hagens, G., « L'aspect répugnant des cadavres, les plastinats gestaltistes et l'inhumation obligatoire ». Catalogue de l'exposition, Op. Cit.

Von Hagens parle également d' « expansion par fissures », lorsque les interfaces didactiques sont envisagées de l'extérieur vers l'intérieur. Ces fissures viennent alors à « former un présentoir esthétique de l'intérieur du corps ». Cependant, « *les formes corporelles inhabituelles qui résultent de la fragmentation sont en fait une conséquence incontournable, non pas l'objet de mes efforts artistiques* ».

Au sujet de la mise en scène, Von Hagens tend à faire de l'anatomie une expérience émotive agréable. Pour cela il emploie des effets favorisants l'apprentissage, d'après la recherche en enseignement. C'est-à-dire « des effets, des images colorées et de courtes histoires faciles à mémoriser ». Quant à la question du beau et du laid, elle est un « héritage évolutionniste » qui concerne l'enveloppe du corps. Comme « l'évolution n'a pas généré de préférences visuelles pour l'intérieur du corps qui n'est pas visible », une présentation « engageante » des plastinats gestaltistes est possible, si on évite « *des traits physiques repoussants [...] et en tenant compte de principes esthétiques généraux, qui dépendent de nos perceptions* ».

Les plastinats remplissent les critères de la perception de la beauté, selon les caractéristiques qu'il dégage : présentation claires et précises ; poses vraisemblables ; formes préservées et parfaites, et symétrie conservée ; fenêtres harmonieuses sur l'intérieur du corps ; structures proportionnelles ; fréquence de présentation rare et surprenante ; coloré ; inodore ; et le sang solide ou extrait.

Enfin, Von Hagens dégage une triple signification culturelle à la plastination, qui justifie sa démocratisation : d'abord, « pour la première fois, des gens s'abstiennent d'avoir recours à l'inhumation traditionnelle dans le but d'instruire le public sur l'anatomie » ; ensuite, « *la démonstration esthétiques de l'intérieur du corps contribue à l'émanciper. L'intérieur du corps n'est plus réprimé par les effets immédiats de notre conscience du corps. Nous pouvons donc tirer une certaine fierté de notre corps* ». Enfin, « *grâce aux plastinats gestaltistes, la mort prend un nouveau sens. Elle se rapproche quelque peu de la réalité, ce qui attribue à son image une forme de réconciliation* ».

c. Sa légitimité

Cette dualité entre le caractère pédagogique et le divertissement, reflète selon les partisans du *Monde du corps* la séparation historique entre l'art et la science de l'anatomie, qui s'est amorcée vers la fin du XVIII^{ème} siècle. Par conséquent, Von Hagens opérerait une réunification. La reproduction des œuvres d'art classiques avec des matières organiques, tiendrait également plus d'une nostalgie esthétique de l'auteur, que d'une intention morbide.

La plastination est « une science plastique », et les plastinats des « virtualités réelles ». La transformation progressive de l'homme vivant en dépouille mortelle, puis en plastinat correspondrait tout à fait à une pratique éthique. En effet, dans la mesure où le plastinat est un modelage structurel, naturel, du corps humain, il n'a plus de relation avec la personne du donneur de corps. Il comprendrait, tout au moins, « une partie de la matière de l'original ».

En ce qui concerne les controverses, l'atteinte à la dignité humaine, ne serait pas justifiée. Parce que, outre le contrat qui lie le donneur, de son vivant, au plastinateur, « *en tant que reste putrescible d'un défunt, la dépouille représente en soi un objet ou une chose. [...] Par conséquent, le principe de l'objet peut seulement être appliqué aux hommes vivant et non aux morts, ces derniers ne possédant plus cette qualité de sujet* »[965]. Pour certains, l'Institut de Heidelberg est un prestataire de service au même titre que l'entreprise de pompes funèbres.

Dès lors, « *la question quant à l'appréciation culturelle et esthétique des plastinats comme virtualités réelles se soustrait toutefois à la compétence du bioéthicien. C'est en premier lieu à l'esthétique en tant que discipline qu'il revient d'y trouver une réponse* ».

Le premier à opérer un parallèle, n'est autre que Von Hagens lui-même, pour qui, aujourd'hui, « *au début d'un nouveau millénaire, nous assistons à une nouvelle résurrection, celle des corps dépouillés de leur peau sous forme de plastinats gestaltistes. La plastination est ainsi capable d'assouvir un rêve d'immortalité, dont l'Eglise s'était appropriée le monopole jusqu'à maintenant, à la manière typique de notre époque. L'inhumation chrétienne n'est-elle pas presque un don de corps tacite et accepté aux services funéraires ? Ces rites mettent par contre l'accent sur l'esprit et négligent le corps. Bien qu'un don à la plastination peut redonner une valeur au corps, nous continuons de craindre la mort du corps, mais pas celle de l'âme* ».

Pour lui, notre corps n'est pas condamné à « l'inutilité subite après la mort ». Il explique que la plastination a dès lors trait à la satisfaction narcissique. D'abord, nous atteindrions une certaine immortalité par la plastination, ensuite, le corps ne serait plus réduit à « un récipient de liquides dégoutant », mais une « manifestation culturelle stylisée ».

Par conséquent, le façonnage du corps par la plastination s'oppose diamétralement, d'après Von Hagens, au « memento mori » de l'Eglise et à son enseignement que « l'homme est poussière et redeviendra poussière ». Il se place en opposition avec ce qu'il appelle « la négation chrétienne du corps ». Il serait lui-même davantage du côté de la célébration du corps comme « merveille de la Création ».

5.1.3. Controverses

« Le phénomène de la vie reste dans son essence
complètement impénétrable, il continue
à nous échapper quoi qu'on fasse ».
Jacques Lacan, 1955.

« Nous ne savons pas ce que c'est que d'être vivant sinon seulement ceci qu'un corps, cela se jouit ». De cette citation du séminaire « Encore » de Lacan nous pouvons dire que le concept analytique de la vie est impensable sans la jouissance, elle-même impensable sans le

[965] Wetz, F.-J., « De la dignité humaine ». Catalogue de l'exposition, Op. Cit.

corps vivant. Si la vie se présente sous la forme de l'évidence du corps individuel, elle ne se réduit pas au corps dans sa belle unité. La vie déborde le pauvre Un du corps et apparaît au contraire comme une extraordinaire puissance de prolifération.

Depuis Descartes la matière est réduite à l'étendue, et cette réduction exclut par principe la jouissance du corps. La question de l'être pour l'homme se pose dès lors du côté du savoir, alors que le corps est du côté de l'avoir. Ce que nous avons présenté précédemment montre bien qu'on va toujours davantage dans le sens cartésien, c'est-à-dire d'opérer sur le corps, de le décomposer comme une machine. C'est pourquoi, en 1967, Lacan dit qu' « *il faudra à ce corps les excès imminents de notre chirurgie pour qu'éclate, au sens commun, que nous n'en disposons qu'à le faire être son propre morcellement* »[966].

a. Comment ?

C'est en 1989 que l'idée d'exposer les plastinats émerge, suite à la requête d'un médecin travaillant pour l'assurance maladie locale. Il s'agissait d'une petite exposition des systèmes fonctionnels du corps humain, destinée au public. La pièce majeure de l'exposition était alors le « Transparent Human Being ». Soit un corps humain découpé en une série de tranches transparentes, des orteils au sommet de la tête. Mais c'est grâce à la demande de la Société japonaise d'anatomie, en 1995, que l'exposition prend une réelle ampleur. En effet, en Allemagne, les possibilités pour G. Von Hagens d'exposer étaient restreintes du fait de l'indignation provoquée par l'aspect marketing de l'exposition des morceaux de corps. Les spécimens plastinés, dont quatre corps entier et le « Transparent Human Being », de l'anatomiste G. Von Hagens, représentèrent soixante-dix pour cent des spécimens exposés au musée national des sciences à Tokyo.

Alors que depuis 250 ans, montrer au grand public des corps humain décédés était interdit au Japon, l'exposition a rencontré un succès très important. Mais, surtout, elle n'a rencontré aucune critique, alors qu'elle allait à l'encontre de nombreux tabous de la société japonaise. Un tel succès et une telle acceptation de leurs travaux ont poussé G. Von Hagens et son épouse sur la voie des expositions à grande échelle. Après deux ans d'exposition avec succès au Japon, ils exposent pour la première fois en Allemagne, au musée des technologies à Mannheim.

Malgré le succès japonais, ils rencontrèrent plusieurs obstacles. D'abord le musée refusa d'assumer la responsabilité d'une telle exposition, et c'est l'institut de plastination qui finança. Ensuite, l'exposition fût l'objet d'une commission d'évaluation du gouvernement, avant son ouverture. Enfin, après tant de démarches administratives et financières, *Body Worlds* devint l'objet de débats intenses. L'exposition publique de spécimens humains, et leur commercialisation, étaient-ils moralement justifiables ?

Angelina Whalley, la seconde épouse de G. Von Hagens, explique que la critique la plus surprenante fût que les corps étaient « degraded to works of art », soit rabaissés à des

[966] Lacan, J., "De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité," in *Autres écrits*, op.cit., p.357.

œuvres d'art. Une telle controverse leur semblait injustifiée, l'art étant plutôt estimé dans la société allemande. Enfin, après l'exposition, les anatomistes allemand, réunis en congrès, conclurent que :

« The board of the Anatomical Society regrets the Mannheim exhibit as it is a presentation of the field of anatomy, which actually deals with problems of functional – structural research, inappropriate to modern times, with partially distorted body specimens that in some cases simply cannot be justified by any didactic principle. »[967]

Soit, il y a-t-il un réel intérêt scientifique et pédagogique à la monstration de corps à la fois découpés, écorchés et mis en scène ? De nombreux anatomistes, en effet, se demandent si les plastinats ont une réelle valeur supplémentaire par rapport aux mannequins de cire.

b. L'objet de l'œuvre

En outre, la fonction éducative et morale, prédominante dans les collections anatomiques du XIX[ème] siècle, se retrouve clairement avec les organes ou les morceaux de corps plastinés. Tumeur du foie, ulcères, gonflement de la rate et spécimens d'artériosclérose illustrent l'impitoyable destruction du corps. On peut donc voir dans *Body Worlds*, le prolongement direct d'une tradition moralo-réaliste de l'art anatomique. D'ailleurs, Von Hagens le dit lui-même :

« I feel that what I do is important work. There are many people who stopped smoking after seeing the blackened lungs of a cigarette smoker at Body Worlds. […] There are others who have written to me to say that they resolved to stop drinking or to improve diet after visiting Body Worlds. Many say that until Body Worlds, they took their own bodies for granted and didn't pay much attention to them. I consider this to be a reason to carry on my work, to educate people about health and persuade them to change their opinions, as well as to motivate them to think about life and how short life is. »[968]

---

[967] « The 93rd annual meeting of the German Anatomical Society on March 28, 1998." Cite par A. Whalley, "Pushing the limits. Encounters with Body Worlds Creator Gunther Von Hagens." Arts and Sciences. Editor Angelina Whalley. Allemagne, 2005. p. 179. Traduction : L'ensemble de la Société Anatomique regrette l'exposition de Mannheim en tant que présentation du champ de l'anatomie, dans la mesure où elle traite de problèmes de l'ordre de la recherche fonctionnel et structurelle, inadéquats à notre époque, avec des spécimens de corps partiellement déformés qui dans certains cas ne peuvent simplement pas être justifiés par un principe didactique.

[968] Question and answer with kids, in Educational supplement « Gunther son Hagens' Body Worlds : The Anatomical Exhibition of Real Human Bodies ». Copyright 2006. Philadelphia Newspaper, Inc. Traduction : J'estime que ce que je fais est un travail important. Il y a beaucoup de personnes qui ont arrêtées de fumer après avoir vu les poumons noircis d'un fumeur lors de Body Worlds. [...] Il y en a d'autres qui m'ont écrit s'être résolus à arrêter de boire ou à entreprendre un régime après la visite de Body Worlds. Plusieurs disent que, jusqu'alors, ils prenaient leur corps pour un acquis et n'y faisaient pas attention. Je considère que ce sont des raisons suffisantes pour que je poursuive mon travail, pour éduquer les gens sur la santé et les persuader de changer leurs opinions, ainsi que les pousser à penser à la vie et à combien elle est courte.

Les cadavres plastinés, bien plus que pédagogiques, célèbrent la capacité humaine à intervenir sur la vie et la mort. L'un des plastinats est un commentaire explicite de l'influence de la technologie en médecine. Dit « Orthopédique », il est équipé de la tête aux pieds de toutes sortes de prothèses internes et externes. Ce plastinat ne se contente pas d'illustrer les progrès techniques de la science médicale, mais représente aussi un jugement sur les corps vivants contemporains. Comme si les êtres humains étaient devenus des constructions hybrides, des amalgames d'éléments organiques et techniques. Les apports technologiques et chimiques sont présentés comme des extensions naturelles du corps vivant, tout comme le processus de plastination prolonge la durabilité du corps du défunt.

D'autre part, la dimension de spectacle est pour les uns un atout pour la transmission du savoir anatomique. Pour les autres, elle vient à l'encontre de principes éthiques, déontologique et humanistes, dans la mesure où il ne s'agit pas d'un objet quelconque, mais du corps humain. Peut-on jouer du corps mort comme avec n'importe quoi, n'importe comment, au nom du progrès ?

Les controverses suscitées en Europe par l'exposition, conduisirent G. Von Hagens à quitter l'Allemagne pour un terrain plus propice au développement de son activité : l'Asie (Chine et Kirghizstan). Toutefois, de 1995 à 2009, on peut retracer le parcours de l'exposition *Body Worlds* autour du monde. *Body Worlds 1* a parcouru l'Europe de l'Allemagne à l'Autriche, en passant par la Suisse, la Belgique et Londres de 1999 à 2003, jusqu'aux Etats-Unis entre 2005 et 2008. Quant à *Body Worlds 2*, on la retrouve en Asie entre 2003 et 2004, aux Etats-Unis à nouveau entre 2005 et 2007, et au Canada entre 2007 et 2008. En ce qui concerne la troisième version, elle est exposée uniquement aux Etats-Unis, pour l'instant. Une autre version de l'exposition, « Our Body », qui ne mentionne pas Von Hagens, mais qui, néanmoins, expose ses « œuvres », a eu lieu à Lyon en 2008, ainsi qu'à Marseille et Paris en 2009.

A Bruxelles, en 2002, « la fascination de l'authentique » affiche une exposition anatomique de 250 préparations véritables de corps et organes humains. A Berlin, avant l'ouverture, le corps allongé de la femme enceinte, tout fœtus dehors, avait été placé dans un bus transparent comme objet promotionnel et exhibé dans les rues de la ville. D'après le dossier de presse, les journalistes ont souvent adhéré à l'exposition au nom de « l'exaltation de la modernité »[969]. Ainsi, a-t-on pu lire :

« Pour la première fois, l'homme peut avoir une vue zoologique de lui-même en tant qu'étranger. Quand on regarde les plastinats de Von Hagens, on regarde quelque chose de passé, de lointain ou du moins qui s'éloigne. L'exposition est-elle un indice du passage d'une époque humaniste à une époque techno ? »

Ou encore : « A Berlin, on peut voir des morts courir et des vivants figés d'admiration ». On parle alors de « transfiguration commerciale », la conservation des cadavres étant en passe de devenir une industrie, et les cadavres un marché, grâce aux nouvelles techniques scientifiques et au marketing.

[969] « En revenant de l'expo : L'ultime avatar du corps objet ». Marketing Magazine n°67, 01/02/2002, Stirésius.

Le dispositif mis au point par G. Von Hagens constituerait alors « *le symbole ultime de la domination du commerce sur les valeurs éthiques et le respect des sensibilités culturelles* ». Et marquerait alors, le sacre de « la résignation à l'inaffectivité du « Bof, du moment qu'il y a un marché » ».

Le commerce d'anatomie humaine du professeur Von Hagens est mondial et, est une affaire très rentable qui reçoit des commandes des départements de recherche d'universités et d'hôpitaux à travers le monde. Toutefois, l'originalité d'un tel commerce est que, pour maintenir « l'authenticité » et la productivité de son entreprise, Von Hagens doit obtenir le consentement préalable de sa matière première. « All of humanity owes the donors a great deal, for without them, there would be no Body Worlds »[970].

A la fin de chaque exposition, les spectateurs trouvent, par conséquent, un programme de donation de leur corps à l'Institut de Plastination. Il s'agit d'un formulaire qui s'inspire du programme de don du corps à la science. D'ailleurs, le formulaire précise que si la personne est donneur d'organe, cela ne s'oppose pas à la plastination, « car le corps peur encore servir pour la plastination une fois les organes prélevés ».

En consentant à être plastiné, la personne déclare laisser son corps à la disposition de G. Von Hagens. Elle peut lui accorder la possibilité de consulter son dossier médical ; de ne pas limiter l'usage qui peut être fait de son corps ou de ses parties, voire de son squelette, dans le domaine de la recherche et de la formation médicale.

La personne consent, également, à être exhibée dans un endroit public. L'identité propre du donneur de corps étant altérée au cours de la préparation anatomique, le processus donnant au visage et au corps une nouvelle apparence selon l'anatomie interne, le spécimen plastiné ne peut être reconnu. Au consentement à l'exhibition, le sujet doit donc choisir s'il veut demeurer anonyme.

De plus : *« Les plastinats, surtout les plastinats de corps entiers, sont parfois interprétés comme étant des œuvres d'art anatomiques. C'est la raison de la question suivante : je consens à ce que mon corps serve pour une œuvre d'art anatomique. »*

Enfin, le donneur doit décider si, oui ou non, il consent « à ce que des profanes puissent toucher [son] corps plastiné ».

A la fin du formulaire on trouve également une enquête sur les raisons qui motivent le don à la plastination. Le donneur a le choix de cocher plusieurs affirmations parmi « le don de mon corps pour un bonne cause », parce qu'il est « fasciné à l'idée d'être conservé pour la postérité ». Ou encore parce que les funérailles sont devenues trop conventionnelles, pour ne pas contraindre sa famille à l'entretien de la sépulture, voire pour des raisons économiques. Et enfin soit parce qu'il est « emballé par le potentiel de la plastination », soit parce qu'il est « fasciné par les expositions publiques ».

[970] Von Hagens, G., in Educational supplement « Gunther son Hagens' Body Worlds : The Anatomical Exhibition of Real Human Bodies ». Copyright 2006. Philadelphia Newspaper, Inc. Traduction : L'humanité doit beaucoup aux donneurs, car sans eux, il n'y aurait pas de Body Worlds.

En Mai 2007, on estimait à 7182[971] le nombre de donneurs à la plastination en Europe. Aux Etats-Unis et en Amérique du Sud, ils sont environ 417, au Canada 36. Mais on trouve un donneur également en Australie, en Ethiopie, en Inde et à Singapour.

Qu'il y ait une telle réponse à l'offre du professeur Von Hagens, pose la question du rapport du sujet au corps, à sa propre chair. Mais il interroge aussi sur ces sociétés qui autorisent l'exploitation des cadavres, le sensationnalisme et la commercialisation induit par *Body Worlds*. La légitimité que pourrait conférer l'histoire, et surtout la rentabilité de ce marché, suffit-elle à passer outre le débat ?

En France, la position du droit est claire, il n'admet pas la commercialisation du corps humain, il est hors commerce et hors marché. Il ne peut être l'objet ni d'un contrat ni d'une négociation. C'est pourquoi, la France est l'un des rares états où l'exposition de Von Hagens a été interdite jusqu'en 2008. L'anecdote tient à ce que l'exposition a d'abord eu lieu à Lyon, car le Comité National d'Ethique avait émis un avis défavorable à l'exposition à la Cité des Sciences de la Villette. Mais, après les succès lyonnais et marseillais, Paris a cédé à l'engouement. L'ancien président du CNE explique que les promoteurs de l'exposition ont trouvé un biais dans le droit français. Ils ne transgressent pas la loi, dans la mesure où les corps exposés sont des corps chinois et non français.

c. *Qu'est-ce que ça montre ?*[972]

Les coordonnées du discours de G. Von Hagens se repèrent donc en plusieurs points : une visée scientifique d'amélioration du matériel d'enseignement médical ; une visée éducative pour le grand public ; cette dernière étant soutenue par une visée artistique et esthétique. Enfin, l' « œuvre » s'ancre dans l'Histoire en s'affiliant aux travaux anatomiques de la Renaissance. Toutefois, ces travaux tiennent compte également du contexte actuel de la mondialisation et de la commercialisation des échanges. C'est pourquoi l'exposition est aussi un agent de diffusion du produit, et donc un outil marketing. Il s'agit de vendre la technique aux universités médicales, mais aussi de solliciter la matière première : l'être humain. Le visiteur trouve systématiquement à la sortie de *Body Worlds* un « Programme de donation du corps » de l'Institut de Plastination, recueillant ainsi le consentement du donneur.

Mais qu'est que *ça* montre ? Comment est-ce que *ça* agit sur le sujet spectateur ? Pour avancer mon propos, j'ai choisis quatre plastinats parmi les innombrables spécimens qui composent l'exposition. Comme toute description, il s'agit ici d'orienter le regard, en répondant pour chaque description à deux questions : qu'est-ce que les plastinats regardent ? Et que font-ils ? Ainsi, « Le penseur ».

Alors que le *Penseur* de Rodin repose sa tête contre son poing, les muscles saillissant de façon à montrer l'intensité de sa concentration, « le penseur » de Von Hagens est comme

[971] Données citées dans le Singapore Government Portal, « People donate their bodies for science », Mai 2007.
[972] Reprise de Zicot-Annino, C., "Avoir la peau du réel," in Psychologie clinique, *Actualité de la clinique institutionnelle et du handicap*, Les Ulis: Editions EDK, Groupe EDP Sciences, 2013.

suspendu à sa *pensée*. Assis lui aussi sur un tronc d'arbre, sa jambe droite est repliée sur le genou gauche, une main y repose tandis que l'autre est en suspens. Ce penseur n'a donc pas fini son geste. Interrompu, il se tient droit, le visage tourné, les yeux ouverts, ses prunelles suivant le mouvement de sa tête vers la droite. Saisi dans l'acte de la pensée qu'il est censé représenter, il reste suspendu, le regard fixé. Mais ce qui n'est pas anodin, c'est que cet homme arrêté, figé, est écorché. Il s'agit d'un cadavre de penseur. Le crâne ouvert sur sa cervelle, son anatomie ne signe pas l'intensité de sa concentration, mais à l'image du sexe qui pend entre ses jambes, plutôt la déhiscence.

Au contraire, « the skin man » porte triomphalement sa peau à bout de bras. Hissée à la hauteur de son visage il la regarde, les lèvres gonflées, le menton dressé comme en signe de défi. Cet homme semble s'enorgueillir de poursuivre sa marche - le genou plié, le pied sur la pointe du départ, le bras gauche en mouvement -, alors qu'il est à vif. « Keep Walking » pourrait être sa devise.

Quant à la femme à ses côtés, ne trouvant nulle part son « nom », je l'ai baptisée "l'hôtesse". Elle est toute de face. Son corps est béant de la chute de ses seins au bas de son ventre, ses organes internes encore contenu entre les pans de ses tissus. La bouche entrouverte, l'œil fixe, elle aussi semble avoir été arrêtée alors que, de sa main tendue vers l'extérieur, elle invitait à passer après elle.

Si vous persistez à parcourir cette exposition, vous ferez peut-être face à un autre plastinat : « the flasher ». Un chapeau sur la tête, les mains à hauteur de ses épaules, il ouvre sa peau comme le pervers son imperméable. Ce corps semble avoir été ouvert pour montrer : *flasher*. Les versants de son visage son tirés vers l'extérieur ; seulement tenus par les oreilles, ils montrent son crâne. Découpés, les muscles de cet homme sont décollés de ses os, mais encore accrochés. A la fois explosés et juste soulevés, ses tissus ouvrent sur le reste de l'anatomie. Deux bandes de tissus humains, sur son ventre, retiennent ses organes internes, en se croisant au-dessous du nombril encore visible.

Le penseur, l'homme-peau, l'hôtesse et le « flasher » introduisent donc aux mises en scènes du Dr Von Hagens. L'anatomiste avoue avoir recours au spectacle pour susciter l'intérêt du plus grand nombre. Il est nécessaire pour rendre lisible le spécimen à son public.

Ces mises en scènes soulignent un premier fait : la chair morte ne dit rien. Sans la pantomime, on peut faire l'hypothèse que le corps reste muet et silencieux, à qui ne connaît pas ses traités d'anatomie. Pour présenter ses cadavres, Von Hagens a donc compris qu'il fallait avoir recours à la création de personnages : le basketteur, le joueur d'échec, le guitariste s'ajoutent à la liste des spécimens exposés. Von Hagens *sublime* donc ses cadavres, il les élève à la dignité de choses à voir et provocantes.

Une autre hypothèse s'ajoute : la mise en scène ne vient-elle pas contrer ce qui pourrait se manifester du spectateur, de voir des humains ainsi réduits à une structure de viande exhibée. Finalement l'exposition, en mettant en discours les cadavres, viendrait mettre au silence le spectateur, sa perception et son corps. Le spectacle venant exclure le sujet de la perception autant que son corps, il n'autorise que la machine, sa monstration et son explication. En définitive, on peut supposer que les écorchés n'adressent au spectateur que leur indifférence à être ainsi dépecés et exhibés. Nous sommes alors dans le champ du pur visible, de l'optique où ce que voit le spectateur, ne doit pas le regarder.

Chapitre 2: Ce que méconnaît l'homme normal

A partir du moment où Lacan se fonde sur le primat du réel et de la jouissance, il rompt avec l'autonomie du symbolique. Dès lors, l'être préalable à la mise en marche du système signifiant est un être de jouissance, c'est-à-dire un corps affecté de jouissance[973]. Le concept d'objet *a* vient répondre au manque de signifiant. C'est une tentative d'élémentisation de la jouissance. Nous formulons l'hypothèse que la « clinique ironique », en tant qu'elle aborde la psychose à partir de l'objet, éclaire le clinicien sur la société contemporaine. Les inventions du schizophrène, « hors de toute référence à un discours établi », viendraient éclairer « l'homme normal » sur les rapports du parlêtre à la pulsion. Dans la mesure où la causalité réelle du dernier enseignement de Lacan implique qu'il n'y ait pas de signifiant ou de désir qui ne soit pas connecté à la pulsion.

Par ailleurs, si le point de départ trouvé par Lacan dans la jouissance, apparaît comme le fondement de l'individualisme contemporain, dès lors, nous pouvons supposer que le « non rapport » entre la jouissance et l'Autre concerne l'ordre symbolique au 21ème siècle, et ce que l'on peut appeler « l'actualité du signifiant tout seul ». C'est-à-dire l'actualité du signifiant *Un*[974] en tant qu'il assure le nouage de la parole au corps en singularisant le corps propre (fonction de nomination).

La montée au zénith de l'objet *a* nous porte alors à interroger les effets de gélification de la libido sur la subjectivité moderne. Lorsque le sujet colle à sa jouissance, en rupture avec le système du semblant.

