

Article

« Psychanalyse et traitement des psychotiques »

Willy Apollon

Santé mentale au Québec, vol. 13, n° 1, 1988, p. 161-176.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030436ar>

DOI: 10.7202/030436ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Psychanalyse et traitement des psychotiques

Willy Apollon*

Engagé dans une cure sous transfert, le psychotique répond autrement au traitement. L'éthique de la psychanalyse exige qu'il prenne en charge ce traitement. Il entre alors dans une longue crise spécifique au traitement dont il ne sort que par les voies du symptôme. Le traitement et l'analyse du symptôme le conduisent à ce temps particulier de reconstitution du corps, ou la production d'un objet signe sa sortie des phénomènes de la psychose. Ce parcours est aléatoire mais pour ceux qui le suivent, aux prises avec la structure au-delà de la phénoménologie de la psychose, ils aboutissent à l'accueil d'une société qui, ayant bradé le tragique humain, n'a aucune place à leur offrir.

Que peut espérer le psychotique de la psychanalyse ?

Le « 388 » (Centre psychanalytique de traitement pour jeunes psychotiques) est peut-être désormais un nouveau type de réponse à cette question. Il ne faut pas donner de faux espoirs au psychotique, mais un certain nombre de résultats se dessinent désormais, dont nous connaissons les chemins par où nous y sommes arrivés.

Ce qui nous intéresse ici, ce n'est pas la discussion savante sur les théories, les problématiques, les raisons métaphysiques, les problématiques biochimiques, comportementalistes et autres... Nous ne dédaignons pas de telles discussions, mais aimerions plutôt communiquer les moyens, les chemins parcourus, les buts poursuivis et les résultats obtenus, dans cette aventure singulière du traitement de la psychose dans la communauté.

Nous disons que contrairement à l'enseignement officiel dominant et aux préjugés les plus courants, la psychose se traite par la psychanalyse à condition de faire subir à la psychanalyse les transformations théoriques et techniques nécessaires sans rien concéder sur la rigueur de l'invention de Freud. Nous croyons avoir peut-être réussi en partie ce pari. Et nous ne voulons nous en tenir pour en témoigner qu'aux résultats que nous constatons sur un échantillon de 21 patients traités pendant cinq ans.

Mais voilà, la psychanalyse c'est très complexe et c'est très long. Nous en convenons. Déjà la psychanalyse du névrosé se poursuit et se réalise à l'intérieur d'un temps assez long, soit cinq à huit ans selon la gravité des cas. Ce temps est pourtant tout à fait comparable à celui des pratiques les plus courantes des autres approches lourdes de traitement. Si nous nous en tenons à l'échantillon de 220 patients vus en comité d'admission au « 388 » en six ans, nous constatons qu'au moment de leur arrivée au Centre, 70 % d'entre eux avaient au-delà de 8 à 10 ans de traitement antérieur avec une moyenne souvent lourde d'hospitalisations.

La psychanalyse est certes une voie très longue et un traitement très lourd, pour ce qu'il demande d'engagement tant du patient que des soignants. Nous disons simplement que la psychose, autant que n'importe quel autre handicap profond et destructeur de la personne et de ses liens sociaux, mérite un tel effort.

Au risque de paraître provocant, j'ajouterais même ceci à quoi me conduit une expérience de vingt-cinq années d'études, de recherches et de pratiques diverses dans ce champ spécifique de la psychose : il n'y a que trois ou quatre voies pour la psychose :

- 1) la pratique artistique qui promeut un sujet au désir, en deçà et au-delà des limites et illusions du savoir ;
- 2) la religion ou la science, que je mettrai dans le même champ, qui est celui du savoir (qu'il soit révélé ou technologiquement acquis, peu importe et de ses vains espoirs de fonder le lien social) ;
- 3) la psychanalyse dont l'éthique requiert le retour du sujet du désir dans le champ du savoir ;

* Willy Apollon est docteur en philosophie et il est psychanalyste, et membre du GIFRIC. Psychanalyste consultant au « 388 ». Responsable de la recherche sur la psychose au GIFRIC et de la formation des intervenants au « 388 ».

- 4) et puis il y a le choix du délire que fait le psychotique dans une entreprise dramatique et forcée de fonder l'univers du sens sur cette certitude singulière qui inclurait la vérité dans le savoir.

Que fait la psychanalyse pour la psychose ?

Je proposais à Paris l'année dernière cette formule qui a frappé : « La psychanalyse au »388«, met la psychose au travail... » Colette Soler, dans une entrevue pour la revue *L'Ane* me faisait remarquer que la psychose travaille tout seul. C'est exact. La psychose met immédiatement le sujet au travail de la production d'une solution que nous diagnostiquons délirante. Très précisément il faut, grâce à la psychanalyse, mettre l'équipe de soignants à la tâche de pénétrer le travail du délire, de le modifier et de l'accompagner jusqu'au point où il laisse son espace propre au sujet du désir dans sa quête d'un nouveau lien social.

Quatre temps logiques règlent ce réaménagement du travail de la psychose.

- I. **La production de l'ICS (l'InConScient)**, soit la réorganisation des positions d'identification du sujet psychosé dans une prise de parole subjective. C'est le temps de reconstruction de l'histoire subjective en tant qu'assisté de la prise de la parole.
- II. **La reconstruction de l'image corporelle**, temps du symptôme où le sujet habite enfin son corps comme axe d'articulation et lieu de gestion de l'espace et du temps.
- III. **Le temps de l'objet** autour de quoi se constituent les enjeux du désir. Dans le discours de nos patients, c'est le temps délicat de ce qu'ils considèrent comme leur sortie de la psychose. C'est le temps extrêmement fragile de la découverte des enjeux vertigineux du désir face à l'inconsistance des projets sociaux et de im-postures du consensus social.
- IV. **L'exploration des fondements esthétiques d'une éthique du lien social**. Dans ce temps où il a repris suffisamment possession de ses moyens de savoir, de son corps désirant, de la gestion de son espace dans le temps socio-économique et politique, le psychosé se retrouve face au vide d'une société qui refuse la dimension tragique de l'humain au nom des promes-

ses du savoir et l'espoir vain de gérer l'irrationalité dans l'économie politique. L'exigence demeure incontournable pour le psychosé de devoir constituer un nouveau mode de lien social, mode d'être avec autrui et de participation à la coexistence dans la recherche de sa satisfaction.

La production d'une position subjective inconsciente

Le traitement habituel des psychoses est une prise en charge totale du psychosé en vue de soins globaux prolongés axés sur la psychopharmacologie dans un cadre de surveillance hospitalière. Les pratiques mises en place dans une telle perspective visent le contrôle et la stabilisation de la décompensation psychotique jugée dangereuse pour l'intégrité physique et psychologique de la personne et/ou de son entourage social immédiat. Dans un deuxième temps, le traitement aujourd'hui dans les milieux de soins les plus avancés, tentera ce qui est considéré comme une réinsertion sociale du psychosé par des activités psycho-pédagogiques et rééducatives dans leur visée sociale.

Une telle approche du traitement est tributaire d'une certaine conception « scientifique » du savoir, comme promettant la solution technologique à plus ou moins long terme des problèmes humains les plus fondamentaux. Sur ce point nous en sommes encore à l'épistémologie scientifique du début du siècle. Dans une telle épistémologie, la psychose est non seulement une maladie, mais elle a nécessairement une cause, sinon une origine bio-chimique. Elle doit donc être abordée avec les moyens scientifiques de la recherche et dans les conditions de l'intervention bio-chimique et médicale. Sans doute, puisque c'est là une dimension de l'être humain, mais sans être le tout l'être.

La première conséquence d'une telle approche est que le sujet psychosé se retrouve dans une position d'objet d'observation scientifique du fait même de la prise en charge totale dont il fait l'occasion. Le psychosé, qui déjà dans son délire se plaint de la persécution par l'Autre, peut ainsi se trouver effectivement en butte à la surveillance, à l'observation et aux soins, pour les meilleures raisons du monde. Ceci ne peut pas être sans un effet de renforcement des bases même de son délire. Mais ce ne serait pas très significatif, si le traitement n'était pas axé très

précisément sur un tempérament ou un contrôle du délire, par des moyens et des objets externes. Le traitement de par sa nature même, mais à l'insu des soignants, viserait à maintenir ce qu'il a justement pour fonction d'éliminer, soit le délire en le stabilisant et le sentiment d'être réduit à un statut d'objet (de persécution, de séduction, de surveillance, ou de rapt d'organes, etc...) par l'Autre.

Ainsi renforcé objectivement dans une position délirante par la réalité des approches promues par les soignants, indépendamment de la volonté et des bonnes intentions de ces derniers, le psychosé est du coup et dans les faits, dépossédé de sa position de sujet (sujet de droits légaux et de devoirs civiques). Il était « en stand by », il devient désormais sous surveillance, subjectivité sous tutelle mise en résidence surveillée dans son statut d'objet de la science et de victime d'un accident biochimique ou génétique. Ainsi de jeunes patients passent parfois des moments (voire des années) stratégiques de leur adolescence sous un rythme d'hospitalisations fréquentes ou prolongées ou avec des diagnostics qui se révèleront après coup invalidants malgré la prudence et parfois l'humanité qui a pu présider à leur assignation.

