Séance du samedi matin : CLINIQUE

Anny CORDIÉ

"Le corps dans la psychose de l'enfant"

Nous savons que le psychotique n'a pas réussi son accession à l'ordre symbolique, un ratage primordial, un trou dans la chaîne signifiante lui en barre l'accès. Cet échec fondamental que Freud nous pointe avec insistance dans "l'homme aux loups" sous le terme de Verwerfung, Lacan le reprendra sous le nom de Forclusion. Du fait donc des avatars rencontrés au niveau de cette castration symbolique, le psychotique en reviendra toujours à se situer dans le registre de l'imaginaire, et sa relation à l'autre sera marquée du signe de la confrontation spéculaire. Mais l'image spéculaire est déjà une image unifiée, narcissique, d'où le sujet aura à élaborer ses identifications secondaires oedipiennes...

Or chez lui, même cette première image du corps dans sa totalité (image dans le miroir) reste fragile, et c'est souvent à des représentations d'avant le miroir que nous avons à faire : image du corps que l'on dit "morcelé", corps où il ne se reconnaît pas, corps étranger et étranger.

C'est sur ces premières images du corps que je voudrais insister en essayant de comprendre comment déjà l'absence de symbolisation à des stades très précoces précipite le sujet dans la psychose. Nous saisissons ce processus sur le vif, pourrait-on dire, dans les psychoses infantiles, mais nous en trouvons les reliquats dans les psychoses de l'adulte. Nous nous inspirerons dans cette recherche de ce que nous ont apporté F. Dolto et Lacan, et pour illustrer mes propos je vous parlerai tout à l'heure d'un cas de psychose infantile que j'ai en traitement depuis cinq ans.

Repartons du tout début de la vie, et voyons ce qu'il peut en être dans une évolution normale pour reprendre ensuite le problème du psychotique.

L'enfant est là qui vient de naître. C'est la première rupture, la première séparation d'avec un milieu antérieur où il ne connaissait pas encore la lutte pour la vie, milieu que l'on peut imaginer fait de quiétude et de sécurité dans la continuité, et où le vécu corporel était lié à des sensations cénesthésiques, déglutition, péristaltisme, et une certaine motricité. Mais l'enfant vient de naître et cet équilibre est rompu. C'est la première séparation, la première coupure d'avec le lieu nourricier, le placenta. Rupture dans le corps du nouveau-né dont le centre vital relationnel situé jusque là au milieu de l'abdomen (ombilic) va se déplacer dans la région thoracique et le carrefour aéro-digestif. La première expression de cette séparation, de cette souffrance, sera le cri. Cri qui est déjà le signe d'un "appel à l'autre" car l'enfant est maintenant ce corps vivant, en état d'impuissance absolue, ne devant sa survie qu'à l'adulte nourricier : ce corps n'est que détresse d'une faim, d'un vide dont le lieu à satisfaire, la bouche, entre déjà en activité par des mouvements de succion. On peut imaginer que dans ce temps de la souffrance, et dans la satisfaction qui suit, le nourrisson n'est que cela : soit corps vide affamé, soit bouche-sein, soit bien-être interne de remplissage. Ce sont ces images archaïques d'un corps en fonctionnement que l'on retrouve dans les dessins d'enfants "sous la forme d'un long cylindre péristaltique (serpents à renflements) formé de morceaux accolés, image du corps digestif muqueux avançant à travers la mère nourricière ressentie sphérique. "Dolto - Mais ce temps de déplaisir - plaisir sera suivi d'un temps de paix exempt de tension. F. Dolto appelle cela "image de base". C'est ce qui se rapproche le plus du vécu prénatal et que l'on retrouve aux approches du sommeil. Images d'un bien être végétatif avec sensations internes des battements cardiaques, mouvements respiratoires, vécu cenesthésique. C'est cette image de plénitude et de sécurité qui sera le point limite de la régression, espèce de nirvana que le psychotique ou le toxicomane tente de retrouver.

Cette image de base est une représentation limite, un point mythique d'une unité à retrouver. Mais cette unité est à jamais perdue, et dans l'aspiration vers cet état exempt de tension et de besoin, on peut dire que le sujet ne se soutient que de ses pulsions de mort.