Pour avoir la peau du réel, Gunther Von Hagens a bien compris qu'il fallait user de la méconnaissance de l'être parlant quant à sa jouissance. Son art est de jouer de l'équivocité et de la division subjective, tout en soumettant le spectateur à l'empire de l'imaginaire. Si l'on analyse cette exposition, prise dans le discours qui organise le lien à l'Autre, nous verrons que nous pouvons formuler l'hypothèse d'une perversion sociale. Il s'agit de l'objet a en tant que regard. Mais pris dans la dimension de l'autoérotisme du corps, la monstration de l'objet nu, réel, ne fait-elle pas émerger la clinique de la nécrophilie ? Clinique du pire, nous dit J.-C. Maleval, dans laquelle « le signifiant défaille à éponger le réel » ?

5.2.1. La montée au zénith de l'objet a éclairée par la schizophrénie ?

Avec *Body Worlds*, nous sommes bien dans une dimension d'exploitation. Le corps anatomique vient en place d'idole, et s'inscrit dans l'ordre d'une « dictature du visible et de

[973] Miller J.-A., « Les six paradigmes de la jouissance », op.cit.
[974] Liart, M., « Le phénomène psychosomatique, le signifiant unaire et l'interprétation », Psychoanalytische Perspectieven, 2000, n°40.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

l'invisible dans l'acte du faire voir »[975]. *Body Worlds* s'inscrit comme le paradigme d'une société du scopique, où il ne s'agit plus d'image, mais d'un marché des spectacles qui obéit à une logique d'incorporation des singularités dans un organisme unique.

La mise en scène des plastinats semble être de structure perverse : dans un premier temps, ça montre pour faire jouir. Les cadavres anatomiques sont mis en série pour combler le désir de voir du spectateur. Nous sommes dès lors, dans le registre de la consommation du visible et de l'idolâtrie. Par la mise en scène et son discours, l'exposition fait croire au corps comme à l'instrument de la puissance, tout comme celui de la déchéance. Le spectateur est mis en présence d'un Corps tout puissant, pouvant l'élever, comme le tuer.

Le spectateur est ici esclave du désir de voir, en prise avec le leurre de voir tout. « Vouloir tout voir, croire qu'on peut tout voir et se réclamer à ce titre d'un savoir, c'est manquer l'objet du désir de la vision ». C'est un regard soumis au discours du maître. La science, s'appuyant sur l'histoire, ordonne à l'anatomiste la profanation du corps mort, dépecer pour produire toujours plus de visibilités.

Body Worlds s'inscrit dans l'ordre de l'idolâtrie, et dans une idéologie vitaliste, elle fait du corps le support narcissique de la maîtrise de soi. Mais l'Autre n'est plus ici le champ du signifiant, c'est le Corps, nouveau dieu à satisfaire. Elle laisse également de côté tout ce qui est interdit et tabou. D'abord l'homme mort, quitte les facultés de médecine, les morgues et autres lieux qui lui sont dédié, pour s'offrir sous le feu des projecteurs, au regard ébahi du public. Puis, le théâtre d'anatomie vient s'affronter au réel de la mort, dans un démenti du destin de la substance vivante. La mise en scène s'affrontant au silence du modèle, vient dénier le rôle du langage et le problème du réel de la jouissance, réduit aux fonctions.

Le discours de la rationalité est ici dissout dans le discours démagogique du bon sens, mais « le problème est que le bon sens repose sur des semblants qui, par définition, consistent à faire croire qu'il y a quelque chose là où il n'y a rien »[976]. Le procès d'éternisation du corps vient renforcer la croyance en la consistance du corps et l'évidence du corps individuel, qui sont de l'ordre de l'imaginaire. La vie est alors réduite au corps dans sa belle unité.

Néanmoins, depuis que Descartes a réduit la matière à l'étendue, la méconnaissance, qui est de disjoindre le corps de sa jouissance, ne cesse de produire ses effets. Nous savons qu'elle est « la condition même des opérations auxquelles nous soumettons le corps toujours davantage ». Ce qui semble nouveau est d'opérer le morcellement du corps post-mortem pour le grand public, sous l'injonction de la transparence généralisée. Le présage de Lacan, selon lequel on ira toujours davantage dans le sens cartésien, c'est-à-dire d'opérer sur le corps, de le décomposer comme une machine[977], prend des proportions inquiétantes. En opérant sur la

---

[975] Mondzain, M.J., « Le commerce des regards ». Paris, Seuil, 2003.

[976] Kornobis, J.P., « *Vieillir, Les paroles du corps, Le regard social* ». Médecine générale, psychanalyse et personnes âgées. Texte présenté à l'occasion de la semaine nationale des personnes âgées le mercredi 10 octobre 2007, lors des séminaires en Sciences de l'Homme et Sociétés organisés par le Centre Communal d'Action Sociale de La Rochelle.

[977] Lacan, J., " *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*", le Séminaire de Jacques Lacan Livre II, 1954-1955, Seuil, Paris, 2005, p.106 : « Cette perspective, qui décompose l'unité du vivant, a certainement quelque chose de troublant, de scandaleux, et toute une direction de pensée essaie d'aller là contre- je pense au gestaltisme et autres élaborations de bonne volonté, qui voudraient faire retour à la bienveillance de la nature et à l'harmonie préétablie. Bien entendu rien ne prouve que le corps soit une

mort, l'exposition des plastinats vient fermer, à l'être parlant, l'au-delà de la vie ouvert par le langage, matérialisé par la sépulture. En opérant sur le cadavre, l'exposition transgresse l'écart, qui demeurait infranchissable, entre l'image et la substance du modèle.

a. La volonté de montrer et le désir de voir.

« Les humains tiennent ensemble de parler,
c'est-à-dire marqués de cette castration de
jouissance qui affecte le savoir et fait malaise
dans la civilisation ».
J.A. Miller, 1996[978].

D. Arasse[979] nous a appris qu'on ne pouvait interroger une œuvre sans comprendre comment elle s'adresse à son spectateur. Le rôle de l'interprète est, par conséquent, de saisir *l'effet de présence* qu'elle exerce, de chercher à comprendre ce qu'elle engage à voir et comment, ainsi que les enjeux de cela. En effet, « *l'œuvre ne fonctionne que si elle réussit à entrer en relation avec le spectateur, qu'à condition qu'elle l'affecte ou qu'elle le touche, émotivement ou intellectuellement* ».

Nous pouvons à présent montrer comment l'exposition *Le Monde du corps* est orientée. Von Hagens semble avoir repéré un vide dans la connaissance. C'est-à-dire qu'il vient répondre à l'ignorance qu'il suppose au spectateur, profane en matière d'anatomie.

« La plastination éduque la nation car BIODUR préserve la structure » est une ritournelle de l'inventeur, qui souligne les dimensions éducative et technique. Il s'agit d'améliorer l'enseignement de l'anatomie en médecine, en améliorant les outils. Quant à BIODUR, nous avons vu qu'il s'agit de la part de l'entreprise de Von Hagens qui est insérée dans le marché économique de l'échange, voire de la concurrence. D'ailleurs, Von Hagens ne s'en cache pas. Les gains financiers font partie des bénéfices de son invention. Il a, de plus, déjà atteint le niveau industriel de la production des plastinats en Asie, et la commercialisation au niveau mondial, en Occident.

Avec l'exposition, Von Hagens s'adresse au grand public. On peut dire, d'abord, qu'il s'agit d'un outil de diffusion du produit, soit un outil marketing. Il s'agit de vendre la technique aux universités médicale, mais également de solliciter la matière première : le corps de l'humain.

Son discours a également une visée de démocratisation l'anatomie, il s'agit de la transmettre d'une façon qui soit émotionnellement agréable. D'où le parti pris de réunir divertissement et pédagogie. Cependant, Von Hagens répond également à une demande sociale de promotion du corps sain, fort et fonctionnel. Ainsi qu'à la promotion des progrès de

---

machine, et il y a même toutes les chances qu'il n'en soit rien. Mais là n'est pas le problème. L'important, c'est que ce soit ainsi qu'on ait abordé la question. [...] le on en question, c'est Descartes ».

[978] Miller, J.A., « Le secret du champs visuel, c'est la castration », Préface au livre de H. Castanet, « Le regard à la lettre », Editions Anthropos, 1996.

[979] Arasse, D., « Anachronique », Gallimard, coll. Art & artistes, Paris, 2006.

la science, notamment médicale. Mais, au-delà du discours moralo-réaliste, en démocratisant l'anatomie, et en montrant ces plastinats, Von Hagens tend à subvertir les traditions en matière de croyance et de normes sociales. En effet, il s'agit de changer la destinée post-mortem de l'homme.

Il souhaite renverser le monopole ecclésiastique en matière de résurrection et d'immortalité. Il offre au quidam l'opportunité d'une existence après la mort. Toutefois, derrière la subversion du sens de la mort, ce que Von Hagens promeut est le recyclage rentabilisé et esthétique du corps mort. Comme une station de traitement des déchets, Von Hagens retraite le corps de façon à l'objectiver, l'*anonymiser* pour en fait un objet technique d'enseignement, ou de divertissement. Et comme pour tout ce qui a trait au recyclage, il valorise son authenticité et le label « naturel ».

Déchet et mise en série

Alors qu'il faisait interprétation, avec la modernité, l'art serait passé à l'acte. Soit non plus à *donner à voir*, mais à changer le *faire voir*, notre façon même de voir. En tant que « technicien d'art » et inventeur, Von Hagens, vise également la nouveauté. Il rend visible, par conséquent il crée un nouveau regard.

G. Wajcman[980] parlait de l'ironie de Duchamp, je pense qu'on peut en dire de même de Von Hagens. Pour lui, la singularité des plastinats n'est entamée ni par l'anonymat ni par la mise en série. Au contraire, chaque plastinat est singulier du fait de sa découpe, de particularités du corps interne, et de l'objet courant qu'il met en scène pour illustrer son traité d'anatomie.

L'approche du corps mort en tant qu'objet déchet, laisse penser à un même mouvement que le ready-made. En effet, Duchamp crée des « formes qui pensent », il vide l'objet de sa substance, il l'exclut de la série. Von Hagens, lui, vide également le corps de sa substance, d'abord dans le réel, puis disons, dans la réalité des sentiments qu'il pourrait provoquer, en le rendant anonyme. C'est-à-dire qu'il supprime à la fois le sujet du corps, et le sujet du regard, qui ne doit rien y voir de subjectif. Il vide le corps de tout élément pouvant fait obstacle au déploiement du savoir anatomique. Il objective de façon radicale. Ainsi, à l'inverse de Duchamp, dont l'objet qui était quelconque, se distingue de ne plus servir à rien, Von Hagens élève l'objet qui ne servait plus à rien, le déchet, à l'usage.

L'opération du ready-made s'arrête là. Bien que Von Hagens parle d'un passage du générique au singulier, le corps tel qu'il le présente, évoque l'humain uniquement dans la dimension de l'universel. Autrement dit, du sujet décédé, représenté par un signifiant auprès d'un autre signifiant, il ne reste rien. La ressemblance avec le spectateur ne se saisie que du côté de l'organe. D'ailleurs, l'opération de la plastination, en plus d'attaquer l'image du corps, présente l'objet issu du processus, non plus comme un corps humain, mais comme un plastinat.

[980] Wajcman, G. « L'objet du siècle ». Coll. « Philia ». Éditions Verdier, 1998.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Avec le déchet, on peut dire que Von Hagens réalise effectivement une « fiction d'objet ». De même, on peut dire qu'il se réalise lui-même en auteur de l'objet. Mais, sous cette opération résiste cependant l'idée d'une production en masse. Les plastinats, bien que différents, sont répétés, et produits en série. Enfin, l'absence d'intention artistique, souligne la parenté entre le plastinat et l'objet industriel de masse.

La rencontre des corps et de la technique a déjà eu lieu auparavant. Le nazisme, nous dit G. Wajcman, a marié le vieil antisémitisme et l'industrie moderne. « *Les chambres à gaz sont l'usine dans le siècle où les corps humains ont été massivement conçus, traités et produits en objets. On a produits en série des corps morts. On a produit en série des corps disparus. Là, on a techniquement produit de l'absence en série. […] l'Enfer taylorisé, ce serait une approximation correcte des chambres à gaz. [….] Une horreur purement moderne* »[981].

Von Hagens est un technicien de l'art, de la science et de l'industrie. Il produit effectivement des objets où toute trace du sujet est effacée. La violence de la plastination tient à ce qu'elle offre à la consommation du regard des corps d'humains, comme on offre à la consommation les animaux au salon de l'Agriculture. A partir du corps de l'autre, il fabrique un objet pour faire jouir et faire voir.

Là, se pose à nouveau la question de l'œuvre. Si elle est un objet plus la marque d'un sujet, les plastinats sont des objets, mais surtout sans aucune trace subjective. Ni dans l'objet, ni de la part du spectateur, qui doit être tout entier à la contemplation du savoir exposé, au risque de ne rien comprendre, selon l'auteur.

Acte ou consommation ?

Le plastinat se révèle être un objet à la fois paradoxal et consommable. Il relève d'un acte. A l'inverse de l'acte qui, pour G. Wajcman, fonde l'objet de l'art, il n'est pas allégé de l'utile. Au contraire, c'est un objet qui est arraché à sa dimension de déchet, mais aussi à sa dimension de signifiant pour l'autre, pour être élevé à la vue et transféré dans la sphère de l'utile. En conséquence, il n'est ni pure présence visible, ni jouissance pure.

Au contraire, il relève du visible, de l'évidence, du bon sens et de la présence dans la réalité. On peut dire que le plastinat est de l'ordre de la figuration et du leurre. Dans le registre de l'exactitude, il satisfait au désir de tout voir et annule toute possibilité de voir au-delà. La fascination et la sidération du spectateur se repère dans l'absence du manque.

Le corps est présenté tel qu'une machine, et les possibilités d'interventions de l'homme sur celle-ci sont glorifiées. Dès lors, en effet, *Le Monde du Corps* réassure le moi dans sa toute-puissance. Il suture la quête désirante, et assure la complétude narcissique. Dès lors, ce qui pare au surgissement de l'angoisse est l'occultation du manque de peau, du manque de sujet. Il ne reconnaît plus la castration.

[981] Idem. p230.

Cette suture, nous pouvons la repérer dans l'acte même qui prélève le déchet pour en faire un nouvel objet de jouissance. Wajcman évoque, en effet, l'ambiguïté entre l'œuvre et le déchet. Un déchet peut toujours susciter le désir. L'ambiguïté du cadavre, c'est que déchet, il est pris dans un réseau de signifiants qui le corrèle à un désir potentiel. Là où le cadavre produit de *l'en-moins*, Von Hagens le récupère pour en faire un plus d'objet. On pourrait déceler une certaine ironie dans l'usage des accessoires. Ne souligne-t-il pas que le trou qu'il offre au regard, et que le spectateur ne veut pas voir, c'est le trou du sujet lui-même. L'ouverture pour son regard, et la béance de son être.

L'œuvre de Von Hagens est tout entier entre l'acte et la consommation. Il offre à la fois le confort de la contemplation, il donne à voir, et la rupture. En faisant voir le réel du corps il dérange. On se trouve devant le paradoxe d'une logique où tout se montre et doit être vue, et d'un acte où ce qui se présente est le rien, le déchet.

On peut alors repérer la présence du sujet dans le mouvement du démenti. C'est-à-dire que face au hors sens et au hors image, le spectateur a recours au discours rationnel pour remettre du sens.

b. Perversion sociale et éthique du sujet.

Dans la relation à ce qui est ici exposer, il semble y a voir une forclusion du réel de l'objet. C'est le savoir qui fait l'œuvre ; l'effet de vérité, quant à lui, est forclos. C'est-à-dire que la mise en scène est un dispositif où « de ce qui vous regarde sans vous regarder, vous ne connaissez pas l'angoisse ».

Regarder

Nous abordons ici ce que Lacan appelle la « hâte identificatoire »[982]. D'abord, avec Lacan, nous faisons retour à la question de l'*invidia* repérée dans l'Antiquité. La véritable envie est celle qui fait pâlir le sujet « *devant l'image d'une complétude qui se referme, et de ceci que le petit a, le a séparé à quoi il se suspend, peut être pour un autre la possession dont il se satisfait, la Beriefdigung* »[983]. Nous sommes dans le registre de l'œil désespéré par le regard, c'est-à-dire qui se satisfait imaginairement de la suture ou pseudo-identification offerte par le tableau.

La schize de l'œil et du regard peut être saisie dans un nouage entre le figurable, où s'étendent les formes de la représentation, et ce qui, toujours, s'en dégage, un irreprésentable. On distingue l'instant de voir et le temps du regard. Du premier, Lacan dit qu'il « *ne peut intervenir ici que comme suture, jonction de l'imaginaire et du symbolique, il est repris dans*

[982] Lacan, J., Séminaire Livre XI, « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », op.cit., Leçon du 11 mars 1964.
[983] Op. Cit. p. 106.

une dialectique, cette sorte de progrès temporel qui s'appelle la hâte, l'élan, le mouvement en avant, qui se conclut sur le fascinum ».

Le *fascinum* a une fonction anti-vie, anti-mouvement. C'est le point terminal du temps du regard. La puissance du regard a rapport avec l'effet fascinatoire, dans le bouclage du mouvement de la pulsion. La jouissance du regard a trait à la satisfaction de la pulsion. Le sujet en est, normalement, séparé du fait de la castration.

En effet, le regard, en tant que réel, échappe à la spécularité. Il fait trou dans les coordonnées du visible. Le regard est cet objet invisible, qui ne se repère que par ses bords, ce qui le délimite comme insaisissable. C'est pourquoi le regard ne se voit pas mais se suppose. Le regard se présentifie sous le mode d'un « ça me regarde ». Articulé à la castration, il est donc inséparable d'un manque, c'est-à-dire que le sujet demeure dans l'ignorance de ce qui le regarde.

C'est dans le champ du scopique que Lacan repère au mieux la passion humaine. « *C'est-à-dire ce en quoi l'homme est ouvert à cette division d'avec lui-même qui structure l'imaginaire, soit, [...], la relation spéculaire. Elle est approfondissante, en effet, en ceci, que dans cette béance du désir humain apparaissent toutes les nuances, s'étageant de la honte, au prestige, de la bouffonnerie à l'héroïsme, par quoi le désir humain est tout entier exposé au sens le plus profond du terme, au désir de l'autre* »[984].

Affinités du regard et de la perversion

Dans la relation perverse, le désir ne peut se satisfaire que d'une « captation inépuisable du désir de l'autre ». Le désir pervers « *ne se soutient que de l'anéantissement, ou bien au désir de l'autre, ou bien du désir du sujet. [...] Cette relation dissout l'être du sujet. [...] Le désir pervers se supporte de l'idéal de l'objet inanimé* ».

La réalisation de l'objet inanimé n'est pas cependant à assouvir, au risque de l'extinction du désir ou de la disparition de l'objet. La frustration est alors, elle aussi, essentielle. La relation perverse étant structurée entre deux abîmes : l'extinction du désir ou la disparition de l'objet.

Ce qui caractérise les objets pervers est qu'ils protègent de l'angoisse et servent à la jouissance. Autrement dit, le pervers présentifie le phallus, tandis qu'il reste refoulé pour le névrosé. La clé de la structure réside dans la restitution de l'objet petit a, au grand Autre. Alors que le champ de l'Autre est désert de jouissance, le pervers cherche à ce qu'il n'en soit plus ainsi.

Dans la perversion, la satisfaction de l'objet regard est obtenue par la confusion de l'autre, qui résulte de ce qu'on lui montre sa propre castration. La visée véritable du désir pervers c'est l'autre, en tant que forcé, au-delà de son implication dans la mise en scène.

[984] Lacan, J., Séminaire Livre I, « Les écrits techniques de Freud », Leçon XVIII, « L'ordre symbolique ». Editions du Seuil, Coll. du Champ Freudien, 1975.

En ce qui concerne la structure perverse du fantasme, il y a inversion : (a ◊ $)[985]. Le pervers se voue à être l'instrument de la jouissance de l'Autre. Ou, pour se protéger de la castration de l'Autre, S (A barré), il feint d'en être l'organisateur, castration imaginaire. Le pervers est donc en position d'objet qui cause la division.

Il ne vise pas le savoir de l'Autre, mais ce qu'il veut. L'objet a n'étant pas voilé pour lui, il considère que le savoir est de son côté. L'objet de la jouissance n'est donc pas caché, et il peut assumer son désir comme volonté de jouissance. « Le pervers s'imagine être l'Autre pour assurer sa jouissance ». Au contraire, pour le névrosé, les objets phalliques visés par son désir, lui masquent la localisation de l'objet *a* au champ de l'Autre. Il en résulte qu'il le pose comme possesseur du savoir sur le désir : sujet supposé savoir.

Si le trait pervers, basé sur le démenti de la castration, est dit « transstructural », c'est parce qu'il élève un sujet quelconque en position de cause du désir. C'est-à-dire que tout sujet étant divisé, le démenti de la castration est ce qu'il y a de plus commun. Lacan identifie le démenti à cette division du sujet. Elle est propre à la scission qui passe entre le conscient « je sais bien », et l'inconscient, « mais quand même », qui créé le fétiche. Il s'agit de donner une consistance imaginaire d'être. Le démenti est « l'action de prétendre qu'une chose est contraire à la vérité ». Il repose sur une vérité : celle de la castration de l'Autre.

L'affinité du regard et de la perversion est, elle, dans ce qui distingue « l'objet humain » de tous les autres objets perceptibles. C'est un objet qui, dans le champ de l'expérience subjective, est inassimilable, il est *un objet qui me regarde*. Par conséquent, dans la logique imaginaire de la perversion, le sujet cherche à soulever le voile que constitue le poinçon, dans la formule du fantasme du névrosé. Mais dans l'opération de la perversion, la révélation de l'objet du manque, et en même démentie par la présentification de cet objet.

Le regard est un objet perdu qui doit se détacher du sujet à la faveur de la castration symbolique. Lorsqu'il s'incarne, c'est toujours plus ou moins sous un aspect inquiétant, tel que le mauvais œil. Dans l'exhibitionnisme, le pervers tente d'isoler, en le faisant paraître, l'objet regard. Il s'agit du regard comme réel, *a*, point de capture de la jouissance élidée. Il provoque ainsi son spectateur, pour obtenir sa réduction à l'objet regard.

L'affinité de la perversion avec l'art est à repérer du côté de l'artifice. Il y a, dans l'un et l'autre, une relation entre le semblant et la jouissance. C'est-à-dire que la mise en scène du pervers, comme dispositif artistique, est une modalité de satisfaction. Le pervers incarne sur la scène un objet qui inclut la signification phallique.

Il est important de noter que les « manifestation perverses » ne peuvent se soutenir en dehors de la relation intersubjective[986]. C'est une condition nécessaire : « dans le mirage du jeu, chacun s'identifie à l'autre ». Toutefois, la perversion implique l'intersubjectivité uniquement dans sa dimension imaginaire. C'est pourquoi la perversion « *ne peut se soutenir*

[985] Dans la névrose, le fantasme constitue une défense contre l'angoisse de castration. Grâce au fantasme le sujet peut satisfaire sa jouissance en s'affrontant au désir de l'Autre, car il interpose entre celui-ci et le sujet des objets portants la brillance phallique.
[986] Op. Cit. Leçon XVII, « Relation d'objet et relation d'intersubjectivité ». p. 239.

que dans un statut précaire qui, à chaque instant, de l'intérieur est contestée par le sujet. Elle est toujours fragile, à la merci d'un renversement, d'une subversion »[987].

Comme le pervers pense détenir la vérité sur la jouissance, sur l'Autre, l'idéalisation perverse se donne le plus souvent comme révélation de la vérité de l'être. La perversion se fonde sur une sorte de prosélytisme, où il s'agit d'émanciper des sujets normalisés par la société, qui paient leur adaptation d'une mutilation de leur être. C'est pourquoi, nous dit J.-C. Maleval, « *le pervers est un croisé de l'Autre, il se fait aisément le propagateur d'un savoir sur la jouissance, de sorte qu'il est volontiers moraliste, prêcheur, éducateur, initiateur, voire écrivain à message* »[988]. Le pervers s'efforce d'instituer un Autre qui ne soit pas défaillant, il se voue à la complétude et à la consistance de l'Autre. Cette tâche de restituer à l'Autre castré ce qu'il aurait perdu, aboutit à l'élaboration d'un Autre dégagé de la castration, S(A).

Lorsque Von Hagens se débarrasse de Dieu, et rend la vérité accessible au sujet de la science, il assure, d'une certaine façon, la garantie d'un Autre complet. Il renverse l'opération cartésienne du clivage, entre d'un côté un « je ne veux rien savoir » et de l'autre le savoir. Au contraire, il élève la technique comme ce qui répond à toutes les difficultés du sujet, et rend l'ignorance impossible.

L'exposition *Le Monde du corps*, aurait alors trait à la mise en scène perverse, dans cette façon d'organiser une distribution de savoir sur le corps et la jouissance. Enfin, en contestant l'Idéal et sa fonction de guide pour le sujet, il fait appel à un Autre hors la loi. Il illustre une sorte de « forclusion sociale du phallus »[989], où la banalisation, la commercialisation tendent à neutraliser l'irréductible du sujet. Cela, intégré dans un discours social qui fixe comme idéal le droit de chacun à assumer ses choix de vie d'une manière supposée libre.

Néanmoins, la neutralisation est une opération qui creuse, au sein du donner à voir, la place vide d'un envers. Bien qu'elle efface le sujet de l'énonciation, elle ne règle rien quant à la question du sens qui occupe le sujet. Question qui fait retour d'une façon ou d'une autre chez le sujet moderne.

Monstration ou présentification ?

Les plastinats sont des objets qui ne disent rien. Si ce n'est l'accessoire, la chair morte, éclatée, vidée de sa substance reste silencieuse pour qui ignore ses traités d'anatomie. Von Hagens montre le geste possible, il fait surgir le réel du corps fait de bouts. Le corps éclaté, morcelé réalise la cession de l'objet, comme sa récupération.

Le sujet traverse ici sa propre image, il regarde là où c'est impossible de voir, et il est regardé par cette anatomie qui le montre, en l'ouvrant. Quelque chose de la Chose en tant que

[987] Op. Cit. Leçon XVIII. p. 245.
[988] Maleval, J.-C., « Les perversions », enseignement de Master 1. Université Rennes 2, Haute Bretagne.
[989] Chemama, R., « Clivage et modernité ». Edition Eres, coll. « Humus, subjectivité et lien social », dirigée par J.P. Lebrun. 2003. p. 90.

telle se montre. Il n'y a pas de recul possible. C'est *l'effet de monstrueuse monstration*, nous sommes dans une « logique d'incorporation où c'est la présence même de la chose qui est appelée à fonctionner sans aucun écart symbolique ».

Von Hagens opère, réellement, la déchirure du sens et de la ressemblance par la science. Il distingue radicalement le corps de la présence humaine. Pour lui l'homme est absent du corps mort. Il théorise, par ailleurs, l'âme comme le mouvement musculaire. C'est-à-dire que ces plastinats gestaltistes, en montrant la face intérieure, montrent l'être de l'homme.