Ainsi apparaissent deux concepts qui signeront pour certains de nos usagers et leurs confrères, le sentiment de cette invalidation progressive : c'est la dé-responsabilisation sociale, et la protection civile. Bien sûr le mode même et le contexte juridique sous lesquels la psychose est identifiée et gérée dans notre type de société amène le psychosé dans des positions et des comportements dangereux tant pour lui que pour autrui. Cela donne une dimension de particulière importance aux concepts de responsabilité sociale et de protection civile, en ce qui concerne la psychose. Tout cet ensemble de conditions d'objectivation du psychosé, et d'exclusion de sa position subjective est suffisamment connu à qui a pris la peine d'en faire le bilan honnête. Nous n'insistons pas. Nous soulignons une situation de fait, pour attirer la lumière sur ses conséquences quant à la position du psychosé comme sujet.

Le traitement psychanalytique au contraire requiert que le sujet prenne lui-même en main sa propre cure et y engage son propre désir. Une telle exigence est précisément ce qui a mis en doute déjà pour Freud que le psychosé puisse s'engager dans le processus d'une cure analytique. Cette requête est pourtant structurelle à l'analyse et une condition fon-

damentale de son processus. Requérir que le sujet s'engage dans l'analyse sur la base de ce qui se révélera plus tard comme son désir ou un élément essentiel à son désir, cette exigence éthique qui fonde le processus de la cure est représentée par le désir même de l'analyste.

1. Le traitement psychanalytique requiert donc en premier lieu comme condition de soutien de la cure pour le psychosé comme pour le névrosé, une prise de position du sujet dans sa parole et quant à ce qui fait ce que l'on appelle sa maladie. Dans le concret de nos pratiques, cela se manifeste dans l'exigence que le patient fasse lui-même une demande de traitement au « 388 » et prenne lui-même un rendez-vous avec le comité d'admission du Centre. Même quand le patient est référé par un médecin, il doit faire sa propre démarche. L'expérience montre que les patients qui pour une raison ou une autre n'ont pas été soumis effectivement à cette règle ont tous quitté le programme ou bien n'ont pu y être traités.

Cette exigence de la demande du patient ne se réduit pas cependant à la question psychologique de la motivation. C'est différent. On a vu des patients non motivés faire leur démarche d'admission quand même. En effet, à la limite on pourrait dire que le psychosé n'est pas motivé. L'enjeu est de savoir s'il se perçoit comme ayant besoin de l'Autre ou non. Dans ce cas, il est prêt à entrer dans ce lien social particulier qu'est le transfert psychanalytique. Or justement, la psychose ce n'est pas en fait ce que l'on croit quand on parle de la perte de la réalité, la psychose c'est plutôt la perte du lien social. Pour que le traitement puisse être abordable, il faut que pour le psychosé, une brèche dans la certitude de son délire, vienne rendre possible le travail de construction d'un minimum de lien social. C'est très précisément cela qui occasionne le transfert, où le psychosé suppose au « 388 » un savoir faire avec la psychose qui rende possible la construction d'un nouveau lien social.

Une telle position de la part des soignants implique qu'ils prennent en compte le délire du psychosé au départ. En effet requérir sa demande, c'est admettre les formes même que peut prendre cette demande. Ainsi tel patient vient « pour être prêtre », tel autre demande un traitement pour « renouer avec la civilisation », tel autre enfin vient pour que l'« on lise dans ses pensées » et que par là on « le débarrasse des pensées parasitaires » qui le persécutent. Autre-

ment dit la demande du psychotique est particulière et doit être reçue comme telle. C'est donc le sujet qui est pris en considération dans sa parole, au point même où cette parole dérape et est parasitée par les voix du délire.

Ceux qui reçoivent le psychotique en entrevue d'admission se réfèrent à ce que le sujet dit de sa souffrance et de sa situation. Son symptôme n'est pas négligé, ni son dossier ignoré. Mais l'accent est mis d'abord sur ce que le sujet a à dire. Il s'agit de soutenir sa parole, plutôt que de se référer à ce qui le décrit comme objet d'observation, de surveillance ou de soins. Cet accent mis sur son discours plutôt que sur ses symptômes, sur sa parole plutôt que sur les jugements d'autrui, engage avec le psychosé un rapport de sujet à sujet, qui tend à renouer au minimum le lien social. Dans ce cadre le psychosé est requis de prendre position vis-à-vis d'un traitement qui l'engage vers une restructuration du rapport social et une sortie du phénomène de la psychose. Il faut en effet distinguer le phénomène de la psychose, ce qui est appelé la maladie avec tout son cortège de particularités, de souffrance, de délire, de dangers physiques, et la structure de la psychose elle-même qui rend compte de cette phénoménologie. La structure, en général non identifiée par les intervenants et les praticiens, est le rapport particulier du sujet psychosé à l'Autre et à la pulsion de mort. Comme dans la névrose et la perversion, le traitement et la cure dans les psychoses ne font pas disparaître la structure en modifiant même profondément la phénoménologie de ses manifestations dans le vécu du psychosé. C'est au contraire à partir de cette structure que le sujet aura à réorganiser l'éthique et l'esthétique de sa présence au monde et de ses liens avec autrui.

Dans une telle approche du traitement, on ne préjuge pas des causes, ni des origines de la psychose. Ce n'est pas décidé d'avance. Aucune condamnation « bio-chimique » ne pèse sur le sujet, qui ne se trouve pas par là réduit à une position d'objet de soins. Au contraire, il est fait appel à ce sujet et il est requis de répondre. Au début du Centre, la critique la plus courante faite à une telle approche était que nous demandions trop au psychotique. L'expérience invalide cette critique. Le sujet, de fait, répond positivement à cette requête dans 70 à 75 % des cas, et cette attitude du psychosé garantit une gestion autre de sa psychose et de son rapport à autrui et aux règles du jeu social. C'est un prérequis à toute cure possible dans la psychose, par les moyens de la psychanalyse.

2. La prise en compte de la parole délirante comme point d'engagement du sujet dans la cure, permet un déploiement du délire qui met à jour à la fois sa structure et sa signification singulière pour le sujet. Dans le traitement habituel, on vise un soulagement de la souffrance psychique, par le contrôle et la stabilisation du délire. Mais le délire est précisément la réponse du sujet psychosé à la décompensation psychotique et aux voix qui la déterminent. Avec l'intervention psycho-pharmacologique, le psychosé a le sentiment, du moins à ce qu'il nous en dit, que l'on cherche à étouffer en lui les voix du délire, mais sans succès. Tel patient référant aux grosses doses de médicament auxquelles il est soumis à chaque hospitalisation, constate « je suis abattu, ... je n'ai plus de force pour lutter. Je ne sens plus rien. Je ne suis plus angoissé. Mais ça continue à parler dans ma tête. » Tel autre ne décroche pas son walkman, véritable prothèse « pour étouffer le bruit des voix » dit-il.

Requérir du psychosé une prise de position en son nom propre, le précipite inévitablement au bord de ce qui fait pour lui le vortex du sens. C'est en quelque sorte le mettre dans la situation de devoir construire une barrière et un arrimage à la révolte des voix en lui. Justement c'est ce que cherche à éviter et à empêcher l'approche la plus courante de l'intervention et du traitement : protéger le sujet de ce qui semble le détruire du dedans. Sur cette base, et compte tenu de leur croyance en une origine biochimique ou génétique de la psychose, les opposants à l'approche psychanalytique déconseillent l'analyse pour le psychotique. L'observation apparemment est juste. Mais en s'en prenant au délire ou aux symptômes, on ne supprime pas les voix. Par contre, on empêche le seul moyen que le psychosé a réussi à élaborer pour intégrer les voix dans ce qui lui semble être un univers de sens.

Requis de parler en position de sujet, le psychosé reprend l'enjeu du délire et en développe le noeud. Il s'agit alors dans le traitement d'accepter cette parole de sujet, pour ce qu'elle est. Sans entrer dans le délire du psychotique, il faut lui accorder suffisamment d'écoute, pour que soit possible l'introduction d'un doute quant à la certitude délirante qui fonde le développement du délire et qui est au noeud de sa structure. Le respect accordé au sujet dans sa parole fait au doute du soignant la place d'une question irréductible. Ce doute, véritable brèche dans le délire vient à la place de cette déchirure intérieure qui motivait la demande d'aide et de cure chez le psychosé.

D'une façon générale la structure du délire s'élabore autour de l'enjeu d'une mission dont le psychotique est l'objet de la part d'un Autre, dont l'identité varie avec chaque cas, et à l'intérieur même de chaque cas parfois. Cette structure de mise en récit d'une mission qui le singularise, est le mode sur lequel le sujet psychosé élabore une identification de soi à partir d'une élection de l'Autre, pour le meilleur ou pour le pire. C'est en même temps le mode sous lequel le psychotique justifie sa situation soit pour refuser l'étiquette de la maladie, soit pour fonder le processus de sa victimisation. De toute façon, ce processus de mise en récit des phénomènes psychiques et vocaux qui font intrusion dans sa conscience, donne un sens à son univers psychotique, et introduit par là un certain ordre au chaos qui le désinsère de l'espace et du temps communs.