Pour mieux nous représenter ces premières images du corps, je vous rappellerai en deux mots le schéma neurologique du nouveau né. Son système nerveux moteur, central et périphérique est encore très immature, les mouvements volontaires extrêmement limités. Les sensibilités sont très dissociées, c'est-à-dire que dans la sensibilité extéroceptive, c'est le contact qui vient en premier, avant la douleur et la chaleur. Pour le système sensitif interne, c'est la sensibilité intéroceptive, c'est-à-dire liée au fonctionnement interne; digestif, cardiaque, respiratoire qui est la plus développée, alors que la

sensibilité profonde (muscles, os, posture, équilibre) ne se développera que beaucoup plus tard. Je pense qu'il était important de souligner cette prédominance de la sensibilité interne (qui va s'effacer ultérieurement) car c'est sur cette prédominance neurologique que vont s'inscrire les premières images du corps.

Mais reprenons le nouveau né dans son évolution. Finies pour lui la quiétude et l'uniformité. Il est entré dans un monde de rythmes, d'alternuances, de différences, de coupures, de répétitions, dont il aura à émerger.

Mais ces premières images dont je vous ai parlées : vide insoutenable, bouche-sein, ou bien-être interne de réplétion, ne restent pas isolées, ceci chez l'enfant normal, (car chez le psychotique, il en sera autrement). Déjà tout un réseau d'associations se constitue autour de l'oral : c'est le regard qui ne quitte pas le visage maternel pendant la tétée, c'est l'odeur de la mère mêlée au goût du lait, c'est l'ouïe sensible à tous les bruits et paroles dont la mère accompagne les soins donnés à son enfant, c'est le contact corporel au moment de la toilette, du bain, les sensations cenesthésiques de bercement, de va-et-vient dans le portage de l'enfant. La mère imprime sur le corps de son enfant les marques de son désir à elle. C'est dans le plaisir (ou le déplaisir) qu'elle éprouve elle-même, dans ce réseau de communications entre elle et lui que va se constituer le corps libidinal. Chaque mère a son style propre de maternage, et l'enfant en tant que support des pulsions de la mère va être marqué de la nature même de ces pulsions. Ainsi va se constituer chez l'enfant tout un réseau de lieux érogènes, marques du désir de la mère, mais aussi lieux de retrouvailles et d'évocation de sa présence. Tel objet familier, telle couleur, tel son émis par l'enfant et repris par la mère, tel contact, le pouce à sucer ou telle attitude du corps, sont autant de représentations de sa relation à l'Autre. La gamme de ses objets s'enrichit de jour en jour du fait de la maturation de son système nerveux, d'une plus grande maîtrise des gestes et du corps et du renouvellement de ses expériences sensorielles sur l'environnement par la manipulation, le jeu, l'exploration tactile de son corps, le repérage par le regard des objets environnants (objets transitionnels). Le cycle des déplacements et des substitutions est amorcé. Le corps n'est plus corps anatomique et physiologique mais déjà corps libidinal où d'autres lieux peuvent prendre le relai et se substituer au lieu primordial, la bouche, et où le grand Autre ne fonctionne déjà plus comme mère-nourriture. L'objet de la satisfaction, le sein, se scinde déjà de la représentation du grand A et le besoin se fait demande, demande d'autre chose que de nourriture, demande d'amour. Lacan nous dit à propos du Fort-Da (jeu de la bobine) "nous pouvons maintenant y saisir que le sujet n'y maîtrise pas seulement sa privation en l'assumant,

mais qu'il élève son désir à une puissance seconde car son action détruit l'objet qu'elle fait apparaître et disparaître dans la provocation anticipante de son absence et de sa présence. Ainsi le symbole se manifeste d'abord comme meurtre de la chose, et cette mort constitue dans le sujet l'éternisation de son désir".

Nous voyons bien là que ces premières ébauches de symbolisation se font grâce aux séquences présence-absence, parallèlement à un repérage dans le discours. Bien qu'il ne parle pas encore, l'enfant saisit très tôt le rapport des mots et des choses et les lois du langage.

Nous commençons à saisir comment l'enfant, dans une évolution normale, arrive à maintenir la permanence de son être par son accession à un autre ordre que l'ordre purement organique, et cela malgré les séparations répétées, et justement à cause de ces coupures d'avec l'Autre et dans l'Autre. Il n'est pas la mère et il ne la mange pas, la mère est source de nourriture, mais pas nourriture elle-même. Comment l'enfant à travers ces épreuves de séparation et malgré ces images d'un corps non encore unifié (avant le miroir), arrive-t-il à maintenir la permanence de son être, à se centrer dans son vécu corporel, à soutenir son "identité" ? Cette "mêmeté" d'être, comme dit F. Dolto, il la trouve dans la répétition des expériences et des contacts auprès d'un adulte qui reste le même et assure sa continuité à lui et sa sécurité. Si le personnage nourricier ou si l'environnement changent sans cesse, l'enfant perd ses repères, il ne peut se réunir dans le sens réunion à lui-même et l'union à l'Autre, il régressera dans des comportements archaïques en désinvestissant sa personne et l'environnement (abandonnique) pour retrouver cette image de base dont nous parlions tout à l'heure, qui est aussi image de mort. (voir "Les enfants du rêve" : Dans les kibboutz, la permanence de l'environnement vient suppléer à la permanence du personnage nourricier qui change souvent. C'est ainsi qu'un nourrisson tombera dans un état dépressif si on le change de lieu ou si on lui enlève ses petits voisins de lit. Plus tard il revient souvent sur les lieux de sa première enfance, et le groupe jouera un peu ce rôle de grand Autre protecteur et sécurisant).