On peut dire que ces travaux se placent dans un hors langage. Il fait l'impasse sur la jouissance et le pulsionnel. La morale et les croyances, sont accessoires. Le sens, apporté par l'homme sur l'homme, est en trop. L'individualisme, tel qu'il le revendique, semble le placer hors du lien social. De plus, la présence humaine semble n'avoir trait qu'à la mise en fonction du muscle. Aucune question éthique ne se pose alors pour lui. Comme si, le sujet qui vient faire limite aux débordements de la science, était définitivement exclu.

En effet, hors de tout ce qui constitue le lien social, la subjectivité est du superflu. Ce qui entre en fonction dans la logique de Von Hagens est l'individu individualiste, entièrement identifié à sa raison. L'intersubjectivité, est toute entière ordonnée par le discours de la science. Il n'y a plus d'équivoque.

Nous reprenons alors l'hypothèse d'un choix du sujet dans le commerce du visible. Là où certains sont fascinés par le leurre de l'image, d'autres sont confrontés à une énigme. La perception est donc tout entière dépendante du sujet qui regarde. Plusieurs hypothèses se forment alors quant à l'effet subjectif.

Soit il se laisse saisir par la transgression, qui ouvre le sujet à sa jouissance, dans une confrontation radicale avec le réel. Et le sujet se trouve bouché. Soit il voile, et se saisit de l'énigme du savoir. Il y a peut-être ici un nouage entre la volonté de voir et cette énigme. C'est-à-dire dans la façon dont le sujet accuse réception de la création.

Soit il est comblé et consent à la mise au silence de son corps, dans une négation de la jouissance et du pulsionnel. Ou bien, dans la mise au rang d'anomalies des sensations. C'est-à-dire qu'il se place sur l'axe imaginaire de la relation spéculaire à l'autre. Soit il maintient le manque du côté d'une question.

Mais, il semble qu'il y a bien quelque chose de l'angoisse qui est ici aperçu. Von Hagens montre quelque chose. Les mécanismes subjectifs dont nous parlons, seraient alors des tentatives du sujet pour n'en rien savoir.

Soit on se place du côté de l'adoration de ce corps qui résous l'humanité, en la vidant de toute opacité. Autrement dit, le morceau de corps vient littéralement couvrir ce qui aurait pu venir ouvrir la béance de l'être. Nous sommes alors dans le registre de l'interprétation. Le sujet perçoit quelque chose qui lui est donné à voir.

Soit le sujet a affaire à une présentification de l'objet, lorsque, nous dirions, l'accessoire ne suffit pas à s'affranchir du réel. Il repère qu'il y a ici quelque chose qui n'est pas objectivable. C'est-à-dire qu'il se laisse être dérangé par ce qu'il voit.

Par conséquent, il y a une prise du sujet sur le plan imaginaire. La mise en scène, a pour exigence la captation du sujet, elle dissout l'être du sujet, et fait du corps, tel qu'il est présenté le corps de tout à chacun, l'idéal d'un objet inanimé. La mise en scène de Von Hagens est un dispositif visuel qui offre, par des effets de divertissement et d'enseignement, une excuse ou un paravent, à la brutalité de ce qui est montré comme objet.

Finalement, Von Hagens ne vise pas à sortir de la relation spéculaire. Bien au contraire, il vise à recouvrir le réel. A rabattre sur le plan imaginaire, ce qui fait effet d'impossible, il fait exister le Un homogène. Nous voyons donc que le statut précaire de cette mise en scène tient à ce choix inconscient du sujet, qui fait surgir la subversion ou pas. Ce qui est visé, c'est le sujet dans son désir de voir. En quoi il résiste au regard consommateur en quête de messages rapidement assimilables et de sens clairs.

Principe de plat plaisir

Aujourd'hui ni le plaisir ni la beauté ne semblent être les maîtres mots dans l'art, de même que le déplaisir, la difficulté, la laideur ou l'ennui. L'enjeu de l'art alors serait de viser des images qui iraient « à rebours de l'effet hypnotique et nourricier des images ». Soit, pour G. Wajcman, un art qui résisterait au « totalitarisme du principe de plat-plaisir ».

D'un côté, l'art aurait la puissance de tirer nos regards vers ce que nous n'avons pas vraiment envie de voir. De l'autre, il commanderait de prendre la mesure de ce que regarder est un acte. L'œuvre de l'art serait alors un objet qui, plutôt que de combler, de satisfaire notre *libido vivendi*, viendrait au contraire nous entamer, nous diviser.

Or, ce que note Wajcman, c'est « un penchant incoercible à fermer les yeux », chez le spectateur-regardeur. Il n'y aurait pas de désir de regarder qui répondrait au désir de l'art, ni « un gentil marché visuel régulé par une loi d'équilibre de l'offre et de la demande ». Le faire-voir qui répond à l'œuvre aurait alors pour visée de réveiller le spectateur. De lui causer l'envie de voir. Par conséquent, il n'y aurait de désir de regarder, que parce qu'une œuvre l'anime.

Pour Wajcman, la Shoah dévisage le siècle. Elle pose la question de « comment représenter ce qui est irreprésentable ? ». Et aussi, celle d'une nécessité de représenter, justement, ce qui est irreprésentable. La puissance de l'art serait de montrer ce qu'on ne peut voir. Il y aurait une nécessité de montrer l'impossible à voir. L'éthique du spectateur serait « ce qu'on ne peut pas voir, il faut le regarder ». Celle de l'art, en tant qu'éthique du visible : « impossible de ne pas regarder ce qui nous regarde ».

L'art aurait dès lors perdu toute vertu consolatrice, du fait de l'impossibilité d'éliminer derrière toute image, « la résonance de l'attentat contre la forme humaine perpétré par les chambres à gaz ». Au temps d'une visibilité conquérante, l'art aurait pour fonction de faire tache, d'introduire l'opacité, l'ombre et le trouble dans l'illusion de transparence.

Par conséquent, faire voir le manque-à-voir, est le programme d'une visibilité qui se veut toute puissante. Qui nourrit la croyance qu'on peut tout voir, qu'on peut tout faire voir et que tout peut se voir.

Nous avons vu qu'avec le déchet du corps mort, Von Hagens réalise une fiction d'objet. Objet dont nous avons dit qu'il était paradoxal et consommable. C'est-à-dire que, d'une part il suture le désir du sujet, en bouchant la béance de l'être par de l'imaginaire consistant. D'autre part, il ressort de la hâte identificatoire, il suture le sujet à l'instant de voir et, donc, à la fascination et à la sidération. Il élide le temps historique, et efface le sujet de l'énonciation.

L'hypothèse est que Von Hagens produit un objet pervers, qui protège de l'angoisse et sert à la jouissance. Dans la relation au spectateur, il offre à l'Autre une consistance imaginaire : être son corps. Tout en opposant à la béance subjective une mise en scène qui assure le sujet du tout possible, d'un présent intemporel où tout peut être dit, parce que tout peut être vu.

Nous sommes au cœur de la relation entre le semblant et la jouissance. Il élève le semblant en vérité. Le trait pervers de Von Hagens se trouverait au lieu de sa volonté de transmission d'une vérité sur un corps, dont les possibles sont infinis. Il vise à émanciper l'homme de l'ignorance quant à son corps. Jusqu'à faire du corps un nouvel Autre, puissant, complet par l'intervention de l'homme sur lui. Si l'homme est par son corps, il en devient l'esclave.

En prônant l'individualisme, Von Hagens tente, par ailleurs, de faire du corps la seule référence. Il en fait un semblant, dans le même mouvement où il montre que tout le reste n'est que semblant. Il révèle au spectateur que Dieu n'existe pas, il renverse les idéaux. Mais il referme aussitôt l'espace de l'équivoque, en éternisant le corps comme voile sur la castration.

En appliquant de façon automatique la science, Von Hagens conduit vers une perception du monde qui relève d'une *perversion sociale*. D'abord au sens d'une absence de limite. Ensuite, parce qu'il vise une satisfaction totale de l'Autre. Il rejette radicalement la castration, et élève un Autre complet qui nivelle et banalise la question du désir. Dans une prescription du tout dire, tout voir et tout montrer, il forclos le phallus en tant qu'il est ce qui donne un éclat à l'objet.

Nous sommes à l'ère du plat plaisir, où la loi sociale n'intervient plus pour marquer les interdits. Les objets sont présentifiés, et les sujets ne s'interrogent plus sur l'Autre. La multiplication des objets qui assure leur jouissance et la banalisation des fantasmes bouche l'espace de l'incertitude. La perversion elle-même n'est plus subversive. Les excès choquant font partie du système, qui s'en nourrit pour se reproduire. L'exposition orchestrée par Von Hagens serait alors le paradigme d'un art post-moderne, où « l'excès transgressif perd sa valeur choquante et s'intègre tout à fait au marché de l'art officiel ».

c. Fantasme nécrophile

« Quand le beau se retire, quand l'objet
cesse d'être érotisé, il arrive que se dévoile une chose immonde,
indiquant que l'objet réel de la pulsion n'est pas celui de l'amour ».
Jean-Claude Maleval, 2008

Nous avons dit que le discours repose sur des semblants. Le discours, la mise en scène des cadavres, renverrait-elle alors à la jouissance du semblant ? Pour Lacan, la femme est celle qui sait l'écart qu'il y a entre le semblant et la jouissance, « la femme a une plus grande liberté à l'égard du semblant » car elle n'est pas toute entière de ce côté du discours. Cette liberté tient à ce qu'elle joue du rapport de l'image de soi, i(a), avec l'objet *a*, cause du désir. Ainsi la jouissance Autre jouerait de la disjonction entre le « i » du semblant et le « a » de la jouissance. Le discours qui ne reposerait que sur le semblant, quant à lui, reposerait sur la jouissance de la suture de l'image à l'objet : [i = a].

Une véritable jouissance du semblant ne pourrait s'initier qu'à partir, non de l'aimé comme mixte de « semblé » et de « joui », mais du « semblé » tout cru, radical, comme identique au « joui ». [990]

Cependant, l'objet en cause dans ce discours, opère un franchissement, qui le rend indépendant du discours qu'il véhicule. Le cadavre œuvre comme un point de captation, qui soumet le sujet à la jouissance d'un regard qui n'est plus limité, ouvert à tous les possibles. Tant que le sujet fait lien social avec l'exposition, on peut soutenir l'hypothèse d'une jouissance du semblant. Mais, dès lors qu'il refuse ce discours, le spectateur est en prise directe avec Thanatos. L'objet devient virulent et envahissant, il se montre comme insoumis à la loi du langage, soit déphallicisé : (a › ‹ -Φ). Il n'y a plus de barrière à la satisfaction de la pulsion et le plaisir de regarder se fait horreur.

Ce qui nous est soumis avec les travaux de Von Hagens c'est le fantasme du corps morcelé et l'absence d'enrobage du corps par l'image mis au principe de la schizophrénie. Par ailleurs, en prétendant qu'il est socialement acceptable d'écorcher et d'exposer le cadavre de son prochain pour la jouissance du regard, notre hypothèse est que G. Von Hagens s'apparente au Marquis de Sade. En effet, dans le Séminaire Livre VII, « L'éthique de la psychanalyse », à propos de Sade doctrinant la loi de la jouissance[991] comme pouvant fonder un système de société, Lacan annonce : « *Quand on avance dans la direction de ce vide central, en tant que c'est jusqu'à présent sous cette forme que se présente à nous l'accès à la jouissance, le corps du prochain se morcelle* »[992]. Or, c'est à partir de cette indication précise que J.-C. Maleval développe la clinique de la nécrophilie, dans « Fantasme nécrophile et structure psychotique ».

Le fantasme nécrophilique, en tant que paradigmatique de la structure du fantasme psychotique, nous ouvre en effet à cette désintrication radicale d'Eros et de Thanatos. La particularité du fantasme psychotique est qu'il peut se « réelliser » du fait de la carence de la

[990] Moulinier, D., « Semblant. D'après une lecture de J. Lacan, Le Séminaire, Livre XVIII, *D'un discours qui ne serait pas du semblant*, séance du 20 janvier 1971 ». Etudes lacaniennes.
[991] « Prêtez-moi la partie de votre corps qui peut me satisfaire un instant, et jouissez, si cela vous plaît, de celle du mien qui peut vous être agréable ».
[992] Lacan, Séminaire Livre VII, op.cit., p.237.

fonction phallique, « de sorte [écrit J.-C. Maleval] qu'il prend dans une formation imaginaire, non pas un semblant du réel, mais un objet pulsionnel »[993].

Pour convenir au fantasme et au désir, qui servent le principe de plaisir, l'image corporelle et le narcissisme doivent être constitués. Or, notre parcours nous a conduit à isoler, précisément, que dans la psychose et, en particulier, pour le schizophrène, le fantasme du corps morcelé comme lié à « *cet état d'avant la surgence de l'image i(a) – d'avant la distinction entre tous les petits a et cette image réelle par rapport à quoi ils vont être ce reste qu'on a ou qu'on a pas* »[994]. D'autre part, de se soutenir hors castration, nous avons vu que nulle impuissance ne coordonne le sujet psychotique à l'objet dont il jouit[995].

L'entreprise du *Monde du corps* est-elle une élaboration sinthomale, dans la mesure où elle opère sur le corps pour en réelliser le rêve de maîtrise : « le corps en tant qu'il obéit comme un cadavre » ? Porte-t-il au rang d'œuvre d'art la généralisation de la castration réelle ?

Nous avons relevé plusieurs indices de la difficulté de Von Hagens pour nouer corps et langage. D'une part, son rapport au signifiant indique que pour parer à l'équivocité du langage il a mis au point une technique par pictogramme : un mot est une chose. Par ailleurs, confronté à l'équivocité de son nom de famille, il l'a changé pour celui de sa première épouse. D'autre part, il indique lui-même que son projet de se consacrer à ce rêve de maîtrise du corps est lié à un événement de corps. « Je me suis retrouvé devant une fenêtre ouverte […] mais je ne pouvais me décider à me sauver ». Fasciné ou sidéré devant le trou de la fenêtre, Gunther Von Hagens se laisse emprisonner. Enfin, nous avons relevé la nécessité pour lui de se coiffer d'un chapeau, sorte d'insigne ou objet hors corps lui permettant de fixer l'image qu'il a de lui-même. Dès lors, l'entreprise du Monde du corps n'est-elle pas une œuvre visant à serrer la jouissance du corps et à parer au non-rapport sexuel ? Au-delà de la dimension perverse soulevée par la mise en scène et le jeu avec l'imagerie phallique, se pose en effet la question de la jouissance donnée par l'accès direct au corps et à son morcellement.

Or, J.-C. Maleval nous dit « *de tels phénomènes, qui mettent à nu la pulsion de mort désintriquée de la pulsion sexuelle, n'adviennent que lorsque la jouissance du sujet s'est arrachée aux contraintes instaurées par la chaîne signifiante. Seule la structure psychotique est compatible avec la mise en acte de ces conduites […]. Les autres sujets, névrotiques et pervers, ne copulent jamais qu'avec le phallus. Pour ceux-là, la relation sexuelle ne donne pas rapport direct au corps de l'autre, parce que, souligne Lacan, le « sujet est « aphligé » - […] – réellement d'un phallus qui lui barre la jouissance du corps de l'autre* » »[996]. Pourrions-nous dire alors que Von Hagens témoigne d'une psychose pour laquelle il est parvenu à construire une suppléance perverse ? La science et la scénographie permettant

[993] Maleval, J.-C., « Fantasme nécrophile et structure psychotique (I) », Mental n°21, Revue internationale de santé mentale et de psychanalyse, « La société de surveillance et ses criminels », Septembre 2008.
[994] Lacan, J., Séminaire Livre X, op.cit., p.140.
[995] Nous avons relevé, à partir de notre pratique clinique, les conséquences de cette quête direct de l'objet pulsionnel.
[996] Maleval, J.-C., « Fantasme nécrophile et structure psychotique (I) », op.cit.

d'inscrire sa jouissance dans les voies d'une sublimation signifiante ? L'appui sur le discours scientifique permettant, de son côté, la garantie d'un certain ordre du monde, autrement-dit un nouage des registre RSI ?

Quant au spectateur, l'effet de monstrueuse-monstration est-il à rapporter au trait nécrophile de l'exposition ? Le malaise est-il lié à cette jouissance du corps de l'autre que les scénarii imaginaires ne suffisent pas à voiler ? C'est dire que l'œuvre de Von Hagens en tant qu'elle tiendrait du fantasme nécrophilique, ferait sauter les limites de la jouissance phallique pour ouvrir à la jouissance Autre, à l'articulation de l'imaginaire et du réel, hors champ du symbolique. En effet, il nous semble que l'opération de Von Hagens sur le corps franchisse une limite imaginaire, et que l'exposition propose au spectateur de se satisfaire de ce franchissement. C'est-à-dire de jouir de cet objet dévitalisé, séparé de ce qui l'anime, disjoint du phallus.

Body worlds a-t-il des points communs avec « Killer fiction » ? « Killer fiction » est un texte publié par Gérard J. Schaefer, un serial killer américain. Il s'agit d'un ancien policier, qui, bien que condamné depuis 1973 à une peine de 216 ans de réclusion pour meurtre, se dit injustement accusé et ne reconnait pas les faits. Toutefois, il se pose en expert sur l'assassinat et sur la mort. J.-C. Maleval[997] s'est intéressé à ses textes, dans la mesure où, refusant d'assumer ses actes, il consent à évoquer ses meurtres par l'intermédiaire de la fiction :

« [Schaefer] proclame son innocence mais affirme en même temps que ses fictions sont fondées sur des faits réels. Il se présente volontiers comme un savant sur la mort. […] Il est vrai que Schaefer écrit de la fiction. Et c'est aussi un des grands intérêts de son texte. Il tente de significantiser des faits que d'autres, […], ne font guère plus que relater. *Killer fiction* n'est pas à lire en rapport avec une vérité factuelle mais pour la richesse d'élaborations fantasmatiques associées à l'exercice de la pulsion de mort chez un psychotique ».

De l'analyse de ce document, Maleval extrait plusieurs indications quant au fantasme nécrophile :

Les victimes sont interchangeables, elles ne valent que pas leur commune aptitude à incarner le déchet. Le fantasme nécrophile est centré par l'objet anal (décomposition des corps), entre attirance et répulsion. Le cadavre est « *un objet pleinement satisfaisant car il est possible de jouir de lui sans qu'il puisse y objecter. Toute trace de médiation phallique effacée la jouissance trouve un accès direct au corps de l'autre* ». « *La barrière que la beauté érige à l'appréhension de l'objet de jouissance n'opère plus […]. Une autre caractéristique importante de l'objet réside dans sa totale docilité, grâce à quoi il devient possible de se situer en Maître à son égard* ». Ce qui est recherché ce n'est pas la souffrance, mais la plus grande intimité atteignable avec l'objet, ainsi que la toute-puissance obtenue par le morcellement. Maleval ajoutant, par ailleurs, que la mise en acte de la pulsion de mort, « *la possession d'un objet de jouissance qui n'inclut pas la fonction phallique génère des thèmes mégalomaniaques* ». Plus loin il nous dit qu' : « *Il réalise ce que le paraphrène significantise. Il prend la place de l'exception paternelle : il se sent l'égal de l'Ancêtre de « Totem et*

[997] Maleval, J.-C., « Fantasme nécrophile et structure psychotique (II) », Mental n°23, Revue internationale de santé mentale et de psychanalyse, « Quelle aventure pour l'adolescence ? », 2009.

Tabou » dont la jouissance est sans limite ». Maleval discerne dans « Killer Fiction » une thématique paranoïaque. L'ouvrage étant censé délivrer « un message social et sérieux […] message rédempteur ». Enfin, à la question du fantasme pervers, il n'exclut pas qu'il soit convoqué dans les scénarii meurtriers de Schaefer :

« On sait qu'il se caractérise de faire porter toute la charge de la castration sur le partenaire tandis que le sujet incarne l'objet diviseur. La position des deux éléments hétéroclites connectés par le poinçon se trouve inversée. La victime est vouée à l'extrême du manque à être par un tourmenteur sans faille dont il n'y a rien à espérer comme recours. Tel un bourreau sadien, Schaefer se révèle inflexible, sans repentir, ni remords ; il n'hésite pas, sa cruauté est décidée. Il tient la position objectale d'un instrument de la jouissance de l'Autre. En poussant à l'extrême l'angoisse de sa partenaire, il met en évidence la division subjective de celle-ci »[998].

Toutefois, il ne s'agit là que d'un « pseudo-fantasme pervers », dans la mesure où rien n'instaure de coupure entre le sujet psychotique, non barré, mégalomane, et l'objet de jouissance réifié.

Dirons-nous que la différence entre *Body world*s et l'assassin lubrique tient au lien à l'Autre et au signifiant ?

Grâce à son insertion dans un discours légal et médicalisé, la mise en acte scénarisée du morcellement du corps, par G. Von Hagens et sa compagnie commerciale, parvient à maintenir le semblant pervers là où il s'est réalisé pour Schaffer. Autrement dit, on peut dire que Von Hagens a trouvé à répondre au réel par la construction d'un fantasme autorisant le lien à l'autre. La fiction, en ce qui concerne Schaefer, comme tentative d'enserrer dans le signifiant la jouissance pulsionnelle, au contraire intervient dans l'après-coup pour entretenir sa mégalomanie, alors qu'il est emprisonné.

Toutefois que ce soit pour le tueur nécrophile ou *Body Worlds*, l'objet de jouissance est désexualisé. Le cadavre étant un objet pulsionnel a-sexuel, nous dit Maleval. « *Quand défaille la fonction phallique, quand surgit une jouissance Autre, non sublimée, trouvant un accès direct au corps de l'Autre, la pulsion sexuelle se retire, l'objet cause dévoile ses affinités avec la nécrophilie ; alors ne subsiste qu'un épure de la pulsion, réduite au plus fondamental de celle-ci, c'est-à-dire la pulsion de mort* ».

Le discours est donc fondamentalement ce qui vient s'interposer entre le sujet et la jouissance folle de l'objet. Il est ce qui fait obstacle à la saisie de l'objet et permet de maintenir le sujet à l'intérieur des lois humaines. La mise en scène serait donc cette « *certaine forme de manque de sérieux qui est peut-être ce qu'il y a de plus solide pour définir la perversion* »[999].

[998] Idem.

[999] Lacan, J., Séminaire Livre XVIII, « D'un discours qui ne serait pas du semblant », Seuil, Champ freudien, p.74.

5.2.2. Modernité ironique

Aujourd'hui, la loi sociale n'intervient plus pour marquer les interdits. La multiplication des objets qui assurent la jouissance et la banalisation des fantasmes bouche l'espace de l'incertitude. La perversion elle-même n'est plus subversive. Les excès choquant font partie du système, qui s'en nourrit pour se reproduire. Nous avons dit que l'exposition orchestrée par Von Hagens serait alors le paradigme, d'une part, d'un art post-moderne où « *l'excès transgressif perd sa valeur choquante et s'intègre tout à fait au marché de l'art officiel* ». Et, d'autre part, d'un totalitarisme dit « pragmatique » qui n'a plus besoin d'idéologie pour se soutenir, « *un tel fonctionnement [permettant] de substituer à l'énergie libidinale, le seul déploiement des tendances pulsionnelles, la prescription à la jouissance pouvant se faire passer pour l'avènement d'un homme nouveau* »[1000]. Cependant, si le *Monde du corps* présentifie une civilisation où prime l'injonction de jouissance et la suture imaginaire du sujet à un moi fort, le réel a les moyens de faire retour.

a. La ruine du lien social

C'est à la question II de « Radiophonie » que Lacan reprend les avancées et les fondamentaux de la psychanalyse, pour articuler la structure de ce savoir qui cerne le réel comme impossible. Nous y trouvons la question du corps décerné par le langage, d'où surgit l'affect. Le corps en tant qu'il s'insère dans une suite de signifiant à partir de la négativation du phallus, et enfin l'ordonnancement de la jouissance du corps parlant en sous-éléments, dont le paradigme est, paradoxalement, la sépulture.

Lacan y situe le discours de l'analyste par rapport au discours universitaire, au discours de la science et du maître. Si ce dernier façonne la réalité sans supposer le sujet, c'est parce que « seul le discours qui se définit de l'analyste, manifeste le sujet comme autre, soit lui remet la clef de sa division ». Qu'est-ce qui fait le *hic et nunc* du psychanalyste lacanien ?

> « Si le signifiant représente un sujet, selon Lacan (pas un signifié), et pour un autre signifiant (ce qui veut dire : pas pour un autre sujet), alors comment peut-il, ce signifiant, tomber au signe qui de mémoire de logicien, représente quelque chose pour quelqu'un ? […]
>
> Psychanalyste, c'est du signe que je suis averti. S'il me signale le quelque chose que j'ai à traiter, je sais d'avoir à la logique du signifiant trouvé à rompre le leurre du signe, que ce quelque chose est la division du sujet […].
>
> Cette division répercute les avatars de l'assaut qui, telle quelle, l'a affrontée au savoir du sexuel, - traumatiquement de ce que cet assaut soit à l'avance condamné à l'échec pour la raison que j'ai dite, que le signifiant n'est pas propre à donner corps à une formule qui soit du rapport sexuel.
>
> D'où mon énonciation : il n'y a pas de rapport sexuel, sous-entendu : formulable dans la structure.

[1000] Lebrun J-P., « Un monde sans limite », Éditions Eres, 2009, p.18.

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Ce quelque chose où le psychanalyste, interprétant, fait intrusion de signifiant, certes je m'exténue depuis vingt ans à ce qu'il ne prenne pas pour une chose, puisque c'est faille, et de structure. […]

C'est le *hic* qui ne se fait *nunc* qu'à être psychanalyste, mais aussi lacanien. Bientôt tout le monde le sera, mon audience en fait prodrome, donc les psychanalystes aussi. Y suffirait la montée au zénith social de l'objet dit par moi petit *a*, par l'effet d'angoisse que provoque l'évidement dont le produit notre discours, de manquer à sa production.

Que ce soit d'une telle chute que le signifiant tombe au signe, l'évidence est faite chez nous de ce que, quand on n'y sait plus à quel saint se vouer (autrement dit : qu'il n'y a plus de signifiant à frire, c'est ce que le saint fournit), on y achète n'importe quoi, une bagnole notamment, à quoi faire signe d'intelligence, si l'on peut dire, de son ennui, soit de l'affect du désir d'Autre-chose (avec un grand A) »[1001].

La montée au zénith de l'objet *petit a* est donc un effet du discours capitaliste, discours du maître contemporain. Dont l'effet particulier est de produire l'objet a en creusant le manque de la plus-value. Or, cette plus-value forclose, « *c'est la cause du désir dont une économie fait son principe : celui de la production extensive, donc insatiable, du manque-à-jouir. Il s'accumule d'une part pour accroître les moyens de cette production au titre du capital. Il étend la consommation d'autre part sans quoi cette production serait vaine, justement de son ineptie à procurer une jouissance dont elle puisse se ralentir* »[1002].