C'est tout l'ordre du langage et des sens que le délirant veut réparer. Le délire le met au centre d'une aventure où sa mission est en quelque sorte de réparer un mal radical qui met en jeu le sort du monde ou l'ordre de l'univers. Cette dimension globale est ce qui spécifie le délire psychotique du délire névrotique. Le névrosé tend à réparer dans son délire un tort subjectif, une souffrance personnelle, un mal qui lui est fait. Le psychosé est aux prises avec quelque chose qui touche à la communauté, à la civilisation ou à l'univers lui-même. Bref, c'est l'ordre même du sens et du langage qui est en jeu dans le délire du psychotique. D'autre part, la modalité d'inscription du sujet psychosé n'est pas le même dans la paranoïa et dans la schizophrénie. Le paranoïaque inscrit sa solution à la psychose au niveau d'une reconsidération de tout l'ordre du langage, dans la structure d'un récit où se construit une théorie de la réparation et de l'élimination du mal. Le schizophrène quant à lui, met en jeu son être même dans l'entreprise délirante de lutter contre ce mal. Tout son corps peut passer dans cet enjeu total où il s'agit de se sacrifier en s'exposant à boucher la faille ouverte dans le flanc de l'être au monde. Aussi l'approche du traitement va se tenir au plus près de cette différence dans la position du sujet.

3. L'entrée dans la cure analytique par le transfert mettra en cause les certitudes du délire, tout en prenant au sérieux la parole du sujet. En effet c'est de cette parole même délirante que l'analyste attend les signifiants à partir desquels il va interroger le délire jusqu'à reconstituer des fragments d'histoire de la vie subjective du patient. De tels fragments

opposés aux enjeux du délire, vont progressivement être les nouveaux référents et les repères d'identification du sujet, à partir de quoi il pourra construire quelque chose d'autre comme support et justification de sa psychose. Mais c'est aussi ce qui va engager le sujet dans la crise, la décompensation psychotique. Mais cette crise sous transfert n'a pas les mêmes caractéristiques que la crise sous traitement pharmacologique et sous surveillance institutionnelle.

La différence vient du fait de la rencontre du sujet psychosé avec le désir des soignants, le psychanalyste en premier lieu. Pour la première fois le psychotique va faire l'expérience d'un accompagnement particulier dans sa traversée de la crise. S'il accepte cette expérience inédite avec le mode d'accompagnement qui lui est offert, alors il entre en quelque sorte dans le transfert, il suppose à l'équipe des soignants un savoir sur le chemin à parcourir pour sortir du labyrinthe. Alors, c'est l'entrée effective du patient dans le traitement psychanalytique au « 388 ». Il devient enfin un client et un usager des services offerts au Centre, il n'est plus un « bénéficiaire », comme disait une patiente.

Alors sans étouffer la crise, il s'agira de l'accompagner avec le désir de la contrôler progressivement, d'y assister le patient pour qu'il se réapproprie ses moyens essentiels même à travers la crise. C'est là un pari qui repose à la fois sur le désir du patient de s'en sortir mais aussi et surtout sur l'éthique des intervenants et leurs désirs d'aller jusqu'au bout sans échouer dans ce pari. En effet, ils sont engagés alors dans un long tunnel dont ils ne voient jamais d'avance la sortie. C'est différent pour chaque cas. L'adaptation singulière du traitement pharmacologique, la surveillance du rythme de sommeil, du repos, des repas, des activités qui continuent même pendant la crise, la présence continue pour soutenir une parole au lieu du passage à l'acte, bref pour chaque patient au moment de la crise d'inscription au « 388 » il s'agit d'un accompagnement sur une base de 24 heures. A travers tout cela il faut maintenir le psychosé en crise dans une position de sujet, de sujet porteur d'une parole et d'une souffrance, de ce qui traverse et parasite cette parole, sans jamais le laisser basculer dans une position unique d'objet de soins.

Trois types de crise marquent ce premier temps du traitement qui va durer entre 18 et 36 mois. C'est dans ce premier temps que le traitement va être déci-

sif pour le psychosé. Statistiquement, tous ceux qui ont passé ce premier temps, soit 70 % des patients traités au Centre, ont pu changer de façon radicale leur rapport à la psychose et commencer à créer de nouveaux liens sociaux.

A. La première crise que nous avons appelée « crise d'inscription » au « 388 » à cause de ses caractéristiques, arrive en quelque sorte comme une surprise. Pourtant les intervenants l'attendent. Ils peuvent même l'attendre parfois longtemps. Mais quand elle arrive, elle est nécessairement une surprise. En effet, tant qu'un usager n'a pas fait sa première crise au « 388 », nous ne le connaissons pas vraiment, il n'est pas vraiment inscrit au Centre et tout est provisoire et sujet à remaniement avec lui. D'un autre côté, l'usager lui-même prend son temps avant de se livrer. Il apprend par les anciens comment les choses se passent. Il peut aussi constater auprès de ses collègues l'efficacité du Centre et la confiance qu'ils ont dans les intervenants.

La première crise est donc attendue et accueillie par les intervenants et par les cliniciens du Centre, comme un point de départ décisif. On voit enfin la position du sujet dans la psychose. Tout est noté, tous les signes précurseurs, perte du lien social, désorganisation du temps, perte de la gestion de l'espace, intrusion et sentiment d'effraction psychique, etc... L'usager est alors mis en confiance, entouré, il reçoit les consignes nécessaires, les différentes équipes (jour-soir-nuit) sont averties de son état et en discutent, tout en notant au dossier les étapes d'évolution de la situation. L'équipe de soins (le psychiatre, l'intervenant responsable de l'usager, l'agent social et l'usager lui-même, principal membre de l'équipe) fait le point, identifie les axes et les temps forts de la crise, tout en adaptant le plan de soins et le suivi dans le quotidien pour l'ensemble des autres intervenants.

Cette crise sera gérée dans son ensemble par l'équipe de soins responsable de l'usager en premier lieu et par l'ensemble des intervenants. L'analyste, le clinicien de l'usager, n'intervient absolument pas à ce niveau de la crise d'inscription. La plupart du temps d'ailleurs l'usager n'est pas encore en cure individuelle. Le pari est que l'équipe et l'ensemble des intervenants arrivent à un contrôle de la crise et à accompagner le patient jusqu'à la sortie de cette crise. Tout doit concourir à ce succès, le contrôle de la médication, l'accompagnement, les rythmes des activités au Centre, une présence continue auprès du

patient qui n'est jamais isolé ni laissé seul. Cette assistance assidue de l'usager en crise évite les situations dangereuses pour l'usager et pour autrui et lui permet de traverser la crise au « 388 » sans hospitalisation.

A la sortie de la crise, et dans les semaines qui suivent, le psychiatre, l'équipe et le clinicien, quand la cure analytique est commencée, permettent à l'usager de parler de sa crise, de l'analyser, d'y mettre un peu d'ordre. Au cours de cette première crise d'inscription, les intervenants ont appris à connaître la position du sujet psychosé dans sa psychose, son rapport aux voix, le type d'injonctions auxquelles il fait face et auxquelles il se croit obligé de répondre. Dans les cas de schizophrénie, les intervenants ont fait connaissance avec le mode sur lequel l'être du sujet, son intégrité psycho-corporelle sont menacés dans la crise, les parties du corps mises en cause par l'atteinte psychotique et l'intrusion psychique. Maintenant, il faut permettre au sujet d'en parler et d'en prendre nettement conscience dans un temps de rémission et d'accalmie. Il faut parler de ce vécu avec lui, mais non à sa place. Les signifiants majeurs qui articulent cette lutte du sujet contre sa psychose dans sa crise ayant été bien repérés, les intervenants les reprendront dans la réunion clinique hebdomadaire avec l'analyste consultant.

À cette occasion seront présentés à l'ensemble des intervenants, les structures et accidents familiaux qui marquent la psychose singulière du sujet. Les axes et les signifiants de la crise seront confrontés à cette structure familiale pour en dégager les interrelations, complicités et liens signifiants. Ainsi progressivement se fera jour la structure qui détermine le rapport du sujet à sa psychose. Le plan de soins et les activités spécifiques qui alimenteront l'horaire particulier de présence de ce patient au Centre seront adaptés en fonction de ces acquisitions permises par l'accompagnement et l'analyse de la crise. Les intervenants utilisant ces acquis aideront l'usager à corriger sa propre perception de la crise pour y limiter l'impact des interprétations délirantes. Ainsi, c'est la crise elle-même qui devient un moyen de lutte contre la perte du sujet dans la psychose.

B. À la deuxième crise, les intervenants informés par l'analyse de la première, vont accompagner l'usager de façon plus active et plus déterminante. Ils vont l'accompagner en lui apprenant à reconnaître les signes précurseurs et les différentes étapes de la crise, tout en lui indiquant les dispositions à pren-

dre pour arriver à un certain contrôle. L'objectif immédiat qui est poursuivi reste évidemment de maintenir la position subjective du patient face à la crise, le plus longtemps possible.

Grâce à cette deuxième crise, où l'enjeu de collaboration usager-intervenant est très important, les éléments signifiants d'histoire subjective du patient vont être repérés et utilisés dans le sens d'une limite à l'interprétation délirante. Le patient sait désormais que l'équipe va « passer à travers la crise » avec lui et ce savoir est déterminant dans sa volonté d'apprendre lui-même à faire face à ce qui lui arrive. Le patient commence autour de cette crise, à se repérer à partir des fragments significatifs de son histoire plutôt qu'à partir des injonctions du surmoi ou des voix qui commandent ses passages à l'acte. Il distingue son histoire subjective qui se reconstitue au Centre avec les soignants, du récit délirant où il s'identifiait à « sa » mission. Cette distance par rapport au délire se manifesterà après la crise par l'acquis d'un certain « humour » face à ce qui faisait sa certitude avant. Il avertit et discute des injonctions et des impulsions qui le traversent et peut ainsi obtenir l'assistance nécessaire pour gérer sa vie dans ce temps fort de la psychose.

En sortant de cette deuxième crise, l'usager sait quelque chose d'essentiel sur sa psychose. Il a participé à la gestion de la crise, et surtout il a vu comment l'équipe s'y prenait pour l'assister. Il sait qu'il peut désormais gérer la crise avec de l'assistance et de plus il a appris à en tirer partie. Il en sort avec une connaissance de lui-même qui est distincte de ses croyances délirantes. Il peut prendre des distances pour la première fois vis-à-vis de ses propres croyances délirantes. Il a pu voir de façon technique et concrète le rôle, la nécessité et les limites des médicaments. Il sait désormais la différence profonde entre les crises qu'il a vécues à l'hôpital et ce qu'il est capable de réaliser avec les moyens du Centre. A partir de là, il va pouvoir véritablement récupérer et se réapproprier son plan de traitement. Les intervenants, son psychiatre, la travailleuse sociale et son analyste vont pouvoir s'adresser à lui comme au responsable du plan de traitement. Son point de vue désormais devient déterminant. Son ambition alors va être non seulement de gérer lui-même la troisième crise, mais il envisage déjà la possibilité de sortir du phénomène de la psychose. Il peut en parler avec les anciens qui ne font plus de crise « assistée », et qui font des projets en ville et commencent à vivre

de leurs propres moyens. C'est donc le temps des grands espoirs et des grandes illusions de guérison.

C. Quand vient ce que je désignerai comme la troisième crise, l'usager contrôle déjà son horaire d'activités à l'intérieur du Centre comme en ville. Il peut en fait distinguer les signes précurseurs de la crise, en discuter avec son intervenant responsable et son psychiatre, ou bien ne rien leur dire, surtout s'il a déjà commencé une cure individuelle. Alors, parfois seul le clinicien qui est son analyste saura qu'il est en crise. Il continue ses activités. Il ne quitte pas nécessairement son appartement pour devenir résidant. Il ne demande pas nécessairement de l'aide. Sous la supervision de son psychiatre et de l'intervenant responsable, il a déjà le contrôle de sa médication. Certains ont déjà à leur demande et avec l'avis du psychiatre, arrêté leur médication. S'il a eu entretemps un emploi, ou bien s'il a repris ses études au Cégep ou à l'université, il poursuit ses activités.

Les intervenants eux peuvent avoir repéré les signes précurseurs de la crise: ralentissement des rythmes, gestion difficile du temps et des horaires d'activités, désorganisation de l'espace d'habitation, nécessité d'intervenir auprès de l'usager quant à son habillement, sa nourriture et son sommeil. Le patient peut alors aussi se plaindre du retour d'éléments délirants ou en faire état dans ses entrevues avec les intervenants. Mais la gestion de ce moment particulier du traitement est telle, que d'un commun accord, l'assistance sera plus étroite, mais l'usager cherchera à contrôler sa crise pour la première fois seul, parce que lui et l'équipe pensent que c'est possible.

Souvent on constatera alors chez quelques-uns qu'ils fréquentent le Centre plus souvent le soir. On leur rappelle la disponibilité des intervenants, mais sans les gêner dans leur volonté de réussir à traverser tout seul leur crise par leurs propres moyens. On se contente d'une assistance prête à intervenir et de leur offrir des entrevues individuelles plus rapprochées, voire quotidiennes et plus longues. Il s'agit là en fait, d'une expérience décisive pour le sujet dans sa volonté de modifier sa position dans la psychose.

Au cours de cette crise, le patient va très loin, et très profondément dans sa régression. Il souffre mais il garde toute sa lucidité. Et même si pour certains, ils arrêtent leurs activités pour un temps à cause de la dimension de la décompensation psychotique, ils ne sont pas hospitalisés. Dans ce cadre le patient

ne veut pas généralement de l'hospitalisation. Les intervenants savent qu'il va passer à travers cette crise. Lui, il va l'apprendre. Après cette crise décisive, le patient a le sentiment qu'il va être guéri, qu'il va s'en sortir, que le tunnel tôt ou tard débouchera sur la lumière.

En sortant de cette crise, il va s'engager à fond dans le travail de remaniement global que l'analyse exige de lui. Ou bien plus rarement il va s'arrêter là et s'en aller ...

Nous évaluons qu'il faut de 18 à 36 mois à un psychotique au «388» pour en arriver à ce point. Après ce point limite, il s'engage à fond dans sa cure, à la reconstruction de sa vie et travaille à créer de nouveaux liens sociaux. C'est comme un point de non retour. Statistiquement, nous n'avons pas encore de patients qui, une fois ce stade passé, n'ont pas modifié profondément leur rapport au phénomène de la psychose et leur rapport à la société. Mais s'ils ont le sentiment de s'en être sortis, ce qui a mené quelques-uns à arrêter là le traitement, nous savons par l'expérience de ceux qui continuent au-delà de ce point, qu'il leur reste une longue et difficile route encore, avant de voler vraiment de leurs propres ailes. Mais quelques-uns ont réussi à continuer tout seul à partir de cette étape.

Tous ceux, environ 30 % des patients que nous avons traités ou commencé à traiter, qui n'ont pas traversé cette dure étape et amorcé ces changements radicaux, ont abandonné le traitement à l'intérieur de cette période de 36 mois. Nous faisons une étude particulière de ces cas que nous publierons.

La reconstitution de l'image corporelle

La deuxième grande étape du traitement va être marquée par le changement du rapport du sujet à son corps. Jusque là, le patient aux prises avec les injonctions des voix et du surmoi, qu'il soit paranoïaque ou schizophrène, était dans un rapport très particulier avec son corps. Il vit son corps comme extérieur à lui-même, en tout cas comme ne lui appartenant pas. Son corps traversé de pulsions qui le tyrannisent, est à la fois occupé par autre chose ou par un Autre, qui y exerce un contrôle, dépossédant l'utilisateur de son propre espace corporel. Le retrait du délire et la reconstitution d'une histoire plus ou moins fictive, à partir des fragments d'histoire subjective, laissent le sujet face aux effets de la psychose sur et dans son corps.

Il doit donc se remettre au chantier de la reconstitution de son rapport à son corps. De notre point de vue psychanalytique, le corps ce n'est pas ce avec quoi le médecin, psychiatre ou non, a affaire. Le corps est en quelque sorte cet écrit tracé à partir du sujet pulsionnel de l'inconscient, qui porte la marque de l'histoire du sujet affronté dans une lutte sans issue avec cet Autre qui ravage sa vie et dont il se dit tantôt « possédé », tantôt « persécuté », tantôt « surveillé », et par rapport auquel il nous paraît si souvent être « sous dictée ». Ce corps arraché à l'organisme et traversé de pulsions vagabondes, ce corps pénétré, habité, parasité, et encombré ou privé d'organes imaginaires au fonctionnement apparemment autonome, ce corps anti-biochimique, est le lieu d'où le sujet tente, parfois avec des efforts inouïs, de gérer son espace et son temps.

Ce corps ne saurait bien sûr être l'objet du regard ou du désir d'autrui. Il ne connaît donc pas vraiment la sexualité. Celle-ci est plutôt, dans un tel cadre, le lieu de la possession par le partenaire mis à la place de l'Autre persécuté. Le sujet sorti à peine du champ où le délire domine son occupation de l'espace et du temps, doit se mettre à la tâche de se réapproprier son corps avant que lui soit vraiment accessible le champ particulier de la sexualité comme espace d'investissement du désir. A ce stade d'ailleurs les usagers ne présentent pas vraiment d'intérêt pour la question de la sexualité. Mais ils commencent à s'inquiéter sérieusement des effets de la psychose sur leur corps et leur vécu d'hommes et de femmes dans la cité.