L'implacable du discours capitaliste est donc la production insatiable du manque à jouir, où Freud avait déjà situé le malaise sous la forme de quelque chose qui travaille, jusqu'à plus soif. D'ailleurs, c'est ce qu'indique le zénith. La trajectoire de l'objet *petit a*, aujourd'hui à son degré le plus élevé, ne date pas d'hier.

« *Quoi donc attendre du chant de ce malaise ? Rien, sinon de témoigner de l'inconscient qu'il parle, - d'autant plus volontiers qu'avec le non-sens il est dans son élément* ». L'inconscient est impliqué, selon Lacan, dans la mesure où il provoque la bascule d'un discours à un autre, par décalage de la place où l'effet de signifiant se produit. « C'est à partir de là qu'est à juger ce que l'inconscient peut subvertir ». Or, l'effet de langage que Lacan nous indique est « l'effet d'angoisse ». Pourtant, la structure seule ne dit rien de l'angoisse ; l'angoisse est coordonnée au symptôme, mais pas au titre du signifiant d'un signifié refoulé.

Dans l'après Seconde Guerre Mondiale, Sartre fait de l'angoisse l'affect propre de l'existence : « *C'est « dans l'angoisse que l'homme prend conscience de sa liberté ou, si l'on préfère, l'angoisse est le mode d'être de la liberté comme conscience d'être ». Angoisse, délaissement, responsabilité de l'être humain dans un monde sans Dieu, telles sont les coordonnées de l'existence du sujet moderne selon l'auteur de L'Etre et le Néant* »[1003], écrit Clotilde Leguil dans « Sartre avec Lacan ». A l'angoisse existentialiste, Lacan oppose le statut décentré du sujet. Dans son Séminaire de 1962-1963[1004], c'est, en effet, l'angoisse dans la

[1001] Lacan, J., « Radiophonie », in Autres Ecrits, pp. 413-414.
[1002] Idem, p.435.
[1003] Leguil, C., « Sartre avec Lacan, Corrélation antinomique, liaison dangereuse », Navarin, Le champ lacanien, 2012, p.150.
[1004] Lacan, J., "L'angoisse", *Le séminaire de Jacques Lacan, Livre X, op.cit*.

situation analytique que Lacan évoque. Celle dont nous avons vu qu'elle ne peut se dire que dans le passage à l'acte, ou l'acting out. Celle, également, liée à la position du clinicien lorsqu'il est appelé à entendre et à interpréter les paroles de ses patients. C'est-à-dire qu'elle a un mode de présence propre, qui n'est pas signifiant. L'angoisse est entre le sujet et l'autre, à la fois du côté de celui qui parle et du côté de celui qui écoute, insaisissable et envahissante. La rencontre avec le réel dans la clinique, c'est la rencontre avec l'angoisse, qui échappe à l'ordre symbolique.

Sans défense, le schizophrène est celui qui montre la pulsion de destruction à laquelle le sujet est conduit lorsqu'il cède à l'angoisse. Pulsion de mort, dont le surgissement définit, depuis Freud, le malaise dans la civilisation. D'où l'assertion de Lacan selon laquelle le schizophrène présentifie la ruine du lien social : « *Quand vous aurez la pratique du schizophrène, vous saurez l'ironie qui l'arme, portant à la racine de toute relation sociale* »[1005].

D'une part, nous avons vu que le schizophrène ne cesse d'éprouver la division liée au « je pense donc se jouit ». Nous avons, en effet, situé son expérience au lieu où se généralise la division ; le sens et l'existence se délocalisent, se désarriment ce qui laisse le corps du côté du hors sens.

Ce que les discours et autres fabrications de « visions du monde » visent, nous dit Lacan, c'est à suturer cette béance du sujet, qui est pourtant l'enjeu du discours de l'analyste[1006]. En effet, c'est précisément à cette autre scène, refoulée dans la névrose, forclose dans la psychose, que la psychanalyse donne la parole. Lacan parle même du « passage à l'acte psychanalytique », de ne pas élider la place de l'énonciation. Il s'agit de parer au danger du ravalement du sujet au moi, et à « l'attrait de varier les formes du camp de concentration » que Lacan déduit de l'idéologie psychologisante du moi autonome. C'est aussi ce que nous pouvons déduire de la rencontre avec Candy.

Elle a tenté de parer à l'angoisse du désir de l'Autre en la masquant à travers la demande incessante de protocoles. Nous avons repéré notre première réponse comme la conséquence du déni de l'angoisse, lorsque l'institution identifie le sujet à sa demande, et ne l'entend pas au bon niveau. Dès lors, c'est au retour de l'angoisse et à la dimension de la haine pour l'autre que nous avons été confrontés.

Ironiquement, à la lecture des « Réponses à des étudiants de philosophie » nous découvrons que Lacan avait, par ailleurs, anticipé sur Body World. « « *Faire sortir quelqu'un de sa conscience » ? Je ne suis pas Alphonse Allais, qui vous répondrait : l'écorcher. Ce n'est pas à sa conscience que le sujet est condamné, c'est à son corps qui résiste de bien des façons à réaliser la division du sujet* ».

D'autre part, la situation du schizophrène par rapport au fantasme, indique qu'il est dans un rapport direct, nu, avec ce après quoi, nous dit Lacan, l'on court dans la psychanalyse : l'objet *petit a*.

[1005] Lacan, J., « Réponses à des étudiants en philosophie », in Autres Ecrits, op.cit., p.209.
[1006] Idem, p.204.

Précédemment, nous avons situé la schizophrénie dans le champ des maladies de la mentalité. C'est-à-dire que l'atteinte concerne le rapport du parlêtre à son propre corps : l'autoérotisme, l'amour du corps propre. Mais en tant que ce rapport est ce qui donne au parlêtre « consistance mentale ». Il y a une différence d'avec la pensée, dont Miller nous dit qu'elle, « elle introduit à l'adoration du corps de l'autre ». C'est pourquoi la schizophrénie se situe au niveau du rapport au corps propre et, nous pourrions dire, que la généralisation de la castration est ce qui rend si difficile le rapport au corps de l'autre, où la pensée[1007], la connaissance et l'acte sexuel sont impliqués.

Enfin, c'est dans la clinique que Lacan fait l'expérience de ce qui est au fondement de sa théorie du langage : le signifiant comme matière, motérialité. D'où sa conclusion sur l'ironie propre au schizophrène, comme fonction sociale de la maladie mentale.

Sujet de la jouissance, le schizophrène semble incontournable lorsqu'il s'agit de s'intéresser au réel et aux excès de la jouissance. Au-delà du ravage, sa position d'affranchissement, qui résulte de la forclusion, et l'angoisse que sa rencontre ne manque pas de provoquer, ouvrent de nouvelles pistes quant à la thèse de Lacan : « l'inconscient c'est la politique »[1008]. En effet, le côté sans frein de la jouissance conduit Lacan à s'interroger sur la liberté et la ségrégation. « A l'intérieur du collectif, le psychotique […] se présente comme le signe, signe en impasse, de ce qui légitime la référence à la liberté »[1009]. Autrement dit, la psychose est la vérité de la liberté, et cette vérité est un réel. « *Sous l'idéologie de la liberté, il y a un réel dont l'existence du psychotique incarne les impasses. A condition de la décaper des fantasmes dont on l'habille, la question de la liberté n'est donc pas à écarter* »[1010].

Finalement, la clinique de la schizophrénie, et en particulier le récit que nous avons fait de l'histoire de Thelma, Antonin, Frédéric, Lucie, Tsangor, etc., nous ancre dans ce qui fait le problème le plus brûlant de notre époque. En effet, nous avons relaté comment nous accueillons ces sujets non séparés de l'objet, qui condense sur eux la jouissance. Et bien qu'ils mettent en péril cette première institution humaine qui est le signifiant et la demande, bien qu'inscrits dans une institution se référant au discours du maître, l'orientation psychanalytique permet que le collectif soit supportable. Il s'agit de trouver comment donner une limite, un frein à leur liberté, sans prendre la pente de la science, et surtout de la ségrégation.

L'une des versions de la ségrégation dans l'institution, consiste selon nous en l'application de protocoles. Ceux-ci anonymise et le patient et le soignant. Ils font l'impasse du sujet dans sa singularité et de ce qui nous engage dans notre travail. Ce que l'on repère c'est qu'à claquer la porte au désir, il revient par la fenêtre sous la forme de l'angoisse. En particulier parce que le quotidien vient s'opposer à la croyance en un fonctionnement

---

[1007] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII, op.cit., p.64 : « Il est clair que l'ébauche même de ce qu'on appelle la pensée, que tout ce qui fait sens, comporte dès que ça montre le bout de son nez, une référence, une gravitation à l'acte sexuel, si peu évident que soit cet acte. Le mot d'acte implique la polarité actif-passif, ce qui est déjà s'engager dans un faux sens. C'est ce qu'on appelle la connaissance ».

[1008] Lacan, J., Séminaire Livre XIV « La logique du fantasme », leçon du 10 Mai 1967, inédit. On peut dire que « l'inconscient c'est la politique », en tant que l'inconscient se révèle comme discours de l'Autre, ce qui lie les hommes entre eux, ce qui les oppose.

[1009] Lacan, J., « Allocution sur les psychoses de l'enfant », in Autres Ecrits, op.cit. p.363

[1010] Hoornaert, G., « Psychose et liberté », Mental n°13, Revue internationale de psychanalyse, « Soigner par la psychanalyse », Décembre 2003.

automatisé du monde social, ou de la réalité psychique. On peut aussi parler d'un effet d'engourdissement, de dépression lorsque le désir s'épuise sous les agressions des protocoles.

Un protocole, en effet, n'implique pas de savoir ce qu'*on fout là*[1011]. Ça ne concerne pas le savoir clinique, inutile de connaître l'histoire du patient. Paradoxalement, on peut dire que la pente de la science fait l'impasse du savoir. C'est en cela qu'elle est également une atteinte au désir, dans la mesure où c'est notre acte qui nous échappe. Or, précisément, le savoir dans la clinique concerne le savoir dont on se sert pour poser notre acte. Un acte subjectif et dont nous sommes responsables. Finalement, ce que proposent les protocoles c'est une clinique dénuée de pensée.

Le protocole a, par ailleurs, une apparence de rassurance : il ne nous engage pas subjectivement. Il a une apparence scientifique. Mais surtout il produit de l'exclusion. Si l'on sait ce qui est bon pour l'autre, que devient celui qui refuse de se soumettre au protocole ? Qui refuse ce qui est a priori « bon pour lui » ? Cela ne nous mène-t-il pas à la conclusion que le patient est de mauvaise volonté et donc à produire son éjection ? La position de liberté est angoissante pour le maître, qui peut aller jusqu'à redoubler l'exclusion du malade mental.

Pour accueillir le symptôme, pour accueillir ce qui échappe au sens commun, l'orientation psychanalytique, donne donc un cadre. Dans la théorie psychanalytique l'acte[1012] se situe aux limites du savoir. D'abord sous la forme de *ne pas tout savoir déjà*, qui ouvre l'espace d'une intervention possible sous le mode de l'invention. Freud invitait ainsi le psychanalyste « à prendre chaque cas comme nouveau ». C'est-à-dire qu'il posait le non-savoir, ne pas préjuger, comme méthode. Ensuite, ne pas avoir de standards, ce n'est pas être sans principes, explicite Lacan. C'est-à-dire que l'acte se décide en fonction de la position du sujet, du moment. Ne pas savoir d'avance, c'est donc une modalité de l'accueil du sujet qui permet une respiration par rapport à ce qu'il y a d'écrasant dans le pour tous. La psychanalyse, comme discours et lien social essaye de donner l'exemple d'un lien possible entre des sujets différents.

Ce qui nous intéresse, c'est qu'à la ruine du lien social que présentifie le schizophrène, la psychanalyse oppose autre chose que la ségrégation et l'exclusion propre aux discours universalisants. Pour supporter l'atteinte du lien à l'autre, le réel en tant qu'impossible à supporter, Lacan à isoler un affect : la joie[1013].

b. Schizophrénie et civilisation

« Si le fou n'a a priori aucune raison de se brancher sur l'autre puisqu'il y manque le manque, par contre, dès lors qu'il s'arrache de ce fond autistique, il le fait par « un discours pulvérulent » qui troue le discours du maître, un discours qui sera « le cheval de Troie par où rentre, dans la cité du discours, ce maître qu'est le psychotique ». Cette rentrée ironique, « portant à la racine de toute relation sociale », interroge les fondements même de nos institutions comme de notre « servitude volontaire », nous obligeant à faire un pas de côté par rapport à l'Œdipe – du moins si nous

[1011] Jean Oury.
[1012] Lacan, J., « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », Ecrits, Seuil, 1966.
[1013] Lacan, J., « Allocution sur les psychoses de l'enfant », in Autres Ecrits, op.cit. p.369.

choisissons de ne pas contourner le réel en jeu. Aucun travail ne sera analytique si ce réel-là, est refusé comme cause. Un tel refus, s'il protège de l'angoisse, se paye, selon Lacan, par « un retour de destinée qui est malédiction », soit par un « retour dans le réel de la science » sous les espèces de la ségrégation »[1014].

Le malaise dans la civilisation peut s'écrire en mathème[1015] : a > I, *petit a* domine I. C'est une écriture de la montée au zénith social de l'objet *petit a*. Commentant la phrase de Lacan, lors du IV[ème] Congrès de l'Association Mondiale de Psychanalyse, Miller dit : « *Ce que cette phrase de Lacan signalait, c'est qu'un astre nouveau s'est levé dans le ciel social, […]. Et ce nouvel astre sociel, si je puis dire, c'est ce que Lacan avait noté de l'objet petit a, résultat toujours d'un forçage, d'un passage au-delà des limites, que Freud a découvert, à sa façon, précisément dans un au-delà. Elément intensif qui périme toute notion de mesure, qui va vers le sans mesure, suivant un cycle qui n'est pas le cycle des saisons, mais un cycle de renouvellement accéléré, d'innovation frénétique* » [1016].

L'objet *petit a*, qui est un morceau de corps avant d'être produit comme plus-de-jouir, domine l'ordre symbolique, renverse l'Autre dans sa fonction de garantie et dissout la morale civilisée. En conséquence, les sujets contemporains, postmodernes, voire hypermodernes, nous dit Miller, sont déboussolés. Toutefois, « être sans boussole, […], est-ce être sans discours ? Est-ce être chaotique, schizophrène […] ? »[1017]

Éric Laurent nous dit que la forme actuelle de la civilisation est parfaitement compatible avec le chaos[1018]. « *La crise des années soixante-huit a révélé que tous les signifiants maîtres, tous ces signifiants un, ont été successivement mis à mal. Dans son dernier enseignement, Lacan a donné au monde issu de cette crise la forme logique du pas-tout* ». Or, « le pas-tout, ce n'est pas un tout qui comporte un manque, mais au contraire une série en développement sans limite et sans totalisation »[1019]. C'est-à-dire qu'il n'y a plus le signifiant maître qui permet au sujet de s'identifier et de supporter l'angoisse. Il n'y a plus le « filet du semblant ».

En mettant le *petit a* en position dominante, c'est le retour de la jouissance et de l'angoisse qui donnent sa forme à l'époque actuelle. L'angoisse, en effet, « *pousse à « refaire du tout » dans une situation où le sujet ne croit plus au signifiant un. L'effort pour rendre l'Autre-tout repose sur l'insupportable d'une absence de garantie de la jouissance. Nous assistons donc à un double mouvement, [écrit E. Laurent]. D'un côté, les appels « populistes » pour refaire du tout. De l'autre, les tentatives de rejoindre la jouissance par un accès en court-circuit* »[1020]. Dans cet état de la civilisation, la pulsion de mort est toujours davantage ce que préfère le sujet, et le narcissisme ne fait pas barrière.

[1014] Hoornaert, G., « Psychose et liberté », op.cit.
[1015] Laurent, E., « La société du symptôme », Quarto n°85 « Evaluation, Symptôme, Angoisse », 2005.
[1016] Miler, J.-A., « Une fantaisie », Mental n°15, « La psychanalyse appliquée à tous les âges », Février 2005.
[1017] Idem.
[1018] Laurent, E., « La société du symptôme », op.cit.
[1019] Miller, J.-A., « Intuitions milanaises », cité par Laurent, E., « L'envers de la biopolitique », op.cit., p.220.
[1020] Laurent, E., « La société du symptôme », op.cit.

Néanmoins, l'hypothèse de Jacques-Alain Miller, n'est pas celle d'une époque schizophrénique, hors-discours. Au contraire, il pose que le discours hypermoderne a la structure du discours de l'analyste, dans la mesure où il inscrit l'objet *petit a* comme dominant.

« Cet objet – c'est notre hypothèse – s'impose au sujet déboussolé, l'invite à franchir les inhibitions. […]

$$a \rightarrow \$$$

[…] Posons que le sujet déboussolé est invité à produire de l'évaluation. Et, là, j'écris : S1

$$a \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Ce que j'écris par S1, c'est le Un comptable de l'évaluation, de l'évaluation à produire. Ça me paraît d'autant mieux qu'à cette place, il se substitute au S1 du signifiant maître qui, lui, est voué à tomber. […] Je crois que vous voyez où je veux en venir dans ma fantaisie : je veux en venir, aussi, à écrire S2 à la quatrième place. S2, le savoir à la place de la vérité/mensonge, ne me paraît pas mal placé aujourd'hui dans la civilisation. La notion que le savoir n'est que semblant a fait des nombreux adeptes et fait pression sur nous. […]

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Voilà ce que je propose comme fantaisie, comme structure du discours hypermoderne de la civilisation ! […] Et ça me conduit à penser que le discours de la civilisation hypermoderne a la structure du discours de l'analyste ! »[1021]

Alors que Lacan avait donné deux formalisation distinctes du discours de l'inconscient, donc du maître, et du discours de l'analyste, notamment, en tant que le premier était le discours de la civilisation, et le second son envers. Miller propose que l'époque actuelle soit celle de la convergence du discours de la civilisation et du discours de l'analyste.

Le discours de l'inconscient est soumis au signifiant maître qui ordonne les propos du sujet, réductible à un savoir, S2. C'est l'inconscient freudien en tant qu'il localise le sujet à la place de la vérité. Le discours de l'analyste pouvait analyser le discours de l'inconscient, dans la mesure où ce n'est pas le savoir, mais le sujet qu'il met au travail, en se servant du réel, *a*. « Le savoir quant à lui, en se retrouvant à la place de la vérité en tant que celle-ci n'est pas toute, s'avère décomplété »[1022]. Même modifié par le capital, le discours du maître maintenait à son horizon l'homéostase, l'effort pour faire exister le rapport sexuel. Produisant le malaise du sujet, qui a donné naissance à la psychanalyse. Alors, quelles conséquences pour la position de l'analyste et l'interprétation des phénomènes de société, lorsque l'un n'est plus l'envers de l'autre ?

[1021] Miller, J.-A., « Une fantaisie », Mental n°15, op.cit.
[1022] Mahjoub, L., « Crise dans le transfert, crise dans la jeunesse », Mental n°35, « Identités en crise », Juin 2016.

D'une part, Miller remarque que là où les quatre termes s'ordonnent en discours dans la psychanalyse pure, dans le discours de la civilisation hypermoderne, ils sont disjoints : « *Que d'un côté, le plus-de-jouir commande ; de l'autre, le sujet travaille ; d'un autre encore, les identifications tombent remplacées par l'évaluation homogène des capacités ; et ceci pendant que les savoirs s'activent à mentir et à progresser aussi bien* ». Autrement dit, on pourrait écrire :

$$\frac{a}{S2} \;//\; \frac{\$}{S1}$$

D'autre part, alors que le discours du maître inscrit sur la première ligne un rapport de commande et d'exécution, un « ça marche », qui voulait voiler le non rapport sexuel. Le discours de l'analyste, lui, inscrit le ratage. Si on écrit une disjonction entre le *a* et $, c'est au contraire la dictature du plus-de-jouir. Cela implique pour la pratique lacanienne de la psychanalyse, nous dit Miller, qu'elle joue sa partie « *par rapport aux nouveaux réels dont témoigne le discours de la civilisation hypermoderne. Elle joue sa partie dans la dimension d'un réel qui rate, de telle sorte que le rapport des deux sexes entre eux va devenir de plus en plus impossible, de telle sorte, si je puis dire, l'un-tout-seul sera le standard post-humain* »[1023].

Dans ce contexte, ce n'est plus le rapport à l'idéal qui est l'objet du traitement de l'analyste, mais le nouvel empire de la jouissance. « Lorsque le sujet est allégé des devoirs de la croyance, comment jouir sans que cela ne soit la seule obligation qui tienne ? » demande Éric Laurent. « *Il ne s'agit pas de s'enfermer dans une fausse alternative entre dire oui au pousse au jouir qui toujours en redemande, et dire non en plaidant pour les limites du juste milieu. Ce oui et ce non, ainsi posés, [écrit E. Laurent], se dérobent à la particularité de l'inconscient pour chaque sujet. Dans des termes aussi généraux, oui et non aboutissent aussi bien au triomphe du surmoi. Obéir au « jouis ! » c'est obéir à son ordre. Rétablir le censeur c'est annoncer des ravages à venir dans les détours nouveaux que prendra la pulsion* »[1024].

c. *La norme de la psychose ?*

L'espace qu'ouvre « l'Autre qui n'existe pas » est un espace sans limites, sans places et sans pilote. La vision du monde actuelle s'appuie sur l'accès à la jouissance « pour tous », selon deux modalités : l'hédonisme de masse et le fétichisme de la marchandise généralisée. D'un autre côté, le moment actuel de la civilisation est marqué par le déchaînement du réel qui renvoie les semblants à leur vacuité. Parler de société *en crise* implique l'angoisse et une tension, un moment d'attente qui peut être insupportable. La mise aux commandes de l'objet *petit a*, c'est la pulsion de mort mise à nue, qui peut aussi faire passer mon prochain au rang

[1023] Miller, J.-A., « Une fantaisie », Mental n°15, op.cit.
[1024] Laurent, E., « La société du symptôme », op.cit.

d'objet *a*, écrit L. Mahjoub[1025]. Avec comme exemples *Body World* et, de façon meurtrière, le terrorisme, comme volontés de produire le corps morcelé, se pose la question d'une régression topique au stade du miroir[1026].

Sous le régime du plus-de-jouir généralisé, l'exil du rapport sexuel est éprouvé d'autant plus vivement. En effet, la castration était l'instrument d'adaptation de l'être parlant à cet exil. Dans un monde qui s'organise sur sa forclusion, l'homme se trouve désemparé[1027]. La globalisation et ses exigences, d'une part, tuent le désir et sa possibilité en faisant un usage illimité des calculs prédictifs. D'autre part, le déclin de l'idéal s'accompagne de la transformation de la transgression en droits nouveaux. La démocratisation des pratiques perverses, quant à elle, pousse à la jouissance. Ce qui triomphe c'est la norme, mais sous les espèces de la fragmentation.

Roland Gori dans un bref rappel sur la norme[1028] écrit :

« « Norme » désigne ce qui a une grande fréquence, est conforme à la moyenne, a une valeur quantitative déduite d'une description scientifique de la réalité, repérant des régularités fonctionnelles données par des corrélations de phénomènes. C'est le côté objectif, souvent quantitatif de la norme, sa valeur d'exactitude. Mais le terme de norme désigne aussi le résultat d'une appréciation qualitative, esthétique, morale ou psychologique. C'est le côté subjectif de la norme, moral social et psychologique ».

L'impératif à l'horizon du normatif se déduit de l'étymologie même du mot « norme », nous dit R. Gori. *Norma* signifie équerre, « est normal, ce qui tombe droit, perpendiculaire comme un fil à plomb, en ne penchant ni à gauche ni à droite ». D'autre part, chacun des deux sens, objectif et subjectif, est ce qui conduisait Canguilhem à désigner ce concept de polémique. L'affaiblissement de la fonction de la loi au profit des normes constitue une menace sur la citoyenneté comme sur la subjectivité : les rapports sociaux sont de plus en plus formels et judiciarisés ; les standards remplacent l'autorité politique ; et conduit à « lâcher la démocratie pour l'ombre de l'opinion […] où sombrent les valeurs d'engagements et de responsabilité »[1029].

Norme sociale, normalisation, standardisation, sont les noms de l'adaptation de l'existence aux exigences de la société. En effet, pour s'opposer au réel, les discours de la science et du capitalisme tentent de produire « l'homme moyen »[1030], « l'homme sans qualité ».

[1025] Mahjoub, L., « Crise dans le transfert, crise dans la jeunesse », op. cit.
[1026] Bosquin-Caroz, P., « Après-coup », Mental n°34, op.cit.
[1027] Depelsenaire, Y., « Pathologie de la normalité », Quarto n° 105, « Malaise, symptôme, utilité publique de la psychanalyse », Septembre 2013.
[1028] Gori, R., « La fabrique des imposteurs » essai, Babel, Les liens qui libèrent, 2013, p.41.
[1029] Idem, p.35.
[1030] Lacan, J., « Il ne peut pas y avoir de crise de la psychanalyse », Entretien accordé en 1974 au magazine italien *Panorama*, disponible sur http://www.magazine-litteraire.com/jacques-lacan-%C2%ABil-ne-peut-pas-y-avoir-de-crise-de-la-psychanalyse%C2%BB

Ce double mouvement de la norme et de la crise conduisent à une distorsion de l'espace-temps : un monde immédiat et omniprésent par une fenêtre démultipliée, un sujet esclave de cette profusion d'objets plus-de-jouir, un temps suspendu dans l'attente du pire. La jouissance du corps, comme lieu de l'Autre, se saisie moins à la dérobée, mais s'aborde toujours plus directement.

Dominique Holvoet[1031], à propos de « Symptômes de crise, crise du symptôme », décrit précisément les conséquences du passage du discours du maître à la convergence du discours de l'analyste et du discours de la civilisation hypermoderne. Si l'inconscient c'est le discours de l'Autre, « on passe de l'inconscient comme discours du maître, articulé à un S1 […], à l'inconscient articulé à S de A barré ».

C'est-à-dire d'une époque où le « je pense donc se jouit », impliquait que le *je* soit aliéné au discours du maître, et, dans la mesure où « je pense là où je ne suis pas », il était rejeté de la dimension de l'être. L'inconscient était ce savoir impossible à rejoindre, le « je suis », rejeté et forclos, reparaissant dans le réel sous la forme du « se jouit ». Or, le réel en jeu dans l'hypermodernité n'est plus lié au retour de la jouissance refoulée, mais à la frénésie de la jouissance.

« L'inconscient discours de l'Autre qui n'existe pas », s'appuie donc sur S de grand A barré, c'est-à-dire qu'il passe au-delà de l'Œdipe. C'est l'inconscient réel, dont le secret n'est plus le désir mais l'objet *petit a*. Où le langage est jouissance et, lalangue, le reste de la jouissance une fois chiffrée par le langage. Où la dimension du pas-tout et du continu rompt avec la discontinuité des structures cliniques classiques. Dès lors, ce que vise une analyse, c'est « *de réduire le symptôme, produit du réel, à son trognon, le réduire à ce que Lacan a nommé sinthome. Tout devient alors affaire d'arrangement, de régime de jouissance, de passage d'un régime à l'autre* »[1032].