L'analyse du symptôme va être au centre donc de cette période du traitement, puisque le symptôme écrit en quelque sorte l'histoire de la possession du sujet par l'Autre. Le symptôme psychiatrique réfère à un dysfonctionnement psycho-physiologique par rapport à une norme et sera traité en tant que tel. Le symptôme psychanalytique réfère plutôt à la capture du sujet dans ce qu'il croit être une possession par l'Autre. Le symptôme comme écriture renvoie un marquage du corps aux axes du délire et de la capture dans la toute-puissance de l'Autre. Pulsions de mort, dit Freud, jouissance de l'Autre dit Lacan!

Le symptôme découpe le corps marquant une histoire à réinventer à travers de nouveaux modes d'appropriation de l'espace et du temps. Le noyau du délire, son point de catastrophe en quelque sorte se monnaie dans ce découpage et dans ce morcellement électif du corps par la psychose. A suivre le

discours ou les pratiques corporelles du psychotique mettant en scène pour nous cette possession de son corps, les choses apparaissent comme suit. Le corps du sujet, morcelé, est l'objet d'effractions, où il ressent l'étrangeté de la « chose » sous la forme de pulsions incontrôlables, de tensions insupportables qu'il impute à des forces occultes, ou encore sous la modalité d'intrusion ou d'excroissance d'objets internes, étrangers à son système organique.

Ces forces et ces objets sont localisés selon un découpage spécifique qui cerne : des surfaces, des orifices, des organes, des tissus, des systèmes et des fonctions physiologiques. On reconnaît là le mode d'élection des phénomènes psycho-somatiques, mais dans la psychose ce découpage est essentiellement interne à l'organisme et est soutenu par un délire approprié et spécifique à l'histoire de la folie du patient. Cette géographie particulière isolant le corps psychotique de l'organisme du vivant met en cause aussi bien l'espace et le temps quant à leur organisation, leur gestion, leur utilisation par le sujet dans sa construction d'un lien social de co-existence avec autrui.

Alors dans un tel cadre, le travail de l'analyste, comme celui des intervenants, devient techniquement plus spécifique. Il ne s'agit plus alors d'interprétation de la crise par les éléments du délire qui permettent une reconstruction d'histoire. Nous abordons une toute autre époque de traitement avec une toute autre problématique. Du côté de l'analyste, il s'agit de la production d'une articulation de la pulsion à des productions engageant le sujet dans le lien social, à travers les manœuvres du transfert. Du côté des intervenants, il s'agit de la mise en place d'activités de réappropriation du corps à travers une reconsidération de la gestion de l'espace et du temps, tant au Centre que dans des activités en ville, au sein de la communauté.

Ce qui est attendu alors du médecin, en attendant que nous possédions les médicaments que laisse espérer une approche biologique pour la « guérison » de la psychose, au-delà de sa stabilisation, c'est de limiter dans la mesure du possible et de contrer les effets de la psychose sur l'organisme. Le psychiatre en tant que médecin doit assurer un support à la santé physique, garantir le repos, sommeil, bref les conditions générales de santé qui supportent le travail de cette partie du traitement. Les intervenants quant à eux, pendant cette période, travaillent à soutenir le sujet dans cette reconstitution de son image

corporelle. Leur action alors porte sur l'appui à la gestion du temps et de l'espace pour le patient à partir précisément de la reconstitution et de la fragmentation de son histoire que la première partie du traitement a rendu possibles. Ce travail se fera à travers les projets que chaque usager va entreprendre dans la communauté avec le support de son intervenant responsable. Ces projets sont l'occasion et la matière d'une remise en chantier d'une construction de nouveaux liens sociaux par les usagers.

En effet, pour nous la psychose réside essentiellement dans la perte du lien social. Le lien social c'est la capacité du sujet de négocier la satisfaction et la coexistence avec autrui dans la langue de la société qui, par ses valeurs et ses lois définit les règles du jeu de cette négociation. Ce que nous désignons là comme lien social est donc le mode sous lequel, pour un sujet donné, prend place l'hétérogénéité de son désir dans l'ordre symbolique qui règle son rapport aux autres. Très précisément les intervenants assistent les usagers dans leur tentative de renouer avec cette société dont souvent ils ont été écartés ou encore dont ils se sont retirés dans les temps forts de la psychose. La reprise des études, les démarches pour retourner vivre en appartement, la recherche ou la reprise d'un travail, tout comme l'apprentissage d'un métier, sont l'occasion pour l'équipe d'interroger l'usager de façon à lui permettre de positionner son désir dans ses nouvelles démarches de vie.

Dans le même temps, les activités de productions artistiques sollicitent une autre dimension, esthétique celle-là : le réel du sujet dans son désir d'autre chose que la psychose. Si nous maintenons que l'esthétique est cet espace ouvert aux enjeux du désir par le langage et le signifiant, quand la référence aux choses y est abandonnée, alors on comprend la nécessité clinique d'une pratique esthétique au « 388 » à cette étape de la cure du psychosé. Il ne s'agit pas fondamentalement de pratique artistique, et encore moins d'art-thérapie. Très peu de nos patients, mais il en existe, ont le talent suffisant pour transformer cette pratique esthétique en une pratique artistique. Des artistes, ayant une pratique en ville, donc un public, un certain renom et une reconnaissance sociale, sont engagés au « 388 ». Ils viennent travailler, pratiquer leur art avec les usagers, chacun trois heures par semaine.

La pratique des ateliers d'art crée un espace particulier, mobilise le désir du sujet dans une créati-

tivité où l'écrit, la trace de l'Autre qui travaille son corps dans le symptôme, passe à la production d'un objet d'art qui vient, dans l'imaginaire du sujet, articuler le réel de son expérience morcelée aux règles qui gèrent le travail de production dans cet espace esthétique. Une telle pratique à la fois cadre et donne un sens au vide que confronte le sujet psychosé à la sortie de l'état de crise. Le recul de l'Autre persécuté, du délire et de ses objets, laisse le psychosé à la tâche de la production d'une raison d'être ou de mourir, en ce point où il a à se mesurer à la participation à une société qui occulte le tragique et ignore le drame humain au point de réduire la psychose au handicap biologique, de ramener le suivi du psychotique à la psycho-éducation et à la réadaptation sociale. C'est alors un pari de faire renouer le psychosé avec l'espace esthétique du signifiant, le travail et la dimension non délirante de la métaphore dans la langue, comme cadre et condition d'un sens négocié, là où manquent les certitudes des croyances courantes.

Nous n'entrerons pas dans les détails des liens et argumentations théoriques de ce travail de reconstruction du corps comme lieu du désir du sujet et non plus comme objet de possession et de persécution par l'Autre du délire, ou comme objet d'observation et de contrôle « scientifiques » par ces « autres » qui ont le pouvoir du savoir. Nous nous contenterons de faire état du constat de fait. Cette réorientation des soins médicaux axés sur le soutien du sujet contre les effets organiques de la psychose, cette pratique d'une meilleure gestion de l'espace et du temps avec les intervenants, cette pratique esthétique mobilisant le désir du sujet dans une créativité artistique, ces trois dimensions concourent à modifier profondément le rapport du sujet à son propre corps dans le sens d'une réappropriation d'un lieu de désir et de satisfaction dans de nouveaux modes de lien avec autrui.

Cette période est essentielle pour tous les psychotiques. Ils commencent alors à se penser comme être humain dans un corps. Un corps offert maintenant au regard d'autrui et à l'esthétique de la co-existence. Ils s'habillent mieux, ils se créent une présentation. Ils se montrent alors sensibles à la position d'autrui et envisagent la négociation enfin comme une condition de vie. Leur participation à leur traitement peut alors être cette véritable prise en charge de soi. De tels usagers peuvent fonctionner très bien comme représentants des autres soit à la direction du Cen-

tre, soit à des comités à la coopérative de quartier où ils sont membres. Ils renouent avec les amis et famille d'une façon qui alors étonne leur entourage. A la fin de cette deuxième étape, ils pensent être guéris. Ils disent alors qu'ils sont sortis de la psychose.

Dans un sens c'est vrai, ils ne seront plus ré-hospitalisés, ils ne feront plus de crises désordonnées, ils demandent d'arrêter ou de modifier les médicaments qui les gênent dans leur nouvelle vie, leurs nouvelles relations. Ils ont modifié profondément l'économie du phénomène de la psychose. Mais pour les analystes qui les ont en cure apparaît un constat, le « noyau délirant » a pris la forme d'un « objet interne » délirant, que le sujet parfois constate avec une curiosité mêlée de désarroi. Cet objet vient signifier l'insistance de la structure au-delà du phénomène, comme ce dont on peut modifier le mode de la manifestation, sans jamais pouvoir le supprimer, sans supprimer le sujet lui-même qui s'y loge.

La production du fantasme

C'est alors la troisième phase de la cure dans le traitement que j'ai appelée la phase de l'externalisation de l'objet. En fait, on voit se constituer alors chez nos patients les éléments d'une fantasmatisation qui prend sa source dans l'objet interne mais où va se préciser une modalité du désir psychotique à travers des choix vitaux. La mobilisation du désir dans la pratique des ateliers d'art à un moment où le sujet est à la tâche de se réapproprier son corps est un temps de passage de la symptomatisation (écriture de la jouissance de l'Autre) à la fantasmatisation (subjectivation de la jouissance dans l'objet). Alors le désir apparaît sous sa radicalité sexuelle, mais sous une forme bien différente que dans la névrose, et où le sens prime sur la jouissance. Si dans la névrose le fantasme qui offre un objet au désir est réglé par la jouissance, dans la psychose l'objet qui alimente le fantasme vient comme soutien d'un sens arraché au délire. La jouissance y est plutôt redoutée.

Que le noyau de la psychose dans le délire prenne la forme d'un objet interne, marquait la fin de la période précédente. Ainsi pour tel patient ce noyau semble se centrer autour du fait délirant de la perte d'un organe interne, la rate en l'occurrence. Tout se passe alors comme si cette concentration et cette localisation du délire sur un objet pouvait permettre

au sujet de disposer enfin du reste de son univers psychique. Pour tel autre patient, il s'agit de la conviction que depuis sa dernière visite au dentiste, un micro lui a été « installé » sous la dent. Aussi peut-il difficilement prendre part verbalement à la cure. Alors, il chuchote et produit des écrits à lire par son analyste. Pour tel autre patient, c'est une aiguille qui lui a été introduite dans la tête. Pour tel autre il s'agit du « poids » qui figure comme signifiant dans son nom. En fait pour tous ces patients et d'autres dans les mêmes circonstances, cet objet délirant de limite à la psychose est en relation directe avec des événements importants de l'histoire subjective, ou bien encore avec leur patronyme ou un trait essentiel de leur subjectivité. Cet objet souvent était déjà là, mais sans la signification clinique décisive qui marque désormais sa présence, comme témoin de la structure au-delà de la phénoménologie de la psychose. Cette « dé-limitation » du délire montre aussi que jusque-là une part essentielle de la psychose, sa structure précisément, c'est-à-dire le rapport fondamental du sujet à la jouissance de l'Autre, échappe à la clinique et que toute la problématique de la troisième et de la quatrième partie de la cure visera la gestion de cette part perdue de l'être. Tel est précisément l'enjeu de la fantasmatisation. Elle mobilise ce réel du délire dans la production d'un espace symbolique pour l'externalisation de l'objet interne.

Nous avons choisi ce terme d'externalisation pour rendre compte d'une observation clinique qui nous a frappé à cette étape de la cure, c'est que la mobilisation de la psychose dans l'espace symbolique du désir et du lien social entraîne une fantasmatisation où par la suite, le mode d'articulation du sujet à la société et à son entourage se fait dans des termes où l'on observe une reprise ou une expulsion en quelque sorte de l'objet interne. Ainsi, ce « patient à l'aiguille » a initié son mode d'articulation au social par une reprise des relations avec son père autour d'une activité à laquelle il semblait tenir comme à la prune de ses yeux : il allait jouer aux « quilles » tous les vendredis soir avec son père, avec qui auparavant et durant des années, les relations étaient absolument impossibles. L'autre qui délirait sur le désir de devenir champion du monde au lancer du poids pour délivrer son message, du haut du podium face au monde entier, continue à faire des haltères « pour se divertir », et travaille dans un métier où sa force herculéenne est parfaitement utilisée. Mais il ne délire plus. Telle autre dévorée de l'intérieur par une

« chose » qu'elle refuse d'alimenter en devenant moralement anorexique, a maintenant une production d'objets d'art fort appréciés sur le marché.

Nous retiendrons donc au niveau de l'observation clinique que cette étape de l'externalisation de l'objet interne, vécu d'abord par le sujet comme un objet qui le détruit de l'intérieur, procède à une transformation à la fois symbolique et socialisante de cet élément du délire, à travers la fantasmatisation que la cure en obtient. Evidemment la question clinique de la façon dont s'opère cette fantasmatisation est une question psychanalytique fondamentale. Elle articule le sujet à ce qu'il peut arracher de vie et de sens à la jouissance de l'Autre. Nous n'en traitons pas ici, c'est hors de notre propos. Mais nous pouvons noter à ce sujet que précisément à cette étape de la cure, le traitement sous transfert mobilisant le sujet du désir, la fantasmatisation vient nécessairement donner une forme et un contenu imaginaires à la pulsion qui sous-tend le désir du sujet. La réappropriation du corps comme corps érotique, objet du regard et sujet de la pulsion et non plus victime de la pulsion et du regard en position paranoïde, entraîne le sujet dans le désir de nouveaux liens sociaux où le sexe doit accéder à un sens. Ce qui est remarquable précisément dans les périodes précédentes c'est que le sexe pour le psychosé est vécu comme mécanisme biologique, mais détaché du sens et de la dimension de risque que suppose la bonne foi accordée à la parole de l'autre comme axe de négociation de la signification des relations sexuelles. C'est précisément cette dimension d'articulation du sexe au sens qui intéresse à cette étape le patient.

On voit alors plusieurs patients hommes se poser la question de la paternité et celle de la vie avec une femme au moins pour un temps, comme deux questions radicalement différentes. On voit parallèlement des patientes femmes s'intéresser à une position de cause du désir de l'autre, donc à la dimension féminine de leur sexualité, mais de façon différente que de la façon dont elles peuvent évoquer le désir d'être mère. D'ailleurs, il faut reconnaître que ce désir de maternité est plus fréquemment abordé que l'enjeu même de la féminité. La reconquête du corps désirant n'est pas sans plonger le sujet sorti du phénomène de la psychose dans tous les drames que le névrosé connaît. On parle de névrosisation du sujet ou d'hystérisation comme dit Danielle Bergeron, mais en fait le psychotique fait face à la situation sans les moyens de gestion de la métaphore dont dis-

pose le névrosé. Cette période du reconditionnement du désir psychotique au gré de la formation de l'objet du fantasme reste extrêmement fragile. Le sujet pour la première fois vit à partir de son désir plutôt que sous la dictée des voix, et cette expérience est violente et déroutante.

Esther, après trente ans de psychose et de lutte dans une anorexie extrême, constate aujourd'hui à la fois avec joie et frayeur : « Aussi loin que je me souviens, depuis ma toute petite enfance, il y a une voix contre laquelle je lutte. Avant même que je parle, elle me dit quoi dire, je dois lui résister. Elle me donnait des ordres et je devais lutter pour lui désobéir... Aujourd'hui, c'est le silence ! Pour la première fois depuis des mois, je n'entends plus rien. C'est la première fois que j'en parle. Je n'avais jamais osé parler de cette voix. ... Ce silence me fait peur. Et puis, il y a aussi mon corps. Je ne comprends plus ce qui se passe. Quand je prends mon bain, ce n'est plus la même chose. L'eau qui coule sur ma peau, la fraîcheur du soir, les mouvements de mon ventre .. tout ça est différent... agréable, ... je n'avais pas ces sensations avant. Avant c'était toujours un fond d'angoisse. »

Certes le sujet sort du cercle infernal des manifestations de la psychose, de la possession où il est l'objet de la jouissance de l'Autre, du délire, des crises, des hospitalisations, des médicaments etc... Mais le nouvel équilibre est fragile. Tout se passe comme si tous les apprentissages humains de base étaient à remettre en question, surtout en ce qui concerne le lien social et la négociation de la satisfaction avec autrui. C'est que le sujet confronte alors le plus commun de la folie, ce point limite de l'expérience humaine où toute garantie fait défaut au langage. Ce point de la cure fait apparaître d'évidence le peu de consistance humaine et l'effroi psychique qui fondent les théories biologistes de la psychose. Pour traverser cette période, de façon à engager la suivante, l'analyste doit prendre les choses au point le plus fragile de l'expérience psychique, cette limite de folie commune à l'analyste et au psychotique, parce que c'est la condition même de la subjectivité. En ce point limite, mais sorti du cercle de cette jouissance de l'Autre et du pouvoir des voix, le sujet sous transfert est susceptible de ce que nous avons appelé à ce stade « l'accident psychique ».

Nous désignons par là un phénomène particulier où le sujet vit un effondrement global apparemment du nouvel univers qui commence à peine à se créer.

Il s'agit d'un phénomène qui a toutes les apparences de la crise, mais qui pour les soignants est extrêmement brusque et imprévisible. En fait les analystes actuellement voient se préparer l'événement et peuvent en soutenir l'occurrence sous transfert. Mais pour les autres intervenants, de la place où ils se tiennent et compte tenu de la gestion de sa vie par le patient lui-même, ils sont réduits à une assistance observatrice. En effet, cet événement, que nous aurions pu appeler la quatrième crise, en comparaison aux autres décrites plus haut, cet événement vient comme un accident psychique. Il étonne par ses trois caractéristiques : rapidité, violence profonde, brièveté. Si pour l'analyste, il s'agit d'un enjeu qu'il voit se mettre en place et se résoudre sur plusieurs semaines, pour les intervenants qui ne vivent que l'apex de l'événement, tout semble se passer entre douze et trente heures. Le patient reste extrêmement lucide, dans une souffrance et une désorganisation qui contrastent avec cette lucidité cruelle. Cette lucidité même est à la fois sa chance et un danger. Il continue à gérer seul sa vie sociale et sa situation d'étudiant ou sa vie socio-professionnelle. S'il est bien soutenu dans la cure avec l'analyste et dans le traitement avec son psychiatre et son équipe, il passe à travers. Tous les patients que nous avons vu vivre cet événement l'ont bien vécu. Mais tous ne sont pas passés par là. Cela nous pose cette question non résolue pour nous : pourquoi certains et non d'autres ?