L'inconscient comme discours de l'Autre qui n'existe pas, implique également la thèse de Lacan, évoquée plus haut, selon laquelle « l'inconscient c'est la politique », mais aussi parce que la psychanalyse dépendrait de l'avenir du réel[1033].

Quelle interprétation ? Quels arrangements ? Quelle *utilité publique de la psychanalyse* ?

D'abord, nous avons indiqué, avec Éric Laurent, que la psychanalyse ne se pose pas dans le registre d'un *oui ou non* à la jouissance. Au contraire, elle propose de dire à la fois *oui et non* aux deux sortes de relation à la jouissance. La première, issue de l'hédonisme de masse, veut toujours plus de jouissance. Elle implique de dire « oui » à l'emploi inévitable des objets plus-de-jouir générés par les innovations de la science. La deuxième, vouloir la particularité du symptôme, que « *dire « non » consiste à ne pas permettre au prêt à jouir généralisé de nous empêcher d'être à l'écoute de la particularité de notre symptôme. Son*

[1031] Holvoet, D., « Symptômes de crise, crise du symptôme », Intervention au Kring voor psychoanalyse van de, Vers le congrès de la NLS « Moments de crise », 4/10/2014.
[1032] Idem.
[1033] Lacan, J., « La troisième », Intervention au Congrès de Rome (31/10/1974. 3/11/1974) paru in Lettres de l'Ecole freudienne, n°16, 1975. « le sens du symptôme dépend de l'avenir du réel, donc […], de la réussite de la psychanalyse »

enveloppe formelle est contingente, elle n'est pas celle de tous. […] C'est une jouissance qui est étrangère, mais elle est présence inédite dans mon monde. Ce n'est pas moi mais c'est là que le sujet comme réponse du réel se trouve. Le symptôme est la dimension de notre existence au monde »[1034].

Au lieu de se mettre à l'abri de la contingence, au nom de la nécessité de l'Idéal, ou du pousse-au-jouir du Surmoi, la psychanalyse se saisit donc de la contingence « *pour inventer du nouveau, pour sortir des hasards qui nous poussent à droite et à gauche dont on fait un destin, répétitif* »[1035]. C'est-à-dire que, par rapport aux discours du temps présent, liés au pousse-au-jouir consumériste, la psychanalyse accepte la singularité du programme de jouissance d'un sujet. Elle s'oppose à la mise en conformité généralisée dont s'accompagne la tolérance toujours plus grande aux modes de jouir.

La psychanalyse, en tant qu'écriture du mode de jouissance singulier a comme programme d'action, nous dit Éric Laurent, de faire croire au symptôme, en trouvant la façon de s'adresser à l'angoisse du sujet. « *Passer de la croyance au père à la croyance au symptôme est une ambition pour la psychanalyse de notre temps* »[1036]. L'éthique de la psychanalyse vise donc à rendre le monde vivable pour un sujet. Or, si l'Autre n'existe pas, c'est parce que l'Autre est dans le sujet lui-même. Le symptôme devient par conséquent le fondement du soutien de l'Autre.

L'utilité publique de la psychanalyse se repère ensuite, à partir de ce que Lacan avait anticipé comme « Le triomphe de la religion ». En effet, c'est ainsi que Lacan épingle ce qui délivrerait l'homme du réel. Plutôt que de parler de « Schizophrénie collective », comme le suggère son interlocuteur, Lacan oppose une représentation plus simple et moins psychiatrique[1037]. Pour lui, « *on doit pouvoir s'habituer au réel. Le symptôme, ce n'est pas encore vraiment le réel. C'est la manifestation du réel à notre niveau d'êtres vivants. Comme être vivants, nous sommes rangés, mordus par le symptôme. Nous sommes malades, c'est tout. L'être parlant est un animal malade. [..] Mais le réel, si je puis dire, le vrai réel, c'est celui auquel nous pouvons accéder par une voie tout à fait précise, qui est la voie scientifique* ». Nous pouvons dire que depuis ce 29 Octobre 1974 où Lacan est interrogé par des journalistes italiens, ce qu'il avait anticipé s'est concrétisé. Il nous dit donc que :

« La science, c'est du nouveau, et elle introduira des tas de choses bouleversantes dans la vie de chacun. Or, la religion, surtout la vraie, a des ressources que l'on ne peut même pas soupçonner. […] Il va falloir qu'à tous les bouleversements que la science va introduire, ils donnent un sens. […] Depuis le commencement, tout ce qui est religion consiste à donner un sens aux choses qui étaient autrefois les choses naturelles. Ce n'est pas parce que les choses vont devenir moins naturelles, grâce au réel, que l'on va cesser pour autant de sécréter le sens. »[1038]

Aujourd'hui, alors que l'horizon où l'humanité parviendra à sa propre destruction semble se rapprocher, l'invitation de Lacan à se faire le destinataire du réel, « des choses qui

[1034] Laurent, E., « La société du symptôme », op.cit.
[1035] Ansermet, F., « La crise et le temps », Mentaln°34, op.cit.
[1036] Laurent, E., « La société du symptôme », op.cit.
[1037] Lacan, J., « Le triomphe de la religion », op.cit., p.92.
[1038] Idem, pp.79-80.

font que le monde est immonde », est d'autant plus sérieuse. Pourtant, ce n'est pas une invitation à *être* sérieux[1039]. Là où la religion sécrète du sens, le psychanalyste a la fonction de symptôme. La religion et le sens sont là pour qu'on ne s'aperçoive pas de ce qui ne va pas, nous dit-il. La psychanalyse, elle, ose poser un acte. C'est-à-dire qu'elle propose de coincer le *petit a* entre les registres, non seulement du réel, mais de l'imaginaire et du symbolique. En tant qu'elle est elle-même produit du Malaise dans la civilisation, symptôme, elle mise sur le réel, elle se saisit de la contingence pour inventer du nouveau.

Pour cela, nulle complaisance à l'égard du discours du maître. Le traitement que propose la psychanalyse ne vise pas à expliquer et résorber le réel. Mais à proposer une façon de faire-avec l'incurable. « *La patience et la mesure sont les instruments de la psychanalyse. La technique consiste à savoir mesurer l'aide qu'on donne au sujet analysant. […] L'analyse pousse le sujet vers l'impossible, elle lui suggère de considérer le monde comme il est vraiment, c'est-à-dire imaginaire, sans signification. Tandis que le réel, comme un oiseau vorace, ne fait que de se nourrir de choses sensées, d'actions qui ont un sens* »[1040]. Mais pour cela, comme le dit Lacan, il faut que les psychanalystes « soient vachement cuirassés contre l'angoisse »[1041].

Pour conclure, la seule norme que la psychanalyse reconnaisse est celle de la castration, la *norme-mâle* dit Lacan. C'est-à-dire la norme phallique. Or, Lacan est précisément celui qui a isolé ce qui échappe à la normale, le pas-tout, la jouissance Autre. Cela ne veut pas dire que celle-ci deviendrait la norme. Au contraire, là où le sujet est connecté à la jouissance, la psychanalyse, par l'amour de transfert, l'adresse à l'Autre, vise l'articulation du sujet au symptôme. Le passage de l'individualisme, de l'Un-tout-seul, au symptôme articulé à l'autre. Au final, ce dont il s'agit en psychanalyse, c'est de rater le réel.

[1039] « La voie par où on peut espérer un avenir de la psychanalyse – il faudrait qu'elle se voue suffisamment à la drôlerie », in Lacan, J., « Le triomphe de la religion », op.cit., p.77.
[1040] Lacan, J., « Il ne peut pas y avoir de crise de la psychanalyse », op.cit.
[1041] Idem, p.77.

Conclusion

Il y a en psychiatrie une flexibilité des normes liée à la manière de voir le monde. Ce que nous avons tenté d'interroger c'est la schizophrénie, en tant qu'elle serait la référence majeure pour saisir l'état des savoirs et des pratiques de la nouvelle santé mentale.

Les travaux d'Eugène Bleuler et l'histoire du concept nous apprennent que la schizophrénie est indissociable des formulations et affrontements théoriques qui ont animés le champ des connaissances psychiatriques. Dès son invention, Bleuler ne parvient pas à en donner une définition stable. S'il la sort du cadre de la démence précoce de Kraepelin, il donne à la schizophrénie une vaste extension nosographique qui ne correspond guère à la précision de sa description clinique. D'emblée, la schizophrénie se présente donc comme un concept flou et, par conséquent, avec un potentiel hégémonique, tendant à ramener l'ensemble de la psychopathologie sous une maladie unique. C'est Eugène Minkowski qui, dans une œuvre où l'objectivité scientifique parvient à faire couple avec la subjectivité, entreprendra de singulariser la structure de la schizophrénie.

L'analyse des différents modèles de la schizophrénie, en « crise permanente », nous ont amené à faire un parcours qui suit la bascule d'un paradigme de la psychiatrie à l'autre. C'est pourquoi notre travail concernant la portée historique du concept de schizophrénie nous a conduit à conclure que ses remaniements théoriques coïncident avec des périodes critiques dans le champ de la psychiatrie. Notamment au joint du savoir et des conceptions théoriques avec les pratiques cliniques sur le terrain. Bien que Georges Lanteri-Laura[1042] nous avertissent que se situer à l'intérieur du paradigme, qui fait suite aux grandes structures psychopathologiques, est la moins bonne situation pour essayer de le connaître. Nous formulons l'hypothèse que c'est l'approche bio-psycho-sociale qui se pose aujourd'hui comme prétendante au titre de « quatrième paradigme de la psychiatrie moderne ».

Dès sa naissance la schizophrénie est donc l'objet de tension. D'abord entre son inventeur et la psychanalyse. Avec le terme de « schizophrénie », Bleuler permet de penser qu'il y a quelque chose qui ne tient pas ensemble entre le corps et le langage. Cependant, ne supportant pas que cette *schize* puisse concerner l'homme du fait de son humanité même, de la jouissance qui l'anime, il affirme une localisation organique à la schizophrénie. La relation du psychiatre à son concept vient démontrer la relation d'ignorance du maître à l'endroit de la Chose inconsciente. Cette tension trouvera son essor à partir de l'invention des neuroleptiques. L'ambition de trouver l'étiologie de la schizophrénie dans un désordre somatique a, effectivement, donné lieu à des constructions diverses, de l'hypothèse toxique d'Henri Baruk à la biochimie. Mais l'impuissance du paradigme biologique à délimiter et à réorganiser le champ de la psychiatrie a nécessité d'impliquer l'environnement. Quelque soit les approches, l'énigme que pose le schizophrène est celui de la discordance entre l'être et l'existence, l'obstacle auquel elles se heurtent est celui de penser le sujet *dans* la biologie.

Du point de vue épistémologique, le concept entame son déclin très peu de temps après sa naissance. Dès 1932, avec les tentatives d'établir une psychopathologie scientifique,

[1042] Lanteri-Laura, G., « Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne ».

jusqu'à sa disparition récente dans le dernier manuel diagnostic américain, le DSM-V. Dans ce contexte, l'approche bio-psycho-sociale, qui s'évertue à satisfaire le paradigme de l'Evidence Based Médecine, vient répondre aux exigences d'adaptation de la psychiatrie à la globalisation. La dissolution actuelle de la psychiatrie et de la formation du psychiatre dans la médecine a, d'une part, réduit son acte à la pratique de la prescription du médicament et au recours à la technologie, pour voiler l'angoisse de la rencontre avec le malade. D'autre part, elle a conduit à la réduction du malade à un objet sans corps ni fantasme. La médicalisation de l'existence, la nouvelle santé mentale tendent à transformer la psychiatrie en simple hygiène du corps social, abandonnant l'objectif du soin. La psychiatrie normative conduit alors à l'instrumentalisation des savoirs, des pratiques et des professionnels. Toutefois, la réduction du soin à une somme de gestes techniques et protocolisés produit, comme effets secondaires, de nouveaux problèmes éthiques.

La schizophrénie, « trou épistémologique »[1043], a suscité des travaux considérables en ce qui concerne les thérapeutiques. Au-delà des modèles pathogéniques, nous nous sommes intéressés à la façon dont la relation était envisagée, dans la mesure où le schizophrène ne tend pas spontanément à l'établissement du lien à l'autre. Il nous a semblé essentiel de s'interroger sur la question du transfert dans le travail thérapeutique. Si l'intérêt de Freud concernait davantage l'origine et les mécanismes de la maladie, ses élèves ont prolongés les investigations quant à un traitement psychanalytique des psychoses. Ferenczi et Winnicott en Europe, la psychanalyse interpersonnelle aux Etats-Unis, nous ont ainsi introduits aux pratiques contre-transférentielle. Tandis que Lacan propose un maniement du transfert dans la psychose qui permet d'établir un lien le plus possible dépourvu de jouissance. En tant que pratique, le mouvement de réhabilitation psychosocial quant à lui, soutien que les humains s'organisent selon un modèle intelligible, auquel échappe la contingence, le hasard et le singulier. S'inscrivant dans le sillon de Michel Foucault, qui problématise la psychiatrie comme « fait de civilisation », Roland Gori propose une description de l'état des savoirs et des pratiques lorsque la psychiatrie se conforme à l'hégémonie culturelle du capitalisme :

« C'est ce personnage social de l'homme moderne un peu plus résigné, qu'incarnent le psychiatre et le psychologue postmodernes, qui aujourd'hui encore *décrivent* obsessionnellement les risques de récidives des patients délictueux faute de pouvoir *s'engager* avec eux dans un changement actif du monde et de leur propre implication subjective. Cette nouvelle civilisation des mœurs, fabrique de subjectivité autant que machine de gouvernement, parie sur l'avenir humain comme on parie sur un placement financier, comme on établit des primes d'assurance à partir des tableaux de morbidité et de mortalité. Non seulement on retrouve ici la vielle demande sociale adressée à la psychiatrie de dire « comment le criminel ressemblait à son crime avant même de l'avoir commis », mais encore c'est la vision d'un monde néolibéral qui s'impose en transformant le sujet humain en « entrepreneur de lui-même », le réduisant à son « capital », aux pertes et profits de ses comportements passés. Cette *pensée assurantielle*, promeut la notion de risque en tant que concept fondamental de la psychopathologie, et au-delà de ce champ de tous les secteurs de l'existence : éducation, culture, justice, etc. »[1044]

[1043] Allen, D.F., « Critique de la raison psychiatrique », op.cit.
[1044] Gori, R., « La fabrique des imposteurs », op.cit., p.67.

En abordant les discours sur la schizophrénie et le problème de l'organisation institutionnelle, nous avons souhaité démontrer que le soin est intriqué à l'éthique et à la politique. En effet, la folie est un enjeu dans ces deux dimensions que sont l'individuel et le collectif. Ce que Lacan pointe dès le début de son enseignement, à partir du stade du miroir, en situant la folie « *de celle qui gît entre les murs des asiles, comme de celle qui assourdit la terre de son bruit et de sa fureur. Les souffrances de la névrose et de la psychose sont pour nous l'école des passions de l'âme, [...], quand nous calculons l'inclinaison de sa menace sur des communautés entières, nous donne l'indice d'amortissement des passions de la cité. A ce point de jonction de la nature à la culture [...], la psychanalyse seule reconnaît ce nœud de servitude imaginaire que l'amour doit toujours redéfaire ou trancher* ».[1045]

Nous avons posé la question de savoir si la psychanalyse avait quelque chose à dire concernant la schizophrénie. Or, il s'est révélé qu'alors même que Lacan critique le terme de schizophrénie, il s'est intéressé au schizophrène au point d'en faire le paradigme de la clinique des psychoses pendant la dernière période de son enseignement.

« S'il y a quelque chose dans quoi baigne le schizophrène, c'est devant ce maniement enfin affolé du langage, simplement il n'arrive pas à le faire mordre sur un corps et en effet à partir de là on peut considérer que le corps est sans organes mais qu'est-ce que cela veut dire enfin ? »[1046]

A partir de la schizophrénie, Lacan propose une nouvelle biologie se fondant sur le primat de la jouissance. Il va au-delà du sujet de l'inconscient freudien et propose le terme de *parlêtre* qui implique qu'il n'y a de psychanalyse que d'un corps vivant et qui parle. Dès lors, la cause de la réalité psychique est une causalité réelle, ce n'est qu'ensuite que s'ajoute le signifiant. A cet égard, le schizophrène est celui qui nous confronte à la dimension du réel nu, non capitonné par la castration.

Nous avons identifié le schizophrène au sujet de la jouissance, auquel Lacan fait référence dès 1966 dans la « Présentation des Mémoires d'un névropathe ». C'est le sujet lacanien, en tant qu'il permet de cerner la thèse selon laquelle « c'est la jouissance qui vient à causer ce qui se lit comme monde ». Nous avons dit que Lacan, comme Freud, considérait que le terme de schizophrénie était un impropre à dire ce que vivent ces sujets. C'est à la fin de son enseignement que nous trouvons ce qui pourrait nommer autrement la schizophrénie : « la maladie de la mentalité ». En effet, c'est dans le Séminaire « Le sinthome » que Lacan propose ce diagnostique. Alors que le schizophrène était situé du côté du déficit et de la chronicité de la maladie mentale, en dehors de la réalité. La perspective lacanienne sur la schizophrénie inscrit le schizophrène du côté d'un *excès de réalisme*. Le maniement affolé du langage, dans lequel baigne le schizophrène, et le corps sans organes, veulent dire alors qu'il est hors discours. Il n'a ni symbolisé ni condensé la jouissance. Par rapport au paranoïaque, le schizophrène s'approche du pur semblant, nous dit J.-A. Miller. C'est bien davantage le corps qui lui pose problème. La maladie de la mentalité, dans le dernier enseignement de Lacan, s'attrape à partir d'une « logique de sacs et de cordes ». Ainsi, ce qui rend compte de la

[1045] Lacan, J., « Le stade du miroir », in Ecrits, op.cit., pp.99-100.
[1046] Lacan, J., Séance extraordinaire de l'Ecole Belge de Psychanalyse, le 14/10/1972, op.cit.

position du sujet est à situer du côté de la signification généralisée du corps, qui équivaut à la généralisation de la castration. Le schizophrène est celui pour lequel la corde ne remplit pas sa fonction, laissant le sujet dans la dérive de ses pulsions.

Ayant engagé le débat sur la diversité des traitements de la schizophrénie, j'ai choisi d'introduire d'abord de façon générale la dimension pragmatique de la clinique borroméenne. En tant qu'elle est un « matérialisme de la jouissance », c'est-à-dire qu'elle n'opère pas à partir de la parole et de la symbolisation comme tentative d'annulation de la jouissance. Mais à partir des modalités de traitement « hors discours » du sujet lui-même, et permet de parier sur d'autres opérateurs que le Nom-du-père pour nouer le réel, le symbolique et l'imaginaire. C'est dans une autre partie, que j'ai choisi d'apporter ensuite le matériel clinique. C'est-à-dire d'introduire les sujets singuliers, dont la rencontre à susciter le désir de faire cette recherche. Il s'agit de rendre cohérent et perceptible la logique du travail. En effet, c'est à partir de la rencontre concrète avec des sujets ravagés par le réel, que s'est révélé l'incidence de la jouissance sur le corps et dans le langage. Mais également, la limite de la seule structure du langage pour parer à ce ravage.

C'est une clinique qui confronte chaque professionnel aux questions de ce que l'on peut attendre et espérer dans notre travail. Ces questions s'imposent au titre du réel comme impossible à supporter, de notre solitude fondamentale et de l'angoisse lorsqu'elle envahit la scène. Dans ce contexte, choisir la psychanalyse d'orientation freudienne et lacanienne, est un choix tactique, stratégique et politique. L'éthique de la psychanalyse consiste, en effet, en la transformation de la destructivité en effets de création, « *ou au moins de la faire reculer en la réorientant vers la vie, à travers une invention nouvelle du quotidien. […] Tel est aussi le pari de l'analyse […] : de permettre de quitter le plan de la répétition, d'inventer au-delà de l'impasse, en sachant que le possible se déduit de l'impossible, et non pas l'inverse* »[1047].

J'ai pu ainsi dégager plusieurs points quant au traitement psychanalytique de la schizophrénie, avec comme ligne de force le semblant. Il ne s'agit pas de proposer un procès d'adaptation *psychanalytiquement correcte*. Mais de partir du fait que la position du sujet schizophrène, bien que détaché, libre, par rapport à l'articulation signifiante, est corrélative d'un savoir. Or, reconnaître le savoir du schizophrène potentialise les possibilités de création par le sujet d'une nouvelle position par rapport à la jouissance. C'est dire également que les conditions de traitement sont liées directement au transfert.

D'ailleurs, les cas cliniques relatés valent moins par leurs effets thérapeutiques, que par le regard qu'ils incitent à porter sur ces patients. Ainsi, Thelma et Antonin nous enseignent l'humilité. Ils nous témoignent qu'il ne sert à rien d'aller à leur rencontre avec la passion de la guérison. Mais qu'il s'agit bien davantage d'être attentifs « aux divins détails » qui signent leur position subjective. Dans les cas que nous rapportons, il s'agit donc de ne pas confondre traitement et guérison.

J'ai choisi de transmettre ce qui dans chacune de ces rencontres m'avait désorienté, tout en mettant en évidence les éléments à partir desquels la rencontre s'est construite. Dès lors, ce qui apparaît c'est que, dans un monde fragmenté, Frédéric traite la relation à l'Autre réel à partir de la courtoisie. Cette béquille imaginaire s'appareille à une routine qui donne au

[1047] Ansermet, F., « Paradoxes des moments de crise », Mental n°34, op.cit.

lien à l'autre son appui signifiant. Avec Lucie, se pose davantage la question de ce qui peut parer à l'insistance du surmoi, lorsque les injonctions s'imposent au corps de façon insupportable. Tandis que Jean-Claude parvient à inventer une modalité d'inscription au champ de l'Autre qui inscrit nettement le passage de la jouissance au semblant. Pour chacun, ce que j'ai isolé est la construction matérielle d'un bord. Structure d'éléments symboliques et imaginaires qui permet au sujet de manier différemment le réel pulsionnel. Pour ces sujets, la parole n'est pas articulée à l'échange, les signifiants sont « réellisés ». Nous avons pris appuis sur les développements d'Éric Laurent[1048] quant à « la clinique de la chaîne et de l'extraction ». Etant donné que ces sujets sont plongés dans le réel, le traitement vise à produire un trou, la possibilité de donner une issue à l'angoisse qui ne soit pas de l'ordre du passage à l'acte. Soit un traitement de la jouissance qui produise un effet de « pas-tout ».

Dans la mesure où il ne s'agit pas de *l'Aufhebung,* mais néanmoins d'un processus de transformation de la Chose, nous avons choisi de nous intéresser au nouveau paradigme de la sublimation que J.-A. Miller a introduit dans son texte « L'inconscient et le corps parlant »[1049]. L'effet escabeau nous sert à interroger dans quelle mesure le réel peut se transformer et échapper à la répétition dans la psychose. Néanmoins, les semblants, modifier l'image du corps n'en modifie pas la jouissance. C'est pourquoi nous convoquons l'amour et la poésie : pour se tenir éloigner de la jouissance, il est nécessaire d'en passer par le signifiant.

Enfin Candy et Tsangor, se singularisent d'avoir un rapport au langage qui donne accès de façon précise à leur expérience intérieure. Nous avons tenté de transmettre ce qu'ils nous ont enseigné quant à la dimension de la parole et de l'équivocité. Avec l'un et l'autre nous avons tenté de cerner les enjeux d'une pratique à plusieurs dans une institution appartenant au champ sanitaire de la santé mentale. Nous avons également *invités* Pierre et Tom, que nous avons rencontrés dans un autre lieu de notre pratique, moins spécialisé. Ici, la tentative de production du sujet s'appuie davantage sur la conversation.

Ce que la clinique nous enseigne c'est que le thérapeute et le patient forment un couple, un partenariat pour tenir le réel à distance. Supposer un sujet déjà au travail, implique de penser notre action à partir de l'usage qu'il peut faire de nous, dans le réglage de sa solution qui s'avère, par trop souvent, en impasse par rapport aux assauts répétés de la pulsion de mort. La supposition qu'il y a un sujet, c'est prendre appui sur le savoir du schizophrène, non pas dans l'ordre du langage, mais bien plus comme logique. C'est-à-dire que la construction que nous visons consiste, paradoxalement, à introduire la possibilité au sujet de « pouvoir ne pas savoir », ne serait-ce qu'un instant, le traumatisme de la rencontre du corps et du langage.

Dans la suite de notre travail, nous nous sommes attachés à repérés les conditions à partir desquelles nous pouvions penser cette nouvelle alliance du sujet et de la pulsion. Le savoir du schizophrène s'attrape à partir des conceptualisations de Lacan dans le Séminaire XX « Encore », et en particulier le chapitre VIII « Le savoir et la vérité ». En effet, comment articuler le savoir et la schizophrénie à partir du moment où elle ne se structure pas à partir de l'articulation signifiante ? Dès lors que Lacan se fonde sur le primat du réel et de la

[1048] Laurent, E., « La bataille de l'autisme », op.cit.
[1049] Miller, J.-A., « L'inconscient et le corps parlant », Présentation du thème du Xe Congrès de l'AMP à Rio, en 2016.

jouissance, il rompt avec l'autonomie du symbolique. Ainsi, l'être préalable à la mise en marche du système signifiant est un être de jouissance, c'est-à-dire un corps affecté de jouissance[1050]. La schizophrénie en tant qu'elle met à nu l'état originaire de la relation du sujet au langage, opère un dépassement de l'ordonnancement de la jouissance par la castration.

Cette nouvelle doctrine nous a amené à formuler l'hypothèse d'un passage de la subjectivation du langage à la subjectivation de l'objet *petit a* comme pur réel. En effet, le concept d'objet *a* vient répondre au manque de signifiant. C'est une tentative d'élémentisation de la jouissance. La structure du discours est également une tentative pour allier signifiant et jouissance dans un régime où il ne s'agit plus de sacrifier le phallus, mais de réfréner la jouissance. Cela nous a conduit à interroger dans quelle mesure la schizophrénie éclairait les remaniements du cogito cartésien. En effet, le « je pense donc je suis » situe, selon Lacan, le refoulement de la division du sujet d'avec son organisme. Tandis que le schizophrène est deux et il le sait. D'où le fantasme de morcellement au principe de cette catégorie clinique.

Enfin, en tant qu'elle aborde la psychose à partir de l'objet, nous avons tenté de saisir dans quelle mesure la schizophrénie éclaire le clinicien sur la société contemporaine. En effet, les inventions du schizophrène, « hors de toute référence à un discours établi », viendraient éclairer « l'homme normal »[1051] sur les rapports du parlêtre à la pulsion. L'exhibition macabre de l'anatomie par Gunther Von Hagens devient alors le signe manifeste d'une époque où l'Autre n'existe plus. Il n'y a plus transgression, parce qu'il n'y a plus d'Autre qui la légitime. Alors que la science cartésienne avait mis le sujet à l'abri des semblants en ne touchant pas au réel. Aujourd'hui, « l'immersion du sujet contemporain dans les semblants fait désormais, pour tous, du réel une question ». Autrement dit, le monde des semblants renverse la *fixion* du réel. A la question « qu'est-ce que le réel ? », se multiplie les réponses, toujours plus contradictoires, inconsistantes et incertaines.