En fait l'accident l'a pris par surprise, tout le monde a été étonné. C'est que le changement est immense, comme disait récemment un patient « Je ne peux plus faire de psychose, alors... je fais quoi ? » Tel ou tel s'engage à fond dans ses études d'informatique où il brille, y épuisant ses soirées jusque tard dans la nuit. Tel autre se jette dans une production artistique débordante, dans un milieu qui semble lui donner, à trente-trois ans, l'occasion de rattraper enfin son adolescence. Bref, ils sont comme n'importe qui d'autre, soumis au cycle de la vie psychique et de ses implications et luttes sociales. Mais ils ne sont pas encore armés pour y faire face. Ils sont plutôt en lune de miel avec cette vie débordante qu'ils découvrent et dans laquelle ils mordent à pleines dents. C'est ce temps où Esther dit : « je n'ai peur de rien. Je veux vivre. »

Enfin c'est une période extrêmement importante pour les schizophrènes et les jeunes psychotiques femmes. Pour ces deux catégories de sujet, la reconstitution du corps dans la seconde phase de la

cure, doit se prolonger et se compléter de l'enjeu du vécu du corps objet, corps objet du fantasme, appui du désir de l'Autre. C'est la phase où la vie sexuelle, reprend sous le mode du désir d'un homme, d'une femme, du désir de paternité, de maternité. Alors pour certains, l'enfant à naître plus que la nouvelle vie de couple peut s'avérer, et s'avère être l'occasion de l'accident dépressif. La fin de l'analyse pour le sujet névrosé est souvent liée à un passage dépressif spécifique, l'accident psychique chez le sujet sorti du cercle de la psychose nous fait penser à ce phénomène clinique. Mais il s'agit d'autre chose. Le vécu de ce passage détermine l'entrée et aussi les enjeux de la dernière partie de la cure dans le traitement du psychotique.

Le désir dans le lien social

Dans la quatrième période de la cure le sujet à partir de l'objet en jeu dans son désir est confronté au spécifique de l'humain : s'articuler à l'autre dans la recherche de la satisfaction sous la Loi commune. Pour le psychotique arrivé au point de la fantasmatisation de l'objet, comme pour le névrotique, il y a quelque satisfaction occulte à en rester à la jouissance silencieuse que promeut le fantasme. Mais cette position de retrait du sujet dans le silence, s'il est en dehors du délire, n'en enferme pas moins le sujet dans une position imaginaire qui est en opposition fondamentale au lien social. Or l'objectif final du traitement dans la psychose demeure que l'analyste requiert du sujet du désir, la création d'un nouveau lien social. C'est à partir de sa position dans la structure en rapport à la pulsion de mort (cette jouissance de l'Autre) que le sujet doit s'articuler à la société en négociant sa propre satisfaction. Ceci n'est pas sans projeter le sujet sorti de la psychose, dans une conjoncture parfois assez désespérante à cause des espoirs créés par les progrès même de la cure à ce point du traitement. Pour bien voir ce qu'il en est et de quoi il s'agit, il faut ici revenir à un point qui peut sembler de pure théorie, mais qui est l'enjeu clinique de toute psychanalyse et en particulier de la psychanalyse des psychoses, surtout dans la conjoncture actuelle de l'histoire de la psychiatrie en Amérique du Nord.

D'une part, il faut distinguer ce que nous appelons ici le lien social et la socialité ou le fait même de vivre en société. C'est d'abord cette distinction qui est en jeu dans la dernière partie du traitement

et de la cure du psychotique. D'autre part, il nous faut dégager les implications théoriques et pratiques d'une telle distinction pour la clinique. La socialité réfère aux différents modes de relations et d'articulations des sujets dans une société donnée qui par ses croyances fonde les lois qui règlent ces relations. Fondamentalement donc, la socialité se fonde sur les mythes et croyances qui rassemblent les individus autour de certaines valeurs dites communes, à la recherche d'un « bien commun » ou d'une « chose publique ». Ainsi, si la socialité fait lien social, comme dans la religion par exemple, ou dans des idéologies politiques (ou sans doute aussi scientifiques) c'est sur la base de croyances communes à ceux qui sont liés par cette socialité. C'est précisément cette socialité là qui fait le fondement de la réalité pour le plus grand nombre et que le psychotique a perdue. Il ne se contente pas d'ailleurs de l'avoir perdue, il la conteste et s'emploie dans son délire, soit à en corriger les failles, soit à en créer une nouvelle plus appropriée au bonheur du groupe.

La psychanalyse pose l'exigence d'un nouveau lien social qui ne soit plus fondé sur la croyance commune ou sur les idéologies et les mythes fondateurs du pouvoir ou qui balisent le monopole et l'usage de la violence sociale. La psychanalyse prend en compte que toute réflexion philosophique a toujours traditionnellement mis en cause ces mythes fondateurs, ces signifiants fondateurs que sont Dieu, le Père, la Science, le Capital, la Révolution, etc..., bref, tous ces Noms-du-Père dont les névrosés ont le secret de la production, comme support et justification derrière des Lois qui gèrent l'usage de la violence monopolisée, ou comme légitimation du pouvoir. Aujourd'hui, c'est la conjoncture historique même d'une civilisation post-capitaliste qui en fait apparaître partout la fragilité et le côté provisoire dans toute vie sociale. Le psychotique lui, a toujours déjà été la victime inconsciente de cette faille interne des fondements de la socialité. Dans ce sens le langage lui apparaît comme porteur d'un désordre interne qui fera la perte de l'univers humain, s'il ne se dévoue pas à sa réparation. La psychanalyse introduit un nouveau lien social, qui mobilise d'abord la créativité du sujet du désir, à produire son articulation à l'Autre (autrui et/ou le langage) dans son rapport à la jouissance d'abord, et non en conformité à la croyance commune. Cette requête de l'analyse n'est pas d'abord une contestation de la socialité, c'est une prise en compte à la fois de la fragilité des fon-

dements (donc de la position du Père), où se supporte la Loi, et d'autre part du désir du sujet comme essentiel à la consistance même de la Loi. Il ne s'agit donc pas de monter la psychanalyse comme une idéologie, ou comme le fondement d'un nouveau mythe, dans la quête de réparation de la socialité. Une telle position ramènerait le psychosé en arrière par rapport aux progrès du traitement et relancerait la problématique du délire.

Il faut donc à ce stade de la cure plus qu'auparavant, que la problématique du traitement montre des distances décisives d'un point de vue théorique et clinique par rapport à toute approche « biologiste » de la psychose. De quoi s'agit-il en effet? Référons-nous à l'expérience la plus commune des limites du psychisme pour chacun, ce point de folie où pour chacun se pose la question décisive : « Jusqu'où puis-je aller trop loin sans basculer dans l'horreur ou le vide? » Cette question qui définit une position adulte, du moins de ce qu'il faudrait énoncer comme santé mentale, fait pendant à la question où se définit l'adolescent au bord de la psychose, en mettant en question les fondements même de la socialité : « Au nom de quoi ceci plutôt que cela? » Ce qui fait la folie est porté par ces questions auxquelles aucun être parlant n'échappe, quelles que soient les conditions biochimiques de son insertion dans la réalité dite sociale. C'est que ces questions représentent la limite même du psychisme, c'est-à-dire du mode sous lequel s'articulent le corps, comme trace de la jouissance de l'Autre dans l'histoire subjective, le sujet dans sa quête et son rapport à la jouissance, et la langue qui conditionne la socialité donc la coexistence et les limites qu'elle impose à la satisfaction. Tout ceci encore une fois, indépendamment des conditions physiologiques de l'être. Ces questions et cette limite supposent une double structure de l'être humain : d'une part, la division sexuelle posant deux rapports non complémentaires à la jouissance, entre homme et femme, et, d'autre part, le fait même de la parole comme épreuve, dans la mesure où le dire n'arrive pas à compléter l'inadéquation de ces rapports. En effet, chacun de nous a pu expérimenter pour sa part cette limite où, entre une femme et un homme, vient le moment où chacun a à se fier à la parole de l'autre, n'ayant aucun moyen de vérification de ce qui est dit. La « relation » entre les deux sexes alors, (père et mère, amant et amante, frère et sœur, ami et amie, etc...) repose essentiellement sur la bonne foi de la parole. Et le rapport de chacun des deux sexes à la

jouissance (donc à ce qui est attendu par chacun de cette dite « relation ») reste suspendu aux aléas de cette relation, qui repose toute sur la bonne foi.