En nommant ses plastinats des « virtualités réelles », Von Hagens indique son insertion dans la dimension d'une autre réalité. Son travail est moins de l'ordre d'une récupération de l'objet cause du désir du sujet, que la production d'un lieu. En opérant à partir du discours capitaliste et en faisant la promotion de l'individualisme, Von Hagens met en évidence une nouvelle déclinaison de la perversion.

D'abord, l'individualisme auquel il se réfère, indique la faillite du symbolique. En réduisant l'Autre à l'autre, il fait exister le Un homogène. C'est-à-dire qu'il illustre l'opération du discours capitaliste, où « la division du sujet s'éclipse dans un court-circuit toujours possible et qui se répète dans l'infini avec l'objet de jouissance ». Le plastinat est une virtualité, un nouvel objet-gadget qui répond imaginairement à l'énigme du corps. En infinitisant le corps, Von Hagens donne l'illusion que le corps n'est pas en rapport avec la castration. Ensuite, en invitant le sujet à s'identifier au Un du corps, il produit l'illusion d'une communauté de jouissance, et le fantasme d'une harmonie des corps. Il opère un démenti du sujet dans le corps. Le lieu des *virtualités réelles* permet au sujet d'avoir un rapport au corps sans la question du désir et du manque-à-être. Tout y est, tout y est dit sur le corps. *Le Monde*

[1050] Miller J.-A., « Les six paradigmes de la jouissance », op.cit.
[1051] Lacan, J., Séminaire Livre XXIII, op.cit., p.95.

du corps, en appel donc à un nouveau maître. En jouant des corps et de la transparence, dans une visée manifestement collective, le discours de Von Hagens tente de donner consistance à un semblant. Il vient chiffrer quelque chose du réel du corps et de la mort. En gommant les insupportables, il répond au désir de la science d'homogénéisation. D'autre part, en élevant également au regard le corps malade, il met au-devant de la scène le corps comme source d'insatisfaction et d'obstacle à la *puissance phallico-narcissique*[1052].

Enfin, il opère un déni de la réalité du corps propre. Il évoque un monde sans mort, sans coupure. Finalement, c'est l'ordre même de l'anatomie qu'il subvertit. C'est la réalité du sujet lui-même dans ce qu'elle a de mortel, d'érotique et enfin d'humain qui est déniée en tant que telle. La virtualité des plastinats mène vers une abolition de la temporalité, abri du désir, des contradictions et des interdictions. L'enjeu de la monstration est la production d'un nouvel impératif. Il s'agit de gommer les événements de corps. Von Hagens fonde le corps comme un universel qui vaut pour tous. Mais, de la même façon où l'impératif kantien produit la division subjective derrière la loi, le S1 du corps voile la question de la position de jouissance du sujet. Toutefois, quelque soit la loi qui s'impose comme nouveau fondement de notre réalité, elle porte avec elle les conditions d'une rencontre avec le réel.

Pour conclure, l'ingéniosité de l'entreprise est qu'outre prétendre à subvertir le memento mori, « rappelle-toi que tu dois mourir », en promettant une vie après la mort stylisée. Elle soutien et diffuse un discours forclusif : de la singularité, de l'amour, de la sexualité. Ce qui est promu ce n'est pas le corps et sa jouissance, mais la maîtrise du corps réduit à l'état de cadavre. Et c'est par cette *pirouette* qu'il parvient à réintroduire le narcissisme là où le corps de chair est hors sens.

La psychanalyse, elle, se situe à l'envers de ce discours et de ses impasses. Le memento de la psychanalyse serait « rappelle-toi ta singularité »[1053]. Par ailleurs, Lacan a très tôt montré que le narcissisme ne suffisait pas à assurer la consistance et l'unité du corps. Pas de narcissisme primordial (Freud) mais secondaire, lié à la reconnaissance de l'Autre symbolique. L'inconsistance de l'Autre, cependant, ne permet pas de concevoir une image unifiante pour toujours. La clinique de la schizophrénie nous enseigne que l'image peut être brisée par le surgissement de la pulsion. Notre quotidien et le temps nous offrent également l'expérience de cette instabilité du corps propre, « *pour combien de fois où nous nous trouvons « en forme » et désirable, sommes-nous dépités de nous voir inégaux à l'image rêvée de nous-même ? On se croit beau mais c'est fluctuant* »[1054].

Il y a donc le corps du lien social et le corps hors-sens, le premier pousse à la passion de l'être, tandis que le second se situe dans le registre de l'existence, hors semblant. Le lien entre les deux, nous dit P.-G. Gueguen[1055], c'est l'objet *a*, « il prend occasionnellement toutes les valeurs de la pulsion mais en son fond il est couleur de vide ». Au-delà de ce recours à l'objet *a*, le lien se fait parce que le corps de chair est troué par *lalangue* :

[1052] Expression de M-H. Fernandes, « Le corps fétiche : la clinique miroir de la culture ». In« Pratiques et usages du corps dans notre modernité », sous la direction de J-L Gaspard et C. Doucet. Coll. L'ailleurs du corps. Editions Erès, 2009

[1053] Laurent, E., « Penser avec son âme ou parler avec son corps », Hebdo Blog - Ecf n°70.

[1054] Gueguen, P.-G., « Au-delà du narcissisme, le corps de chair est hors-sens », Hebdo Blog –Ecf, 15 Mai 2016.

[1055] Idem.

« Lacan y verra la marque sur chaque corps vivant du fait qu'il n'y a pas de rapport sexuel. Le corps du sinthome, le corps de chair, le corps existentiel, renvoie toujours à une jouissance autiste et non partageable et c'est cela que nous adorons. Heureusement il y a l'amour, mais c'est une autre histoire, car comme on le sait, il est aveugle, et bien souvent intermittent. »

La jouissance est donc toujours celle du corps propre, auto-érotique. Dès lors ce qui fait lien social pour les corps parlants, c'est l'affect, l'événement de corps commun. L'angoisse, en tant qu'elle est angoisse devant le désir de l'Autre, nous indique que les affects qui touchent le corps sont en lien avec l'Autre. « Cela permet de redonner sa place au lien des corps dans le discours en tant qu'ils sont affectés » dit Éric Laurent[1056]. Cela peut aller dans le sens de la sublimation, ainsi que dans le sens de la folie destructrice. Pour E. Laurent, ces affects sociaux que nous voyons à l'œuvre aujourd'hui, témoignent « *de ce qui vient rassembler, au-delà d'un trait identificatoire, les corps parlants. L'affect peut être aussi bien rassemblant que rejetant, selon la logique du fantasme* » nous dit-il. Éric Laurent évoque à la lumière du XXI^{ème} siècle, l'affect de joie propre à la psychanalyse que Lacan suggérait déjà en 1967 :

« Lorsque le final d'une psychanalyse est marqué par cet affect, Lacan disait plutôt « maniaco-dépressif » (alternances de joie et de tristesse) qui caractérise le franchissement de ce seuil, il y a un mode propre de cette joie, cette joie avertie, de la traversée de l'affect maniaco-dépressif, de séparation avec l'idéal. C'est en tout cas une façon d'interroger la façon dont le sujet reconnaît, au terme de l'expérience, à la fois la particularité de sa jouissance, et la possibilité de faire lien avec d'autres sans pour autant croire à un mode de résorption de son symptôme dans un universel ».

Il s'agit depuis la particularité de son symptôme, de rejoindre l'horizon d'une époque, de faire lien faire lien au un par un. C'est donc par cette voie de l'affect averti que la psychanalyse prend le contre-pied de l'universel de la raison, pour contribuer à surmonter les impasses de la civilisation de l'universel ainsi que celles du réel que le schizophrène incarne.

[1056] Laurent, E., « Penser avec son âme ou parler avec son corps », op.cit.

Bibliographie

« A comme Alfort ». *Le magazine de l'école nationale vétérinaire d' Alfort*, n° 23 (mars 2008).

ABELHAUSER, Alain. « Le désir et la structure ». In *Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne repères épistémologiques, conceptuels et cliniques*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2010.

AFLALO, Agnès. *L'assassinat manqué de la psychanalyse*. Psyché. Nantes: Cécile Defaut, 2009.

ALLEN, David F. *Critique de la raison psychiatrique: éléments pour une histoire raisonnée de la schizophrénie*. Toulouse: Érès, 1999.

ALLEN, David F, et E Minkowski. « Préface ». In *La schizophrénie*. Payot, 2002.

AMIRAULT, Monique. « Amour ». In *Scilicet-semblants et sinthome. VIIe congrès de l'Association mondiale de psychanalyse.* Paris: Huysmans - La Cause Freudienne, 2009.

ANNINO, Claire. « Ce qui rayonne ». *Lacan Quotidien n°111*, décembre 2011, Navarin editeur édition.

———. « Commerce des regards et usage du corps. Le malaise dans la jouissance ». Université Rennes 2 - Haute Bretagne, 2009 2008.

ANSERMET, François. « La crise et le temps ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse* Identités en crise, n° 34 (Juin 2016).

———. « Paradoxes des moments de crise ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse* Identités en crise, n° 34 (Juin 2016).

ANSERMET, François, et Pierre Julius Magistretti. *À chacun son cerveau plasticité neuronale et inconscient*. Paris: O. Jacob, 2011.

ARASSE, Daniel. *Anachroniques*. Art et artistes. Paris: Gallimard, 2006.

AYME, Jean. « Essai sur l'histoire de la Psychothérapie Institutionnelle ». *Institutions* 44 (s. d.): 111-53.

BARBES-MORIN, G., et P. Lalonde. « La réadaptation psychiatrique du schizophrène ». *Annales Médico-psychologiques* 164, n° 6 (2006): 529-36.

BASSOLS, M. « Jacques Lacan et le sujet de la folie ». In *Philosophie et folie*. Barcelone, 2004.

BAUD, Patrick. « Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie ». Genève, 2003.

BERQUIN, A. « Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie ». *Revue médicale suisse* 6:1511-3 (2010).

BIAGI-CHAI, Françoise. « L'amour fou, ou pas si fou que ça ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique* Amours fous, n° 78 (Février 2003).

BILLET, L. « Deux approches de l'incurable ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse,* Soigner par la psychanalyse, n° 13 (Décembre 2003).

———. « Séglas et l'hallucination verbale ». *Bulletin de l'Ecole de la Cause freudienne en Belgique*, n° 28-29 (octobre 1987).

BLEULER, Eugen. *Dementia Praecox ou Groupe des Schizophrénies*. Epel Editions, 2012.

BONNAUD, Hélène. *Le corps pris au mot: ce qu'il dit, ce qu'il veut*. Paris: Navarin : le Champ Freudien, 2015.

BORIE, Jacques. *Le psychotique et le psychanalyste*. Paris: Éd. Michèle, 2012.

BOSQUIN-CAROZ, Patricia. « Après-coup ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse,* Identités en crise, n° 34 (Juin 2016).

BREMAUD, Nicolas. « Conception lacanienne du transfert et du travail thérapeutique avec le schizophrène ». *L'information psychiatrique* 81, n° 8 (2005): 693-700.

BRIOLE, Guy. « Le couple patient-soignant: "L'Aimée de mathèse" ». Causefreudienne.net, s. d.

BRIOLE, Marie-Hélène. « Amour et sacrifice ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique* Du nouveau dans l'amour, n° 62 (Et 1997).

———. « Lucas X, homme du monde ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique* Amours fous, n° 78 (Février 2003).

———. « Vers une "existence de discours" ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse*, Soigner par la psychanalyse, n° 13 (Décembre 2003).

BROUSSE, Marie-Hélène. « La psychose ordinaire à la lumière de la théorie lacanienne du discours ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique*, Retour sur la psychose ordinaire, n° 94-95 (janvier 2009).

CAROZ, Gil. Europsychoanalysis.eu. *Pipol news 27*, mars 2013.

CHARRAUD, Nathalie. « R.S.I et forclusion généralisée ». In *L'a-graphe, la forclusion généralisée*. Section clinique de Rennes: Institut du Champ freudien Département de psychanalyse - Université Paris VIII, 2010.

CHATENAY, Gilles. *Symptôme nous tient: psychanalyse, science, politique*. Psyché. Nantes: Cécile Defaut, 2011.

CHATENAY, Gilles, Jean-Pierre Rouillon, Alexandre Stevens, et Jean-Robert Rabanel. « Réelles paroles ». In *Les autistes doivent-ils nous écouter, ou devons-nous les entendre?* Nice: Éd. du Losange, 2012.

CHEMAMA, Roland, et Jean-Pierre Lebrun. *Clivage et modernité*. Toulouse: Erès, 2003.

CHIRIACO, Sonia. « De l'angoisse au sinthome ». Enseignement au Collège freudien, « Clinique actuelle de l'angoisse », Avril 2016.

COCCOZ, Vilma, et Judith Miller. « La logique de la structure ». In *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort*. Paris: Navarin, 2010.

Congrès européen de psychanalyse, Gil Caroz, et Eurofédération de psychanalyse, éd. *La santé mentale existe-t-elle?* Tubize: Y. Vanderveken : EuroFédération de Psychanalyse, 2012.

COUPECHOUX, Patrick. *Un monde de fous: comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris: Seuil, 2006.

COURTINAT, Elisabeth. « La préoccupation maternelle primaire, 1956, Donald Wood Winnicott », s. d. http://psycho-ressources.com/elisabeth-c-rei-txt-winnicot.pdf.

CROZIER, Michel, et Erhard Friedberg. *L'acteur et le système les contraintes de l'action collective*. Paris: Éd. du Seuil, 2014.

DEFFIEUX, Jean-Pierre. « Le risque suicidaire ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Maladies d'époques, n°58 (octobre 2004).

DEGUEURCE, C. « Communication du conservateur du Musée Fragonard ». Maisons-Alfort, 1999.

DEPELSENAIRE, Yves. « Pathologie de la normalité ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique* Malaise, symptôme, utilité publique de la psychanalyse, n° 105 (septembre 2013).

DISSEZ, Nicolas. « A propos de la rencontre de Lacan avec « l'homme aux paroles imposées » ». *A.L.I. Association Lacanienne Internationale Reconnue d'utilité publique*, s. d. http://www.aefl.fr/pdf_journees_sinthome/A%20propos%20de%20la%20rencontre%20de%2

0Lacan%20avec%20%20l%E2%80%99homme%20aux%20paroles%20impos%C3%A9es.pdf.

DOGUET-DZIOMBA, M.-H. « Une pratique de conversation sur la langue privée: un cas de « psychose ordinaire » ». *Les feuillets du Courtil, Le Champ freudien en Belgique*, Traitements psychanalytiques des psychoses, n° 21 (Février 2003).

DUBUIS, J. « La réhabilitation; une problématique mondiale ». *L'information psychiatrique* 82, n° 4 (Avril 2006).

DUPRAT, C. « La forclusion du signifiant du Nom-du-Père ». *Bulletin de l'Ecole de la Cause freudienne en Belgique*, n° 28-29 (octobre 1987).

« En revenant de l'expo: L'ultime avatar du corps objet ». *Marketing Magazine, Stirésius*, n° 67 (février 2002).

EY, Henri. « Groupe des schizophrénies, 1955 ». In *Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques*. Synthélabo, s. d.

———. « Position actuelle de la Démence précoce et des Etats schizophréniques, 1934 ». In *Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques*. Synthélabo, s. d.

———. *Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques*. Le Plessis-Robinson, France: Synthélabo, 1996.

EY, Henri, et Paul Guiraud. « Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler, I-1926 - Annales Méd.Psych., I 355-365 ». In *Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques*. Synthélabo, 1996.

FERENCZI, Sandor. « Sur la technique psychanalytiques ». *Revue française de psychanalyse* III, n° 4 (s. d.): 617-30.

FERENCZI, Sandor, et Raymond de Saussure. « L'élasticité de la techniques psychanalytique ». *Revue française de psychanalyse* 38, n° 4 (1974): 507-20.

FERNANDES, M.-H. « Le corps fétiche : la clinique miroir de la culture ». In *Pratiques et usages du corps dans notre modernité*, par Jean-Luc Gaspard, Caroline Doucet, Bernard Andrieu, et David Le Breton. Toulouse: Érès éd., 2009.

FLOURY, Nicolas. *Le réel insensé: introduction à la pensée de Jacques-Alain Miller*. Les clés de la philo. Meaux: Germina, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits 1976 - 1988*. Quarto. Dits et écrits. 1954 -1988, Michel Foucault. Ed. Établie sous la dir. de Daniel Defert ... ; 2. Paris: Gallimard, 2001.

———. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Collection Tel 9. Paris: Gallimard, 2007.

———. « Naissance de la biopolitique ». In *Dits et écrits 1976-1988*, Quarto. Paris: Gallimard, 2001.

FREUD, Sigmund. « Conseils aux médecins sur le traitement analytique ». Paris: Presses Universitaires de France, 1970.

———. « De la psychothérapie ». In *La technique psychanalytique*, 3ème. Paris: Presses universitaires de France, 1970.

———. « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose ». In *Névrose, psychose et perversion*. Presses universitaires de France, 2010.

———. « Lettre 139 - 21 septembre 1897 ». In *Lettres à Wilhem Flieb, 1887-1904*. Paris: Presses Universitaires de France, 2007.

———. *Lettres à Wilhelm Flieb, 1887-1904*. Paris: Presses universitaires de France, 2007.

———. « L'inconscient ». In *Métapsychologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.

———. « L'intérêt de la psychanalyse ». In *Résultats, idées, problèmes. I,I,*. Paris: Presses universitaires de France, 1984.
———. « Névrose et psychose ». In *Névrose, psychose et perversion*. Presses universitaires de France, 2010.
———. *Névrose, psychose et perversion*. Paris: Presses universitaires de France, 2010.
———. *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris: Gallimard, 1936.
———. « Perspectives d'avenir de la thérapie analytique ». In *La technique psychanalytique*. Paris: Presses universitaires de France, 1970.
———. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa ». In *Cinq psychanalyses*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.
———. *Résultats, idées, problèmes. I, I.* 7e éd. Paris: Presses universitaires de France, 1984.
FREUD, Sigmund, et Anne Berman. *La technique psychanalytique*. 3ème. Bibliothèque de psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France, 1970.
FREUD, Sigmund, Marie Bonaparte, et Rudolph M Loewenstein. *Cinq psychanalyses*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.
FREUD, Sigmund, Pierre Cotet, François Robert, et Janine Altounian. *Métapsychologie*. Paris: Presses universitaires de France, 2010.
FREUD, Sigmund, et C. G Jung. *Correspondance: 1906-1914*. Paris: Gallimard, 1992.
FROMM-REICHMANN, Frieda. « Notes on the Development of Treatment of schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy ». Washington, D.C., 1948. http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Fromm-Reichmann-Psychiatry1948.pdf.
FROMM-REICHMANN, Frieda, et Danièle Faugeras e Trad. *Principes de psychothérapie intensive*. Ramonville Saint-Agne, France: Érès, 1999.
GARRABE, Jean. *Histoire de la schizophrénie*. Médecine et histoire. Paris: Seghers, 1992.
GARRABE, Jean, et Henri Ey. « Introduction ». In *Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques*. Synthélabo, 1996.
GASPARD, Jean-Luc. « Rapport au savoir et psychose ordinaire: considérations cliniques ». *Arquivos Brasileiros de Psicologiea* 62, no 2 (2010).
GAULEJAC, Vincent de. *La société malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Economie humaine. Paris: Seuil, 2005.
GAULT, Jean-Louis. « Le corps parlant du schizophrène ». In *Ce corps qui jouit*. Paris: Navarin, 2015.
GEORGES, Philippe De, et François Leguil. *La pulsion et ses avatars*. Paris: Ed. Michèle, 2010.
GEORGIEFF, Nicolas. *Qu'est-Ce Que La Schizophrénie?* Paris: Dunod, 2004.
GONON, François. « La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? » *Esprit* La France vue de Berlin (novembre 2011).
GORI, Roland. *La dignité de penser*. Paris: LLL, Les Liens qui libèrent, 2011.
———. *La fabrique des imposteurs*. Paris: Babel, 2015.
GOROSTIZA, Laurent. « Message du Président de l'Association mondiale de Psychanalyse ». *Revue Internationale de Psychanalyse* 27/28 (Août 2012).
GRANGER, Bernard, Daniel Widlöcher, et Jacques-Alain Miller. *L'avenir de la psychanalyse: débat entre Daniel Widlöcher et Jacques-Alain Miller*. Paris: Le cavalier bleu, 2004.
GRASSER, F. « Stabilisations dans la psychose, texte présenté à la Xème journée d'étude du GRAPP, Marseille ». *Ornicar? Digital*, 7 mars 1998.

GROLLIER, Michel. « Apport du retour à la structure pour une clinique différentielle ». *Arquivos Brasileiros de Psicologiea* 59, n° 2 (2007).

GUEGUEN, Pierre-Gilles. « Au-delà du narcissisme, le corps de chair est hors sens ». *L'Hebdo-Blog*, Mai 2016, Ecole de la Cause freudienne édition.

GUELFI, J.-D. « L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte ». *L'information psychiatrique* 86, n° 2 (2010): 127. doi:10.3917/inpsy.8602.0127.

« Gunther von hagens. » *Bodyworlds, the Original Exhibition of Real Human Bodies*, s. d. http://www.bodyworlds.com/en.html.

GUYONNET, Damien. « Amour et jouissance. La question de l'analyse et de sa fin ». In *Les nœuds de l'amour*. Paris: Ecole de la Cause freudienne, 2011.

HAGENS, Gunther von. « Anatomie et plastination ». In *Gunther von Hagens' Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables : catalogue de l'exposition*. Heidelberg, Allemagne: Arts & Sciences : Institut de plastination, 2007.

———. « L'aspect répugnant des cadavres, les plastinats gestaltiques et l'inhumation obligatoire ». In *Gunther von Hagens' Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables : catalogue de l'exposition*. Heidelberg, Allemagne: Arts & Sciences : Institut de plastination, 2007.

———. « Question and answer with kids ». In *Educational supplement « Gunther von Hagens' Body Worlds: The Anatomical exhibition of real Human Bodies »*. Philadelphia: Philadelphia Newspaper, Inc, 2006.

HAGENS, Gunther von, et Angelina Whalley. *Gunther von Hagens' Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables : catalogue de l'exposition*. Heidelberg, Allemagne: Arts & Sciences : Institut de plastination, 2007.

HAOUZIR, Sadeq, Amal Bernoussi, et Jean-Louis Pedinielli. *Les schizophrénies*. Paris: A. Colin, 2010.

HARRISON, Stella, et Nicolas Pierre Boileau, éd. *Virginia Woolf: l'écriture, refuge contre la folie*. Je est un autre. Paris: Michèle, 2011.

HAS, éd. « Autisme et autres troubles envahissants du développement - Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale », 24 mars 2010.

———. , éd. « Autisme et autres troubles envahissants du développement - Questions/Réponses sur l'état des connaissances », 24 mars 2010.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. « La prise en charge de votre schizophrénie ». HAS, novembre 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-090_gp_schizophenie_2008-06-16_14-36-31_927.pdf.

HENRY, Fabienne, Michel Jolibois, et Jacques-Alain Miller. *La conversation d'Arcachon: cas rares les inclassables de la clinique*. Paris: Agalma - Le Seuil, 1997.

HOCHMANN, Jean. *Histoire de la psychiatrie*. Que sais-je? Presses universitaires de France, 2004.

HOLVOET, Dominique. « Quand la collectivité rencontre la singularité ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique* 109, n° Ce qui fait couple... (Décembre 2014).

———. « Symptômes de crise, crise du symptôme ». In *Moments de crise*. Kring voor psychoanalyse van de, 2014.

HOORNAERT, G. « L'intervention entre le sujet et l'Autre ». *Les feuillets du Courtil online*, 2003.

———. « Psychose et liberté ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse* Soigner par la psychanalyse, n° 13 (Décembre 2013).

JACCARD, R. *La Folie*. 7e éd. Que sais-je? Paris: Presses universitaires de France, 1979.

KANT, Immanuel, et Alain Renaut. *Critique de la raison pure*. 3. éd., Corr. GF : Texte intégral 1304. Paris: Flammarion, 2006.

KAUFMANT, Y. « Jouissance et demande dans la psychose ». *Bulletin de l'Ecole de la Cause freudienne en Belgique*, n° 28-29 (octobre 1987).

KING, Pamela, et Pierre-Gilles Guéguen. *L'American way of life Lacan et les débuts de l'Ego psychology*. Fontenay-le-Comte: Ed. Lussaud, 2013.

KORNOBIS, J.-P. « Vieillir, les paroles du corps, le regard social ». In *Semaine nationale des personnes âgées*. Centre Communal d'Action Sociale de La Rochelle, 2007.

KRIZ, Wilhelm. « Préface ». In *Gunther von Hagens' Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables : catalogue de l'exposition*. Heidelberg, Allemagne: Arts & Sciences : Institut de plastination, 2007.

KRIZ, Wilhelm, Gunther von Hagens, et Angelina Whalley. « To Gunther von Hagens, on His 60th Birthday ». In *Pushing the Limits Encounters with Body Worlds Creator Gunther von Hagens*. Heidelberg: Arts and Sciences, 2005.

La schizophrénie ; Étude multinationale. Résumé de la phase d'évaluation initiale de l'Étude pilote internationale sur la schizophrénie. (Cahiers de santé publique, 63). Genève: OMS, 1977.

LACADEE, Philippe. « Addenda 1 ». In *L'éveil et l'exil: enseignements psychanalytiques de la plus délicate des transitions, l'adolescence*. Nantes: Cécile Defaut, 2007.

———. *L'éveil et l'exil: enseignements psychanalytiques de la plus délicate des transitions, l'adolescence*. Psyché. Nantes: Cécile Defaut, 2007.

LACADEE, Philippe, et Judith Miller. « Sur mesure ». In *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort*. Paris: Navarin, 2010.

LACAN, Jacques. « Allocution sur les psychoses de l'enfant ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.

———. *Autres écrits*. Champ Freudien. Paris: Seuil, 2001.

———. « Conférence à Genève sur le symptôme », Avril 1975. http://aejcpp.free.fr/lacan/1975-10-04.htm.

———. « Conférences aux université nord-américaines », Vol. 6/7. Seuil, 1975.

———. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Collection points 115. Paris: Ed. Du Seuil, 1980.

———. « Du sujet enfin en question ». In *Écrits*. Paris: Éd. du Seuil, 1966.

———. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ». In *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.

———. *Écrits*. Le champ freudien. Paris: Éd. du Seuil, 1966.

———. *Je parle aux murs: entretiens de la chapelle de Sainte-Anne*. Champ freudien. Paradoxes de Lacan. Paris: Seuil, 2011.