A ce point de vertige où le sujet est requis de s'abandonner à la bonne foi et au bon vouloir de l'Autre pour une question qui, dans certains cas peut engager sa vie entière, ou une part importante de sa vie, le manque de repère ou de garantie peut le faire reculer. Ce point limite d'abandon à l'Autre pour la plupart des parlants se soutient dans l'état amoureux, où Freud note à juste titre, que c'est un temps de surestimation de l'Autre, ou encore dans l'hypnose, de même que dans la foi religieuse où le sujet s'en remet à l'Autre en ce qui a trait à la garantie, bref, et de façon générale, dans des situations affectives ou psychiques de fascination ou de subjugation où l'Autre répond, en lieu et place du sujet, du sort de sa décision. Le fantasme du pouvoir de l'Autre si déterminant dans le fonctionnement psychique, trouve là sa raison et sa logique propres. A ce point de vacillation peuvent surgir la suspicion, le procès d'intention, la malveillance, l'imputation de mauvaise foi, la haine, mais aussi bien les pensées parasitaires, le sentiment ou la sensation de contrôle, de surveillance, de rapt de pensée, etc... L'inouï de la violence qui peut alors accompagner un tel surgissement souligne bien la folie en cause dans une telle situation. Le vécu quotidien de chacun sur ces points peut être assez riche en faits quel que soit l'interlocuteur, pour que l'invocation ici d'une défaillance biochimique ou d'un dysfonctionnement nerveux ou quelque autre argument biologiste, prennent ici leur véritable caractère de défense incongrue par rapport à cette folie même.

Ce point de défaillance de la relation à l'Autre quand la question de sa jouissance met le sujet en demeure de s'engager sur son dire, c'est la limite qui articule le psychisme à la folie, c'est le champ même de la psychanalyse. Quelque soit le défaut, la lésion ou le dysfonctionnement physiologique ou biochimique que l'on pourra invoquer dans un sujet humain, cette dimension de la folie comme limite du rapport à l'Autre du fait de la division sexuelle de l'être parlant ne saurait être évacuée sous aucune justification, ni référer à de telles prétendues causes, puisque c'est une situation générale à tout être humain. Là par contre la distinction de la psychose comme temps spécifique de la folie est à penser dans l'incapacité d'un sujet à créer un lien social, un rapport à l'Autre, qui soit encore convenable, c'est-à-

dire négociable dans la socialité commune. Le délire est un rapport à l'Autre, mais pas très négociable dans la socialité commune, qu'il conteste et dont il entend corriger le défaut de garantie. Le délire ne fait pas lien social dans la socialité commune, parce qu'il articule le sujet à la jouissance de l'Autre, le psychosé se sacrifie à l'Autre imaginaire et tout-puissant (persécuteur) auquel il impute la responsabilité dernière. Contrairement au névrosé, le psychosé n'a pas la maîtrise de la métaphore dans la langue au point de soutenir de sa seule parole ce point de bascule dans son rapport à l'Autre. Sa gestion de la métaphore dans la langue est délirante, tout se passe comme si le sujet ne supportait pas ce fait humain qui est au départ du tragique : s'en remettre à la bonne foi de l'Autre (autrui, mais aussi bien la société elle-même) là où aucune garantie ne saurait être exigible. C'est sauter sans filet, un risque pour lequel aucun calcul ne soutient de promesse.

Dans cette dernière partie du traitement, alors que dans la cure l'analyste exige cette parole vraie qui soutient le désir du sujet au delà du fantasme comme source de sa créativité, et base de son rapport à l'Autre, les intervenants ont à supporter les projets où l'usager investit ce désir et cette créativité dans la vie sociale. Inventer le mode sous lequel ils ont à négocier la satisfaction dans la coexistence avec autrui et sous la Loi commune, et réinventer leur relation à autrui dans des enjeux professionnels, familiaux ou sociaux, c'est excitant pour les usagers qui en sont arrivés à ce point au bout de six à huit ans de cure et de traitement. Cela requiert une éthique nouvelle qui n'est fondée sur aucune vérité dernière, aucun mythe ni idéologie collective, mais sur l'esthétique d'un désir assumé. Mais leurs projets sont alors confrontés à un ordre social de valeurs, où les enjeux éthiques inhérents au rapport à l'Autre sont niés. En effet, à peine sorti de sa psychose, le sujet se trouve plongé par son désir dans une société sans projet et sans cause où les valeurs se négocient et pas nécessairement à la hausse à son avis. Tout enjeu éthique, où le sujet peut rechercher un appui à son désir et à sa créativité dans un risque assumé personnellement, est mis en balance par une lutte sociale où les valeurs matérielles dominent les valeurs symboliques. C'est l'esthétique même, sans quoi les valeurs symboliques n'ont aucun attrait pour le sujet du désir, qui alors fait défaut.

La cure alors doit faire un espace symbolique pour

cette parole violente qui alors conteste la socialité comme obstacle au désir de vivre et à la créativité du sujet. La dimension de peu de foi du fondement de la socialité peut contrecarrer le progrès de la cure, et basculer le sujet dans un nouveau retrait social. C'est également le moment où le sujet réalise l'importance des effets qu'ont eus et qu'ont encore sur lui, les nombreuses hospitalisations antérieures et leur accompagnement de traitement essentiellement physique. Là encore, l'analyste doit maintenir ouvert l'espace de parole violente. Il s'agit de ne pas laisser prise à la transformation d'une plainte justifiée en un sentiment de persécution, ou encore au retour de la certitude d'un « mal » incontournable dans le monde. La cure doit soutenir l'espace esthétique où le vide est encadré, assumé dans la volonté même du sujet de créer son propre espace de vie. Cette dernière étape est sans doute le moment le plus difficile de la cure, puisqu'alors les raisons de vivre du sujet, compte tenu du peu de place que cette conjoncture historique fait au tragique dans la vie humaine, ne valent pas ses raisons d'assumer sa propre mort. Ce temps de suicide logique est à dépasser à même ce goût de vivre et de créer que la cure a ouvert.

La cure psychanalytique du psychosé arrive à son terme et sa limite dans le traitement avec cet enjeu de la création d'un espace esthétique pour fonder le risque de vivre à partir de son propre désir, dans une société où les rapports sociaux eux sont fondés sur des croyances communes (mythes, idéologies scientifiques, politiques ou religieuses, etc...). Pour faire lien social dans une socialité de consensus, le sujet requiert cette prime de jouissance qui signe l'investissement de désir où il s'est risqué sur la seule imputation de la bonne foi de la parole de l'Autre. En bout de ligne, il se retrouve en ce point vertigineux où le défaut d'un soutien (la forclusion des Noms-du-Père, dans notre jargon de psychanalyste) à la bonne foi de la parole parentale qui a présidé à sa naissance de sujet du désir, a laissé au plus intime de son être ce maelström où l'appel d'un « événement » dans la réalité devait un jour le précipiter, démuné, dans la psychose. Mais maintenant, il s'y retrouve armé en quelque sorte, et avec le savoir que l'expérience de la cure lui a donné d'une part sur le manque de fondement des croyances qui donnent sens à la socialité, d'autre part sur sa propre capacité de créer à partir de son désir reconquis, des fictions plus rentables pour ses liens à autrui, à la

société, dans la recherche de ses satisfactions. Son rapport à la jouissance dans la structure peut s'ouvrir à une autre phénoménologie de son être au monde et de son rapport nécessaire à la mort.

RÉFÉRENCES

- FREUD, S., 1954, Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa, *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 263-324.
- FREUD, S., 1947, *Totem et tabou*, Payot, Paris.
- FREUD, S., 1948, *Moïse et le monothéisme*, Gallimard, Paris.
- FREUD, S., 1971, *L'avenir d'une illusion*, PUF, Paris.
- FREUD, S., 1971, *Malaise dans la civilisation*, PUF, Paris.
- FREUD, S., 1977, Au delà du principe du plaisir, *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 7-81.
- LACAN, J., 1981, *Le Séminaire, Livre III, « Les psychoses »*, Seuil, Paris.
- LACAN, J., 1966, Variantes de la cure-type, *Ecrits*, Seuil, Paris, 323-362.
- LACAN, J., 1966, La direction de la cure et les principes de son pouvoir, *Ecrits*, Seuil, Paris, 585-645.
- LACAN, J., 1966, D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose, *Ecrits*, Seuil, Paris, 531-583.
- LACAN, J., 1966, Fonction et champ de la parole et du langage, *Ecrits*, Seuil, Paris, 237-322.

LACAN, J., 1966, Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien, *Ecrits*, Seuil, Paris, 793-827.

LACAN, J., 1986, *Le Séminaire, Livre VII, « L'éthique de la psychanalyse »*, Seuil, Paris.

SUMMARY

The psychotic person who is undergoing transference reacts differently to treatment. The ethics of psychoanalysis require that that person become responsible for the treatment. The person then has a long fit directly linked to the treatment; the only way out is through recognizing their symptoms. The treatment and the analysis of symptoms bring the psychotic to a particular time of "reconstruction" (reconstitution du corps); this is when producing an object allows them to leave behind their psychotic phenomena. This path is unforeseeable yet for those who choose to follow it, at grips with a structural rather than symptomatic illness, there is at the end of the tunnel society's total failure in properly recognizing their place in the world.