———. « Joyce le Symptôme ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.

———. « La direction de la cure et les principes de son pouvoir ». In *Écrits*. Paris: Éd. du Seuil, 1966.

———. *La logique du fantasme, Le séminaire de Jacques Lacan Livre XIV*. inédit, 1966.

———. « La méprise du sujet supposé savoir ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « La psychanalyse et son enseignement ». In *Écrits*. Paris: Éd. du Seuil, 1966.
———. « La science et la vérité ». In *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil, 1966.
———. « La troisième, intervention au Congrès de Rome, 31 Octobre et 3 Novembre 1974 ». *Lettres de l'Ecole freudienne*, n° 16 (1975).
———. « L'agressivité en psychanalyse ». In *Écrits*. Paris: Éd. du Seuil, 1966.
———. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique ». In *Écrits*. Paris: Éd. du Seuil, 1966.
———. « L'étourdit ». In *Autres écrits*. Paris: Editions du Seuil, 2001.
———. « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud ». In *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil, 1966.
———. *L'insu que sait l'une-bévue s'aile à mourre, Le séminaire de Jacques Lacan Livre XXIV*. Inédit., 1976.
———. « Note italienne ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « Note sur l'enfant ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « Petit discours aux psychiatres », 10 novembre 1967. http://aejcpp.free.fr/lacan/1967-11-10.htm.
———. « Position de l'inconscient ». In *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil, 1966.
———. « Postface au Séminaire XI ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « Présentation des Mémoires d'un névropathe ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « Propos sur la causalité psychique ». In *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil, 1966.
———. « Proposition du 9 Octobre 1976 sur le psychanalyste de l'Ecole ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « Radiophonie ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « Réponses à des étudiants en philosophie ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. *R.S.I., Le séminaire de Jacques Lacan Livre XXII*. Inédit., 1974.
———. « Séance extraordinaire de l'Ecole Belge de psychanalyse, le 14 Octobre 1972 ». *Quarto, supplément belge à la lettre mensuelle de l'Ecole de la Cause freudienne*, n° 5 (1981): 4-22.
———. « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien ». In *Écrits*. Paris: Éd. du Seuil, 1966.
———. « Télévision ». In *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
———. « Variantes de la cure-type ». In *Écrits*. Paris: Éd. du Seuil, 1966.
LACAN, Jacques, et Jacques Aubert, éd. *Joyce avec Lacan*. Bibliothèque des Analytica. Paris: Navarin : Diffusion Seuil, 1987.
———. , éd. « Joyce le symptôme I ». In *Joyce avec Lacan*. Paris: Navarin : Diffusion Seuil, 1987.
LACAN, Jacques, et Emilio Granzotto. « Il ne peut pas y avoir de crise de la psychanalyse, Entretien accordée en 1974 au magazine italien Panorama ». *Magazine littéraire*, s. d. http://pprod.magazine-litteraire.fr/jacques-lacan-%C2%ABil-ne-peut-pas-y-avoir-de-crise-de-la-psychanalyse%C2%BB.
LACAN, Jacques, et Jacques-Alain Miller. *D'un discours qui ne serait pas du semblant, Le séminaire de Jacques Lacan Livre XVIII*. Le Champ freudien. Paris: Seuil, 1973.
———. *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre 1: [Les écrits techniques de Freud]*. Le champ freudien. Paris: Ed. du Seuil, 1975.

———. *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre 10: L' angoisse: 1962 - 1963*. Champ freudien. Paris: Éd. du Seuil, 2004.
———. *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre VI, le désir et soninterprétation, 1958-1959*. Paris: Martinière, 2013.
———. *Le sinthome 1975-1976*. Vol. Le Séminaire Livre XXIII. Le Champ freudien. Paris: Seuil, 1973.
———. « Leçon du 20 Juin 1956 - La grand'route et le signifiant "être père" ». In *Les psychoses, Le séminaire de Jacques Lacan Livre III*. Paris: Seuil, 1973.
———. « Leçon VI - Joyce et les paroles imposées ». In *Le sinthome 1975-1976*, Vol. Le Séminaire Livre XXIII. Paris: Seuil, 1973.
———. « Leçon XVIII - du sujet supposé savoir, de la dyade première, et du bien ». In *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil, 1973.
———. *Les psychoses, Le séminaire de Jacques Lacan Livre III*. Le Champ freudien. Paris: Seuil, 1973.
———. *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Vol. Livre XI. Le Champ freudien. Paris: Seuil, 1973.
LACAN, Jacques, Jacques-Alain Miller, et Jacques Lacan. *D'un autre à l'autre: 1968 - 1969*. Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 16. Paris: Éd. du Seuil, 2006.
———. *Encore: 1972 - 1973*. Le séminaire de Jacques Lacan, Livre 20. Paris: Éd. du Seuil, 2005.
———. *La relation d'objet: 1956 - 1957*. Nachdr. Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 4. Paris: Éd. du Seuil, 2007.
———. *L'envers de la psychanalyse: 1969 - 1970*. Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 17. Paris: Ed. du Seuil, 1991.
———. *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Le séminaire de Jacques Lacan, Livre 2. Paris: Éd. du Seuil, 2005.
———. *Le triomphe de la religion: précéde de, Discours aux catholiques*. Champ freudien. Paris: Seuil, 2005.
———. *Les formations de l'inconscient: 1957 - 1958*. Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 5. Paris: Ed. du Seuil, 1998.
———. *L'éthique de la psychanalyse: 1959 - 1960*. Le séminaire de Jacques Lacan, texte établi par Jacques-Alain Miller ; Livre 7. Paris: Ed. du Seuil, 1986.
LALLIER, E. « Extrait de la conférence de von Hagens à l'Université du Québec, Trois-Rivières ». Le nouvelliste, s. d. cyberpresse.ca.
LANGELEZ, KATTY. « Question de transfert dans un cas de schizophrénie ». *Les feuillets du Courtil, Le Champ freudien en Belgique* 16 (1999).
LANTERI-LAURA. « Les grandes structures psychopathologiques ». In *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Ed. Du Temps, 1998.
LANTERI-LAURA, Georges. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Esquisses. Paris: Éd. du Temps, 1998.
LAURENT, Éric. « Déficit ou énigme ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Enigme de la psychose, n° 23 (Février 1993).
———. « Interpréter la psychose au quotidien ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse, n°* 16 (2005).

———. « Introduction ». In *L'autisme et le traumatisme de la langue, Cas cliniques et travaux commentés par Eric Laurent*. Bureau d'Angers: Association de la Cause freudienne Val de Loire Bretagne, 2015.

———. *La bataille de l'autisme: de la clinique à la politique*. Paris: Navarin : Le Champ freudien, 2012.

———. « La psychose chez l'enfant dans l'enseignement de Jacques Lacan ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique, n°* 9 (Décembre 1982).

———. « La société du symptôme ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique,* Evaluation, Symptôme, Angoisse, n° 85 (2005).

———. *L'envers de la biopolitique: une écriture pour la jouissance*, Paris : Navarin : Le Champ freudien, 2016.

———. « Les autismes aujourd'hui ». In *L'autisme et le traumatisme de la langue, Cas cliniques et travaux commentés par Eric Laurent*. Bureau d'Angers: Association de la Cause freudienne Val de Loire Bretagne, 2015.

———. « Les traitements psychanalytiques des psychoses ». *Les feuillets du Courtil, Le Champ freudien en Belgique*, Traitements psychanalytique des psychoses, n° 21 (Février 2003).

———. *Lost in cognition: psychanalyse et sciences cognitives*. Nantes: Éditions Cécile Defaut, 2008.

———. « L'objet *a*, pivot de l'expérience analytique », Vers le congrès de l'AMP, Buenos-Aires, 2008, Conférence, Buenos-Aires, 27/03/2007.

———. « Savoir du contre-transfert et savoir de l'inconscient ». *Revue de psychanalyse La Cause freudienne*, Pour ou contre, n° 53 (Février 2003).

———. « Trois énigmes: le sens, la signification, la jouissance ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, L'énigme de la psychose, n° 23 (Février 1993).

LAURENT, Éric, et Virginia Arce. « Nous avons transformé le corps humain en nouveau Dieu ». *La Nacion*. Juillet 2008.

LAURENT, Éric, et Philippe La Sagna. « Penser avec son âme ou parler avec son corps ». *L'Hebdo-Blog*. Mai 2016, Ecole de la Cause freudienne édition.

LAURENT, Éric, et Didier Mathey. « Parler avec son corps-escabeau ». In *Quatrième séance du cours « Parler lalangue du corps » d'Éric Laurent*. Paris, 2015.

LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Quadrige Essais débats. Presses universitaires de France, 1990.

« Le monde du corps du professeur von Hagens ». *Artezia.net*, s. d.

LEBRUN, Jean-Pierre. *Un monde sans limite suivi de Malaise dans la subjectivation*. Nouv. Éd. Érès poche. Toulouse: Érès, 2009.

LEFORT, Rosine, et Robert Lefort. *Les structures de la psychose: l'enfant au loup et le président*. Les Champ freudien. Paris: Editions du Seuil, 1988.

LEGUIL, Clotilde. *« In treatment »: lost in therapy*. Paris: Presses universitaires de France, 2013.

———. « L'amour et le malaise dans la civilisation au XXIème siècle ». In *Les nœuds de l'amour*. Paris: Ecole de la Cause freudienne, 2011.

———. *Sartre avec Lacan: corrélation antinomique, liaison dangereuse*. Paris: Navarin / Le Champ freudien, 2012.

LEGUIL, François. « A propos d'un cas d' « anti-érotomanie » ». *Revue de psychanalyse La Cause freudienne* L'expérience psychanalytique des psychoses, n° 13 (s. d.): Juin 1987.

———. « L'en-deçà et l'au-delà de la thérapeutique ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse*, Soigner par la psychanalyse, n°13 (Décembre 2003).
———. « L'expérience énigmatique de la psychose dans les présentations cliniques ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Enigmes de la psychose, n° 23 (Février 1993).
LIART, Monique. « Le phénomène psychosomatique, le signifiant unaire et l'interprétation ». *Psychoanalytische Perspectieven*, n° 40 (s. d.): 2000.
LUCCHELLI, Juan Pablo. « DSM V: la structure résiste-t-elle à tout? » *Forum des psychiatres*, Décembre 2006. http://www.forumdespsychiatres.org/?p=634&.
———. « Le transfert, de Freud à Lacan ». Rennes 2 - Haute Bretagne, 2007. tel-00204461.
MAHJOUB, Lilia. « Crise dans le transfert, crise dans la jeunesse ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse* Identités en crise, n° 34 (Juin 2016).
MALENGREAU, Pierre. « La vie comme condition de la jouissance ». UFORCA. *Université Populaire Jacques Lacan*, Avril 2016.
———. « Le partenaire du psychotique et son secrétaire ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse*, Soigner par la psychanalyse, n° 13 (Décembre 2013).
MALEVAL, Jean-Claude. « Fantasme nécrophile et structure psychotique (I) ». In *La société de surveillance et ses criminels*. Paris: Fédération européenne des écoles de psychanalyse, 2008.
———. « Fantasme nécrophile et structure psychotique (II) ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse,* Quelle aventure pour l'adolescence?, n° 23 (2009).
———. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot, 2007.
———. *La forclusion du Nom-du-Père: le concept et sa clinique*. Champ freudien. Paris: Seuil, 2000.
———. « Le concept de forclusion du Nom-du-Père ». In *Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne repères épistémologiques, conceptuels et cliniques*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2010.
———. « Les perversions, enseignement de Master 1 ». Université Rennes 2 - Haute Bretagne, s. d.
———. *Logique du délire*. Paris: Masson, 2000.
MANDIL, R. « Parlêtre et consistance corporelle ». Texte de présentation au Xème Congrès de l'Association Mondiale de Psychanalyse, « Le corps parlant, sur l'inconscient au XXIème siècle », s. d.
MARC, Edmond, et Dominique Picard. *L'école de Palo Alto*. Collection Actualité de la psychologie. Paris: Retz, 1984.
MARIN CABRE, Luis. J, et Henriette Michaud. « La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert ». *Filigrane*, printemps 2000, 7-18.
MATET, Jean-Daniel. « Résonnance de l'(a)mur comme condition de la clinique ». Bordeaux, 2012.
MAUGERI, Salvatore. « L'effervescence du fantasme en institution ». *Salvatore Maugeri*, novembre 2010. http://salvatoremaugeri.unblog.fr/conferences-textes-et-articles-publies/.
MIANI, Bruno. « Le style dans la psychose ou l'équarrissage du langage ». Causefreudienne.net. *Psychanalyse et politique*, Juillet 2010.
MILLER, Jacques-Alain. « A la merci de la contingence ». Causefreudienne.net, s. d.
———. « Biologie lacanienne et événement de corps ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Evénements de corps, n° 44 (Février 2000).

———. « Choses de finesse en psychanalyse, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 6 mai 2009, inédit, 2009 2008. www.causefreudienne.org.
———. « Choses de finesse en psychanalyse, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 12 Novembre 2008, inédit, 2009 2008. www.causefreudienne.org.
———. « Choses de finesse en psychanalyse, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 26 Novembre 2008, inédit, 2009 2008. www.causefreudienne.org.
———. « Choses de finesse en psychanalyse, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 3 Décembre 2008, inédit, 2009 2008. www.causefreudienne.org.
———. « Choses de finesse en psychanalyse, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 10 Décembre 2008, inédit, 2009 2008. www.causefreudienne.org.
———. « Choses de finesse en psychanalyse, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 19 Novembre 2008, inédit, 2009 2008. www.causefreudienne.org.
———. « Clinique ironique ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Enigme de la psychose, n° 23 (Février 1993).
———. « Commentaire du "Séminaire inexistant" ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique*, Le secret des Noms-du-Père, n° 87 (Juin 2006).
———. « Contre-transfert et intersubjectivité ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Pour ou contre transfert, n°53 (Février 2003).
———. « De la nature des semblants, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 26 Février 1992 inédit, 1992 1991. www.causefreudienne.org.
———. « De la nature des semblants, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, 1992-1991. www.causefreudienne.org.
———. « Du symptôme au fantasme et retour, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 25 Mai 1983, inédit, s. d. www.causefreudienne.org.
———. « En-deçà de l'inconscient ». In *Ce corps qui jouit.* Paris: Navarin, 2015.
———. « Enseignements de la présentation de malades ». In *La conversation d'Arcachon: cas rares les inclassables de la clinique*. Paris: Agalma - Le Seuil, 1997.
———. « Extimité, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 5 Février 1986, inédit, 2009-2008. www.causefreudienne.org.
———. « Introduction à la lecture du Séminaire L'angoisse ». *Revue de psychanalyse La Cause freudienne* Maladies d'époque, n° 58 (octobre 2004).
———. « Jacques Lacan et la voix ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique*, De la voix, n° 54 (Juin 1994).
———. « La forclusion ». *Cahier de la clinique psychanalytique*, n° 1 (Décembre 1996).

———. « La psychanalyse, la cité, les communautés ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Notre sujet supposé savoir, n° 68 (Février 2008).
———. « La théorie du partenaire ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique*, Les effets de la sexuation dans le monde, n° 77 (Juillet 2002).
———. « La vérité fait couple avec le sens ». In *Faire couple Les journées qui n'ont pas eu lieu*. Paris: Navarin, 2016.
———. , éd. *Lakant: que puis-je savoir ? : Que dois-je faire ? : Que m'est-il permis d'espérer ?* Paris; [Paris: École de la cause freudienne ; diff. Navarin-Seuil, 2003.
———. « L'appareil à psychanalyser ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique*, Philosophes de Lacan, n° 64 (Hiver 1998).
———. « L'Autre sans Autre ». In *Le sujet psychotique à l'époque Geek*. Athènes, 2013.
———. « Le lieu et le lien, enseignement prononcé dans le cadre du Département de psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, 10 janvier 2001.
———. « Le lieu et le lien, enseignement prononcé dans le cadre du Département de psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, 17 janvier 2001.
———. « Le monologue de l'apparole ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, L'apparole et autres blabla, n° 34 (octobre 1996).
———. « Le secret du champ visuel, c'est la castration - Préface ». In *Le regard à la lettre*, par Hervé Castanet. Paris: Anthropos : Diffusion Economica, 1996.
———. « Le vrai, le faux et le reste ». *Revue de psychanalyse La Cause freudienne* Le vrai, le faux et le reste, n° 28 (octobre 1994).
———. « Les six paradigmes de la jouissance ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Les paradigmes de la jouissance, n° 43 (octobre 1999): 7-29.
———. « Les us du laps, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, Février 2000.
———. « L'Etre et l'Un, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, Mai 2011.
———. « L'Etre et l'Un, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, Mai 2011.
———. « L'Etre et l'Un, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, 9 mars 2011.
———. « L'Etre et l'Un, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, 16 mars 2011.
———. « L'Etre et l'Un, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, 30 mars 2011.
———. « L'incidence du sujet dans les psychoses ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique,* Conversation sur l'Un-tout-seul, n° 104 (septembre 2014).
———. « L'inconscient et le corps parlant ». In *Présentation du thème du Xème Congrès de l'AMP à Rio en 2016*, 2014.
———. « L'interprétation à l'envers ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Vous ne dîtes rien, n° 32 (Février 1996).
———. « L'os du problème ». In *Lakant: que puis-je savoir ? : Que dois-je faire ? : Que m'est-il permis d'espérer ?* Paris; [Paris: École de la cause freudienne ; diff. Navarin-Seuil, 2003.
———. « Marginalia ». NLS Messager 31, 2011 2010.

———. « Nous sommes poussés par des hasards de droite et de gauche ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Au-delà de la clinique, n° 71 (Juin 2009).
———. « Pièces détachées, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, inédit, 2005-2004. www.causefreudienne.org.
———. « Pièces détachées, enseignement prononcé dans le cadre du Département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII ». Cours d'orientation lacanienne, 17 Novembre 2004, inédit, 2005 2004. www.causefreudienne.org.
———. « Produire le sujet? », *Actes de l'ECF Revue de psychanalyse* La clinique psychanalytique des psychoses, n° 4 (Mai 1983).
———. « Quand les semblants vacillent... » *Volume préparatoire aux conversations des 21 et 22 Octobre 2000, Journée d'études ECF-ACF*, n° 2000 (s. d.).
———. « Quelques réflexions sur le phénomène psychosomatique ». In *Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse*, Greps. Vol. 48. Paris: Navarin, 1987.
———. « Schizophrénie et Paranoïa ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique*, n° 10 (Février 1983).
———. « Semblants et sinthome ». In *Scilicet-semblants et sinthome. VIIe congrès de l'Association mondiale de psychanalyse.* Paris: Huysmans - La Cause Freudienne, 2009.
———. « Sur la leçon des psychoses ». *Actes de l'ECF Revue de psychanalyse* L'expérience énigmatique de la psychose, n° 13 (Juin 1987): 96.
———. « Théorie de Turin ». In *Les pathologies des lois et des normes*. Turin, 2000. http://www.causefreudienne.net/theoriedeturin/.
———. « Une fantaisie ». *Mental, Revue internationale de psychanalyse* La psychanalyse à tous les âges, n° 15 (Février 2005). http://www.congresoamp.com/fr/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html.
———. « Une lecture du Séminaire D'un Autre à l'autre ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Tout le monde délire, n° 67 (2007).
———. « Une nouvelle alliance avec la jouissance ». In *Faire couple Les journées qui n'ont pas eu lieu*. Paris: Navarin, 2016.
MILLER, Jacques-Alain, Carole Dewambrechies-La Sagna, et Jean-Pierre Deffieux. *L'amour dans les psychoses*. Paris: Éditions du Seuil, 2004.
MILLER, Jacques-Alain, et Éric Laurent. « L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Silhouettes du déprimé, n° 35 (Février 1997).
MILLER, Jacques-Alain, et Daniel Roy. « L'enfant et le savoir ». In *Peurs d'enfants: travaux récents de l'Institut Psychanalytique de l'Enfant*. Paris: Navarin, 2011.
MILLER, Judith. *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort*. Paris: Navarin, 2010.
MILNER, Jean Claude. *Le Juif de savoir*. Figures. Paris: Grasset, 2006.
MINARD, Michel. *Le DSM-roi: la psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*. Collection « Des travaux et des jours ». Toulouse: Erès, 2013.
MINKOWSKI, E. *La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2002.
MONDZAIN, Marie-José. *Le commerce des regards*. L'ordre philosophique. Paris: Seuil, 2003.

MOORE, Charleen M., et Mackenzie Brown. « Gunther von hagens et LE MONDE DU CORPS ». In *Gunther von Hagens' Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables : catalogue de l'exposition*. Heidelberg, Allemagne: Arts & Sciences : Institut de plastination, 2007.

MOULINIER, D. « Semblant, d'après une lecture de Jacques Lacan, le Séminaire Livre XVIII, "D'un discours qui ne serait pas du semblant", séance du 20 Janvier 1971 ». Etudes lacaniennes, s. d.

NAVEAU, Pierre. *Les psychoses et le lien social: le nœud défait*. Paris: Anthropos, 2004.

« Nos enseignements ». *Université populaire Jacques Lacan*, s. d. lacan-université.fr.

OURY, Jean. « La psychothérapie institutionnelle de Saint Alban à La Borde », 1970.

OURY, jean. « Sur la hiérarchie ». Inédit, s. d.

OURY, Jean, et Patrick Faugeras. *Préalables à toute clinique des psychoses: dialogue avec Patrick Faugeras*. Toulouse: Érès éd., 2012.

POSTEL, Jacques, et Claude Quétel. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod, 2012.

Prise en charge des troubles mentaux de l'adulte fondée sur des preuves. Ecole Normale Supérieure, 2013.

PROST, Pauline. *Les nœuds de l'amour*. Supplément à la lettre mensuelle. Paris: Ecole de la Cause freudienne, 2011.

———. « L'inconscient s'éteignait dans l'amour ». In *Les nœuds de l'amour*. Paris: Ecole de la Cause freudienne, 2011.

RABANEL, Jean-Robert. « L'enfant, sujet aliéné ». Causefreudienne.net. *Lectures théoriques*, s. d.

———. « Une Clinique de L'objet a En Institution ». In *Des Autistes et Des Psychanalystes*. La Cause freudienne, 2011.

RIVOIRE, M. « "Des murs à l'(a)mur", une lecture de la troisième conférence de "Je parle aux murs" ». *Ironik - Bulletin UFORCA pour l'université populaire Jacques Lacan*, n° 6 (mars 2015).

ROTH, Martin. « L'homme de verre ». Traduit par A.-M. Thiesse. *Terrain*, Le corps en morceaux (18 mars 1992).

ROUILLON, Jean-Pierre. « Petite note sur l'autisme chez Lacan ». Causefreudienne.net. *Lectures théoriques*, s. d.

ROUILLON, Jean-Pierre, Gilles Chatenay, Alexandre Stevens, et Jean-Robert Rabanel. « De la défense à la création ». In *Les autistes doivent-ils nous écouter, ou devons-nous les entendre?* Nice: Éd. du Losange, 2012.

———. *Les autistes doivent-ils nous écouter, ou devons-nous les entendre?* Nice: Éd. du Losange, 2012.

ROUX, Patrick. *Semblant(s): usages cliniques d'un concept psychanalytique*. Fontenay-le-Comte: Lussaud, 2013.

ROY, Daniel. « La dé-mesure du temps ». *Les feuillets du Courtil, Le Champ freudien en Belgique* Série spéciale pour le RI3, n° Traitements sur la durée. Logique du temps en institution (2005).

RUSSO, Pablo. « Psychose ». In *Scilicet-semblants et sinthome. VIIe congrès de l'Association mondiale de psychanalyse.* Paris: Huysmans - La Cause Freudienne, 2009.

SAURET, Marie-Jean. « "Célibataire" de la vérité ». *L'Ecole de la Cause freudienne*, Le vrai, le faux et le reste, n° 28 (octobre 1994).

SAUVAGNAT, François. « La psychopathologie saisie par les mythes », inédit.
———. « Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui ». *Ornicar? Digital*, s. d.
———. « Synopsis de psychopathologie générale », inédit.
SEARLES, Harold F. *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris: Gallimard, 2003.
SOLANO, Esthela. « Un exercice de lecture ». In *Séminaire « R.S.I »*. Montpellier, s. d. http://www.psychaanalyse.com/pdf/lacan_LECTURES.pdf.
SOLER, Colette. *Lacan, lecteur de Joyce*. 1. éd., 2. tir. Paris: PUF, 2015.
STEF, C. « Fous dangereux: on demande un sujet supposé savoir ». Causefreudienne.net, 14 mars 2009.
STYLIANIDIS, S. « L'état de la réforme psychiatrique en Grèce actuelle sous le regard de la réalité psychiatrique française ». *L'information psychiatrique* 82, n° 4 (Avril 2006).
SUREAU, M.-C. « Les semblants comme points de capiton ». Rouen, 2010.
TARRAB, M. « Deux notes sur l'escabeau ». In *Ce corps qui jouit.* Paris: Navarin, 2015.
TOSQUELLES, François. *L'enseignement de la folie*. Paris: Dunod, 2014.
VICENS, A. « Ne pas savoir que faire, pouvoir ne pas savoir, n'être plus temps ». In *Lakant: que puis-je savoir ? : Que dois-je faire ? : Que m'est-il permis d'espérer ?*, édité par Jacques-Alain Miller. Paris; [Paris: École de la cause freudienne ; diff. Navarin-Seuil, 2003.
VINCENT, T. « Une psychanalyste de la psychose: Frieda Fromm-Reichmann. A propos de ... Principes de psychothérapie intensive de Frieda Fromme-Reichamnn ». *L'Evolution Psychiatrique* 65 (2000): 605-9.
WAGNER, Dietrich, Gunther von Hagens, et Angelina Whalley. « My Days with Gunther Liebchen in Greiz ». In *Pushing the Limits Encounters with Body Worlds Creator Gunther von Hagens*. Heidelberg: Arts and Sciences, 2005.
WAJCMAN, Gérard. *L'objet du siècle*. Collection « Philia ». Lagrasse: Verdier, 1998.
WALKER, W. « Chapitre IV - La Psychanalyse interpersonnelle », 2012. http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/184/7/Chapitre%20IV%20B%20-%20Interpersonal%20Psychanalysis%20FIN.pdf.
WETZ, Franz Josef. « De la dignité humaine ». In *Gunther von Hagens' Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables : catalogue de l'exposition*. Heidelberg, Allemagne: Arts & Sciences : Institut de plastination, 2007.
WHALLEY, Angelina, et Gunther von Hagens. « Carpe Diem -Seize the Day! » In *Pushing the Limits Encounters with Body Worlds Creator Gunther von Hagens*. Heidelberg: Arts and Sciences, 2005.
———. *Pushing the Limits Encounters with Body Worlds Creator Gunther von Hagens*. Heidelberg: Arts and Sciences, 2005.
WINNICOTT, Donald. « La haine dans le contre-transfert (1947) », s. d. http://psycha.ru/fr/winnicott/1969/pediatrie_psychanalyse6.html#ftn21.
WINTREBERT, D. « Tout le monde délire ». *causefreudienne.net*, s. d.
WOLFSON, Louis. *Le schizo et les langues*. Connaissance of de l'inconscient. Paris: Gallimard, 1970.
ZENONI, Alfredo. « Autonomie et "auto-séparation" ». In *L'autonomie en question, Lien social et santé mentale*. Fédération francophone des initiatives d'habitations protégées, 2007.

———. « Comment s'orienter dans le transfert? », 2006. http://atelierclinique.t.a.f.unblog.fr/files/2010/10/alfredozenonicommentsorienterdansletransfert.pdf.

———. « D'un père à l'autre ». *Quarto Revue de psychanalyse publiée en Belgique*, Le secret des Noms-du-Père, n°87 (Juin 2006).

———. *L'autre pratique clinique: psychanalyse et institution thérapeutique*. Point hors ligne. Toulouse: Érès, 2009.

———. « Penser la schizophrénie aujourd'hui ». *Cahiers de psychologie clinique* 21, n° 2 (2003): 61. doi:10.3917/cpc.021.0061.

ZICOT-ANNINO, Claire. « Avoir la peau du réel ». In *Actualité de la clinique institutionnelle et du handicap*. Les Ulis: Editions EDK, Groupe EDP Sciences, 2013.

s. d.

Table des matières

Avant-propos **9**
Résumé **10**
Abstract **11**
Remerciements **12**
Sommaire **13**
Introduction **18**
Partie I – La schizophrénie : un champ confus **22**
Chapitre 1: Qu'est-ce que la schizophrénie ? **23**
1.1.1. Naissance du concept. 23
a. Le contexte épistémologique, « la schizophrénie avant la schizophrénie » 23
En Allemagne, une ou des psychoses ? 27
b. La démence précoce de Kraepelin 29
La construction du concept : 30
Les objections au concept de Kraepelin : 34
c. Le passage de la dementia praecox au groupe des schizophrénies 36
Eugen Bleuler (1857-1939) 37
La théorie bleulérienne de la schizophrénie : 39
La psychopathologie de Bleuler. Le groupe des schizophrénies. 42
La pensée schizophrénique 45
Démence précoce et hystérie 49
1.1.2. Le concept et ses remaniements épistémologiques en psychiatrie 52
a. Les destins de la libido 52
Le forçage d'Eugen Bleuler 52
La société viennoise, Freud, Jung, Abraham 54
Freud, « Du mécanisme de la paranoïa » 56
b. Critiques et prolongements en Allemagne 63
c. Le concept de schizophrénie dans la psychiatrie française 65
Eugène Minkowski (1885-1972) 65
Henri Ey (1900-1977) 73
1.1.3. Le déclin du concept de schizophrénie 78
a. Les approches biologiques en psychiatrie 78
L'hypothèse toxique d'Henri Baruk (1897-1999) 79
L'ère biochimique de la schizophrénie 80

La schizophrénie, phénomène biologique ? 86

b. Cognition et schizophrénie 89

La perspective des neurosciences cognitives 90

Pathologie de la pragmatique de la communication 93

La plasticité neuronale 94

c. Qui est schizophrène, qui ne l'est pas ? 95

Confusions épistémologiques 95

Définition symptomatologique de la schizophrénie 99

Chapitre 2: Les discours sur la schizophrénie. **107**

1.2.1. Les grandes thèses 107

a. Déviance de la position freudienne 108

La position de Freud à l'égard de la psychose. 108

La culture de l'enthousiasme 112

A Dangerous Method 115

b. Une pratique contre-transférentielle des psychoses 120

La haine dans le contre-transfert, Winnicott, 1947 120

La psychanalyse interpersonnelle 123

Conception lacanienne du transfert dans la psychose 127

c. Les contextes 132

Le paradigme de l'Evidence Based Medecine 134

Le DSM-V 136

Le paradigme de la santé mentale 138

1.2.2. Des pratiques cliniques 139

a. La portée thérapeutique de la notion de schizophrénie 140

Briser les chaînes imposées par la notion de démence 140

Le dispensaire de Zurich 141

b. Les approches systémiques 142

« Psychotherapy of schizophrenia » 142

« L'effort pour rendre l'autre fou » 144

L'école de Palo-Alto 146

c. Clinique bio psycho sociale 150

Le mouvement de réhabilitation psychosociale 150

La réadaptation psychiatrique du schizophrène 151

Le guide patient de la Haute Autorité de Santé 153

1.2.3. Le problème éthique de l'organisation institutionnelle. 157

a. Psychothérapie institutionnelle 158
Les origines 159
Un courant à trois jambes 160
La clinique de La Borde 162
b. La sectorisation française 164
Une machine à coudre dans un champ de blé 164
L'aspect administratif 165
L'économie de la santé mentale et le risque social 165
c. L'antipsychiatrie 166
L'antipsychiatrie britannique 167
L'antipsychiatrie italienne 167
Partie II – Psychanalyse et Schizophrénie **169**
Chapitre 1: Du primat du symbolique au primat du réel **170**
2.1.1. L'inconscient structuré comme un langage 171
a. L'inconscient structural 171
b. Aliénation et Séparation 172
c. Primat de l'Autre 173
2.1.2. Le concept de Forclusion du Nom-du-Père 175
a. Une approche non déficitaire de la psychose 176
b. La structure psychotique 177
c. Une clinique des conséquences 179
2.1.3. Le pôle paranoïaque de la psychose 180
a. Le conflit avec l'Autre 180
b. Le délire comme tentative de solution 181
c. L'ironie de Jacques Lacan 183
Chapitre 2: Une clinique différentielle fondée sur la primauté de la jouissance **186**
2.2.1. Lacan 1, Lacan 2 187
a. Causalité imaginaire 187
b. Causalité symbolique 188
c. Causalité réelle 191
2.2.2. Le sujet de la jouissance 193
a. L'holophrase 194
b. La jouissance vient à causer ce qui se lit comme monde 196
c. Tout parlêtre se défend du réel et de la jouissance 197
2.2.3. Maladies de la mentalité 198
a. La dimension de la perte 199

b. Conversation pragmatique 201
c. Le dit-schizophrène 203
Chapitre 3: Une théorie de l'incurable ? **208**
2.3.1. Clinique ironique 208
a. Qu'est-ce que l'ironie ? 209
b. Clinique et discours 211
c. Tout le monde délire 214
2.3.2. Une pragmatique de la psychanalyse 215
a. Le semblant 216
b. La thérapeutique 217
2.3.3. Le point de vue joycien 220
a. Joyce avec Lacan 220
b. Clinique borroméenne 223
c. L'interprétation topologique 225
Partie III - La schizophrénie : Une clinique enseignante **229**
Chapitre 1: La rencontre avec le schizophrène. **230**
3.1.1. Les conditions de la rencontre 230
a. Clinique du cas 231
b. Un pari 232
3.1.2. Rencontres cliniques 234
a. Point d'où 235
b. Entre le sujet et l'Autre 236
3.1.3. Hors discours 237
a. Le réel nu 238
b. Prendre appui du refus 241
c. Pas avoir de corps 243
Chapitre 2: Contre quoi le sujet schizophrène se défend-t-il ? **248**
3.2.1. Un monde fragmenté 248
a. Qui pense à moi ? 248
b. Le circuit de la lettre 251
c. Etre parlé 253
3.2.2. Comment faire avec son corps ? 256
a. L'affolement de la pulsion 256
Tracer un circuit 258
Comment parer à l'insistance du surmoi ? 258
b. « C'est mon corps » 259
c. Matérialisation du semblant 260

Une modalité d'inscription au champ de l'Autre 262
3.2.3. L'excès de réalisme 263
a. Conversation avec un patient 264
b. Le monde de Candy 266
Un discours qui vise le semblant 268
Le mot est la Chose 269
Les intentions de l'Autre à son égard 270
c. Ce qui ne peut pas se dire 270
La dimension de la parole 272
Le dessin comme écriture réelle 274
Partie IV - Le savoir du schizophrène **276**
Chapitre 1: Traitement / Auto-traitement **278**
4.1.1. Les traitements possibles 278
a. La construction matérielle d'un bord 278
b. L'effet escabeau 282
c. Traduction 284
4.1.2. Secrétaire de l'aliéné 288
a. S//I//R//S 289
b. Secrétaire inventif 290
4.1.3. Le couple patient-thérapeute et le bout de réel en jeu 292
a. Partenaire-symptôme 292
b. Corps-à-corps 294
Chapitre 2. Une nouvelle alliance du sujet et de la pulsion **301**
4.2.1. Les paroles imposées 301
a. Les axiomes de Lacan 302
b. Le schizophrène et la machine fondamentale 304
c. Le schizophrène et la voix 307
4.2.2. Savoir, vérité et jouissance 309
a. Tenir la vérité à distance 310
b. L'anti-œdipe de Lacan 315
c. Que puis-je savoir ? 319
4.2.3. Un discours avec les signes de la jouissance ? 324
a. Ou je suis, Ou je pense 324
b. L'amour 328
c. Poésie 334
Partie V - Le savoir de la schizophrénie **342**

Chapitre 1: Le Monde du corps de Gunther Von Hagens **345**
5.1.1. L'anatomie révélée 345
a. « L'anatomie révélée à travers de véritables corps humain » 347
b. Human factory 350
c. Qu'est-ce que la plastination ? 354
5.1.2. Notes sur l'auteur 355
a. L'homme, par lui-même et ses proches 355
b. L'inventeur 358
c. Sa légitimité 360
5.1.3. Controverses 361
a. Comment ? 362
b. L'objet de l'œuvre 363
c. Qu'est-ce que ça montre ? 366
Chapitre 2: Ce que méconnaît l'homme normal **368**
5.2.1. La montée au zénith de l'objet a éclairée par la schizophrénie ? 368
a. La volonté de montrer et le désir de voir. 370
Déchet et mise en série 371
Acte ou consommation ? 372
b. Perversion sociale et éthique du sujet. 373
Regarder 373
Affinités du regard et de la perversion 374
Monstration ou présentification ? 376
Principe de plat plaisir 378
c. Fantasme nécrophile 379
5.2.2. Modernité ironique 384
a. La ruine du lien social 384
b. Schizophrénie et civilisation 388
c. La norme de la psychose ? 391
Conclusion **396**
Bibliographie **404**
Table des matières **420**
Index des noms cités **426**

Annino-Zicot, Claire. Le savoir du schizophrène : actualité des traitements - 2017

Index des noms cités

Abelhauser, Alain, 172
Abraham, Karl, 37, 54, 55, 56, 60
Aflalo, Agnès, 230
Allen, David, 26, 27, 51, 53, 65, 66, 70, 95, 96, 97, 98, 107, 397
Amirault, Monique, 233, 234, 335, 337
Andreassen, Nancy, 104
Annino, Claire, 21, 264, 345, 366
Ansermet, François, 94, 394, 399
Arasse, Daniel, 370
Aubert, Jacques, 220, 222, 410
Ayme, Jean, 159, 161, 162

Barbès-Morin, G., 151, 154
Baruk, Henri, 79, 396
Basaglia, Franco, 167
Bassols, Miguel, 215, 241, 319
Bateson, Gregory, 103, 140, 147, 148, 149
Baud, Patrick, 63, 64, 65, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Bergson, Henri, 67, 68
Bernard, Claude, 79
Bernoussi, Amal, 23, 86, 90, 92, 94, 104, 408
Berquin, A., 150
Bettelheim, Bruno, 140, 159
Beuys, Joseph, 357
Binet, Alfred, 72
Bini, Lucio, 97
Binswanger, Ludwig, 73, 115
Bleuler, Eugen, 18, 27, 30, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 63, 64, 65, 67, 68, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 83, 84, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 107, 127, 141, 158, 180, 396, 406
Bleuler, Manfred, 97, 98, 107
Bobon, Jean, 274
Bonnafé, Lucien, 158
Bonnaud, Hélène, 239, 242, 272
Borie, Jacques, 185, 186
Bosquin-Caroz, Patricia, 392
Brémaud, Nicolas, 112, 127, 130
Briole, Guy, 288
Briole, Marie-Hélène, 281, 329, 330
Brousse, Marie-Hélène, 215
Bumke, Oswald, 63

Carlsonn, Arvid, 81
Caroz, Gil, 261, 405
Carpenter, William, 105
Castanet, Hervé, 370, 415
Cerletti, Ugo, 97
Charraud, Nathalie, 191
Chaslin, Philippe, 33, 67
Chatenay, Gil, 198, 200, 231, 246, 417
Chemama, Roland, 376
Chiriaco, Sonia, 320
Christian, Jules, 34
Claude, Henri, 75, 77
Coccoz, Vilma, 300
Cooper, David, 149, 167
Coupechoux, Patrick, 138, 139, 164, 165, 166
Courtinat, Elisabeth, 120
Crozier, Michel, 149

Daumézon, Georges, 159, 160
De Gaulejac, Vincent, 150
De Georges, Philippe, 189
De Giacomo, 80
De jong, 80
De Vinci, Léonard, 348
Deffieux, Jean-Pierre, 313, 314, 321, 416
Degueurce, C., 349
Delay, Jean, 80
Deleuze, Gilles, 205, 221, 309
Deniker, Pierre, 80
Depelsenaire, Yves, 392
Descartes, René, 247, 323, 327, 347, 362, 369, 370
Devereux, Georges, 149
Diatkine, René, 164
Diem, Otto, 96, 418
Dissez, Nicolas, 302
Doguet-Dziomba, M.-H., 203
Domenech, Philippe, 154, 155
Don Jackson, Donald, 147
Duchamp, Marcel, 371
Duprat, C., 129
Dürer, Albrecht, 348

Escoffier-Lambiotte, C., 102
Esquirol, Jean-Etienne, 24, 25, 27, 29, 38, 134
Esterson, Aaron, 167
Ey, Henri, 36, 73, 74, 75, 76, 77, 83, 94, 179, 407

Falret, Jean-Pierre, 24, 28, 35, 182, 202
Federn, Paul, 108, 112
Ferenczi, Sandor, 108, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 142, 397, 413
Fernandes, M.-H., 402
Fliess, Wilhelm, 49, 110
Floury, Nicolas, 170
Foucault, Michel, 18, 134, 135, 156, 166, 397, 406
Fourcroy, Antoine, 349
Fragonard, Honoré, 346, 349, 355, 405
Franco, Francesco, 159, 167
Frege, Gottlob, 196

Freud, Anna, 114, 120
Freud, Sigmund, 34, 35, 37, 43, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 71, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 123, 125, 139, 143, 149, 158, 170, 174, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 201, 210, 212, 214, 216, 217, 221, 230, 231,232, 233, 235, 236, 247, 275, 288, 297, 298, 302, 304, 317, 323, 328, 330, 334, 335, 344, 369, 374, 385, 386, 388, 389, 397, 398, 402, 410, 411, 413
Frith, C., 91, 92
Fromm-Reichmann, Frieda, 119, 124, 125, 126, 127, 142, 143, 144, 407, 418

Garrabé, Jean, 23, 25, 26, 27, 28, 34, 52, 64, 74, 80, 102, 103, 167
Gaspard, Jean-Luc, 248, 402, 406
Gault, Jean-Louis, 232
Georgieff, Nicolas, 90, 91, 92, 93, 94
Goethe, Johann W., 358
Gonon, François, 78, 87, 88
Gori, Roland, 166, 392, 397
Gorostiza, Laurent, 136
Grasser, Fabian, 241
Griesinger, Wilhelm, 27, 101
Grollier, Michel, 179, 253
Guattari, félix, 159, 205, 221, 309
Gueguen, Pierre-Gilles, 402
Guelfi, J.-D., 104, 105
Guilbaud, Georges Th., 223
Guiraud, Paul, 74, 77, 83, 84, 406
Guyonnet, Damien, 335, 338

Haouzir, Sadeq, 23, 86, 90, 92, 94, 104
Hartmann, Heinz, 114, 124
Hecker, Ewald, 28, 30, 32, 33, 34, 42, 103
Hegel, Georg W., 323
Hillebrands, B., 355
Hochmann, Jean, 158
Hoffman, 92
Hollos, Istvan, 108, 111
Holvoet, Dominique, 235, 236, 237, 393
Hoornaert, G., 237, 387, 389

Jablensky, Assen, 105
Jaccard, R., 140
Jackson, John, 74
Jakobson, Roman, 175, 202
Jaspers, Karl, 100
Jeannerod, M., 92
Joyce, James, 207, 208, 213, 220, 221, 222, 223, 301, 302, 309, 327, 331, 332, 333, 334, 337, 409, 410, 411, 418
Jung, Carl-Gustav, 37, 49, 50, 53, 54, 55, 60, 71, 111, 113, 115, 123, 407

Kahlbaüm, Karl Ludwig, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 38
Kanner, Léo, 48
Kant, Emmanuel, 251, 319, 322
Kaufmant, Y., 131
Kay, Stanley, 104
Kety, S., 85, 98
King, Pamela, 113, 114
Klaesi, Jakob, 97
Klein, Mélanie, 233
Kleist, Karl, 65
Kornobis, J.-P., 369
Kraepelin, Emil, 18, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 52, 56, 59, 67, 76, 79, 84, 97, 241, 396
Kriz, Wilhelm, 353, 356
Kupfer, David, 105

La Sagna, Philippe, 412, 416
Laborit, Henri, 80
Lacadée, Philippe, 235, 236, 299, 300
Lacan, Jacques, 19, 20, 57, 63, 65, 66, 71, 112, 113, 114, 115, 127, 128, 129, 130, 133, 134, 159, 160, 161, 162, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 247, 248, 261, 263, 264, 267, 270, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 281, 282, 283, 284, 285, 288, 289, 291, 292, 293, 294, 297, 298, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 344, 361, 362, 368, 369, 373, 374, 375, 380, 381, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 392, 393, 394, 395, 397, 398, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 417, 418
Laing, Ronald, 66, 167
Lallier, E., 353
Lalonde, P., 151, 154, 404
Langelez, Katty, 249
Lanteri-Laura, Georges, 23, 24, 35, 73, 74, 107, 139, 396
Laurent, Éric, 82, 137, 146, 149, 157, 180, 191, 193, 195, 198, 202, 208, 210, 222, 226, 233, 234, 243, 244, 247, 263, 273, 275, 277, 281, 282, 285, 287, 288, 291, 297, 303, 308, 327, 328, 335, 343, 344, 389, 391, 393, 394, 400, 402, 403, 407, 412, 416
Le Breton, David, 347, 349, 350, 406
Lebovici, Serge, 164
Lebrun, Jean-Pierre, 376, 384, 405
Lecrubier, Yves, 81

Lefort, Rosine, 233, 281, 295, 297, 298, 299, 300, 326, 405, 409, 412, 416
Leguil, Clotilde, 115, 336, 385
Leguil, François, 264, 293, 331, 407
Leriche, René, 349
Leuret, François, 26, 27, 33
Liart, Monique, 368
Liebchen, Gunther (von Hagens), 356, 357, 418
Lincoln, Abraham, 113
Lingner, Karl August, 351
Loach, Kenneth, 167
Lucchelli, Juan-Pablo, 115, 136, 137, 138
Luis, J., 119, 413

Maes, Bénédicte, 330
Magistretti, Pierre, 94, 404
Magnan, Valentin, 26, 33, 35, 182
Mahjoub, Lilia, 390, 392
Mahler, Margaret, 144
Malengreau, Pierre, 277, 294
Maleval, Jean-Claude, 27, 49, 50, 51, 177, 178, 181, 182, 183, 244, 368, 376, 379, 380, 381, 382, 383
Mandil, R., 206
Mannoni, Maud, 160, 162, 194
Marc, Edmond, 147, 148
Marin, Cabré, 119
Matet, Jean-Daniel, 339
Maugeri, Salvatore, 413
May, James, 95, 96, 97, 143
Meyer, Adolf, 75, 99, 132, 133
Meynert, Theodore, 58, 110
Miani, Bruno, 220
Michaud, Henriette, 413
Michel-Ange, 348
Miller, Jacques-Alain, 19, 20, 53, 60, 61, 108, 109, 110, 119, 127, 128, 161, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 178, 184, 189, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 199, 202, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 221, 222, 225, 230, 231, 242, 247, 261, 263, 264,269, 270, 275, 277, 278, 282, 285, 292, 293, 294, 295, 300, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 330, 336, 368, 370, 387, 389, 390, 391, 398, 400, 401, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 416, 418
Miller, Judith, 297, 299, 300
Milner, Jean-Claude, 156, 157
Minard, Michel, 113, 114, 123, 124, 125, 133
Minkowski, Eugène, 52, 54, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 140, 141, 142, 396, 404
Mondzain, Marie-José, 369
Morel, B.-A., 25, 26, 28, 32, 34, 38, 103, 133
Moulinier, D., 380
Murray, Robin, 105

Oury, Jean, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 388

Paumel, philippe, 164
Pedinielli, Jean-Louis, 23, 86, 90, 408
Picard, Dominique, 147, 148, 413
Pinel, Philippe, 23, 24, 25, 134
Postel, Jacques, 26, 30, 32, 44, 52
Prost, Pauline, 335, 337

Quétel, Claude, 417
Quine, W.V.O., 285

Rabanel, Jean-Robert, 248, 291, 405, 417
Racamier, Paul, 162, 164
Regier, Darrel, 105
Rembrandt, 348
Repond, A., 142
Rimbaud, Arthur, 338
Rivoire, M., 338
Rodin, Auguste, 366
Roth, Martin, 351
Rouillon, Jean-Pierre, 198, 199, 234, 405
Roux, Patrick, 216, 217
Roy, Daniel, 262, 416
Rubens, Pierre-Paul, 348
Rümke, Henricus, 64
Rusch, Frederick, 348
Russo, Pablo, 292, 293

Sackett, D., 135
Sade, Marquis de, 380
Sakel, Manfred, 97
Sartre, Jean-Paul, 385, 412
Sauret, Marie-Jean, 307, 314
Saussure, Ferdinand, 74, 406
Sauvagnat, François, 100, 101, 103, 248, 288, 289, 319
Schaefer, Gérard J., 382, 383
Schneider, Kurt, 64, 100, 101, 102
Schreber, Daniel-Paul, 53, 55, 56, 57, 61, 111, 178, 180, 181, 182, 189, 190, 191, 201, 206, 222, 226, 287, 293, 330, 331
Searles, Harold, 119, 124, 144, 145, 146
Séglas, Jules, 35, 128, 404
Serbski, Wladimir, 34
Simon, Hermann, 110, 159
Simon, Théodore, 72, 159
Sivadon, Paul, 162
Smythies, John, 81, 82
Solano, Esthela, 223, 224
Soler, Colette, 332, 333
Spielrein, Sabina, 115
Spitzner, Pierre, 349
Steck, Hans, 80
Stef, C., 269
Stylianidis, S., 151

Sullivan, Henri-Stark, 97, 107, 124, 125, 126, 142, 159
Sureau, M.-C., 284

Tarrab, M., 282
Tiedmann, K., 357
Tosquelles, François, 18, 159, 161, 163, 164
Trevarthen, C., 93
Tschakert, Franz, 352
Tudal, Antoine, 339

Van Os, Jim, 105
Vincent, T., 124, 125
Vogt, C. et O., 84
Von Hagens, Gunther, 21, 345, 346, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 370, 371, 372, 373, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 401, 402, 408, 409, 411, 412, 417, 418

Wajcman, Gérard, 371, 372, 373, 378
Walker, W, 124, 125
Wetz, Franz-Josef, 361
Whalley, Angelina, 353, 355, 362, 363, 408, 409, 418
Widlöcher, Daniel, 127, 407
Winnicott, Donald, 112, 119, 120, 121, 122, 123, 145, 397, 405
Wolfson, Louis, 213
Woolf, Virginia, 213, 408

Zenoni, Alfredo, 53, 131, 132, 158, 166, 199, 212, 213, 219, 267, 270, 285, 290, 315, 316, 317

Résumé

Le savoir du schizophrène : Actualité des traitements

Cette recherche vise à rendre compte de la clinique, en institution de santé mentale, auprès de sujets *dits schizophrènes*. Nous avons cherché à démontrer l'hypothèse selon laquelle il est légitime de parler du *savoir* du schizophrène, alors même que les cas présentés concernent des personnes confrontées, sans voile, à l'incidence de la jouissance sur le corps et dans le langage. Pour cela, nous nous sommes d'abord intéressés à la schizophrénie comme concept qui accompagne l'histoire des savoirs en psychiatrie, ainsi que des pratiques cliniques. Il s'avère que la schizophrénie est un champ confus, qui nous conduit à dire de façon provocante qu'elle n'existe pas. Ce qui existe, ce sont des sujets qui font trou dans la classification. Avec la psychanalyse et les enseignements de Freud et Lacan, nous opérons alors un choix éthique, stratégique et politique, dans la mesure où ils nous permettent, en théorisant la fonction du sujet, de proposer une approche de l'incurable qui dépasse les limites du sens commun. Dès lors, le savoir du schizophrène concerne le statut de l'être humain en tant que corps parlant. Loin d'être en défaut, c'est un sujet en excès. Pour faire limite à la jouissance, si le sujet ne dispose pas de l'articulation signifiante, il nous enseigne que nous avons à notre disposition le semblant, mixte d'imaginaire et de symbolique. Nous avons ensuite exploré la voie de l'affect : l'angoisse et l'amour. La première, en tant que voie d'accès à ce qui n'est pas signifiant, la seconde en tant que lien entre les êtres parlants qui permet d'inclure le réel. Le dernier chapitre interroge la façon dont la schizophrénie, en tant qu'elle a rapport au hors-sens, peut éclairer le clinicien sur la façon dont la société contemporaine vit la pulsion.

Mots clés : schizophrénie, psychiatrie, psychanalyse, savoir, traitement, corps, langage, jouissance, semblant

Abstract

The schizohprenic's knowledge : New treatments

This research aims to underline clinical facts in psychiatric hospitals with subjects suffering from schizophrenia. We have tried to demonstrate the hypothesis whereby it is possible to talk about the schizophrenic's knowledge even though the examples given were subjects facing without any protection the impact of the jouissance on their body and language. Therefore, we were interested in how schizophrenia as a concept would be throughout history in psychiatric theories and clinical practices. As schizophrenia is a vague field, it led us to think that it didn't exist. However, we have learned that patients seem to be in a gap of medical classification. Throughout psychoanalysis and Freud's and Lacan's teaching, we have made an ethical, strategic and political choice. In fact, they have theorize the function of the subject by proposing a method which treats what's not curable and what's beyond common meaning. Henceforth, the schizophrenic's knowledge concerns the status of human being as a speaking body. Far from being lacking, it is exceeding. In order to limit the jouissance for a subject which doesn't have the signifying articulation, we have learned that we have at our disposal the semblance which combines imaginary and symbolic. Then, we have explored the affect field which includes anxiety and love. Anxiety enables the subject to have access to the semblance, than love as the bond between speakers allows it to incorporate real. The last chapter discusses the way schizophrenia by it's relevance to the outside meaning, can help the clinician to see how today's society experiences the drive.

Keywords : schizophrenia, psychiatry, psychoanalysis, knowledge, body, language, jouissance, semblance