Nous arrivons aux environs du huitième mois. Jusque là, l'enfant avait appréhendé sa mère dans sa fonction d'adulte nourricière dont il savait repérer les signes d'approche, de présence, en référence à son propre vécu corporel érogène. Vers huit mois, il va identifier sa mère, non seulement dans son extériorité, mais aussi dans son individualité (Masque). Maintenant, il reconnaît son visage et il la différencie de façon radicale, de lui-même bien sûr, mais aussi des autres personnages de son entourage. C'est une période

cruciale. (M. Klein parle de position dépressive, et Spitz d'angoisse du huitième mois). C'est l'époque où tout changement, toute frustration ou séparation brutale plongent l'enfant dans une angoisse d'abandon insoutenable. Nous le verrons à propos du cas que je vous présenterai. C'est aussi le début de la période où l'enfant va se reconnaître dans le miroir. Ce stade du miroir est un "carrefour structural" (Lacan) essentiel à comprendre. Je ne m'y attarderai pas. Disons seulement que l'enfant va se voir et se reconnaître dans la totalité de son corps dans une image unifiée dont il ne voyait jusque là que les parties que son regard et son toucher avaient pu explorer (sauf le visage. Il va donc se reconnaître dans sa forme globale, reconnaissance qu'il cherche en se retournant pour chercher du regard celui qui le porte.

Lacan p. 94 (Ecrits)

"Il y suffit de comprendre le stade du miroir comme une identification au sens plein que l'analyse donne à ce terme : à savoir la transformation produite chez le sujet, quand il assume une image dont la prédestination à cet effet de phase est suffisamment indiquée par l'usage, dans la théorie du terme antique d'imago.

L'assomption jubilatoire de son image spéculaire par l'être encore plongé dans l'impuissance motrice et la dépendance du nourrissage qu'est le petit de l'homme à ce stade infans, nous paraîtra dès lors manifester en une situation exemplaire la matrice symbolique où le Je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet."

C'est un temps de remaniement des premières images parcellaires du corps, dont nous avons parlé qui ont à se refondre, à s'ancrer, à se cristalliser dans une image totalisée, matrice et point de départ des identifications secondaires et de la formation du Je.

Si j'ai insisté sur ce qu'il pouvait en être de la reprise symbolique du corps dans une évolution "normale", c'est pour mieux vous pointer à propos du cas d'Anne Sophie ce qui a pu achopper dans ce parcours et précipiter l'enfant dans la psychose.

Chez le psychotique, l'échec de la reprise du corps dans une chaîne signifiante le renvoie à une réalité de lui-même, impossible à soutenir. Lacan nous dit : "ce qui n'est pas venu au jour du symbolique apparaît dans le réel". Cela reste vrai dans tous les cas de psychose, infantile ou de l'adulte. Dans tous les cas, le corps restera ce lieu du réel impossible.

Observations d'adultes psychotiques.

Melle D., Anorexique boulimique.

Mon corps c'est un ennemi pour moi, C'est mon corps qui mange, qui grossit, qui est laid.

- Laid ?

- J'avais horreur du lait. Ma mère m'a nourri jusqu'à six mois. Je faisais toujours la comédie pour avaler tout ce qui était avec du lait. Petite j'avais pas ce sentiment de dissociation entre moi et mon corps. Je leur présente quelque chose qui est laid. Comment les gens pourraient-il savoir que j'aime le beau dans un corps laid. Comment savoir que j'ai mauvais goût ?

Melle B.

Depuis la mort de ma mère je veux plus manger de viande, j'ai peur de manger ma mère.

Melle H., anorexique.

Quand mon corps a faim je lui dis : t'as eu tes 2000 calories. Quand ça va pas je l'oblige quand même à avoir ses 2000 calories. Qu'est-ce que ça veut dire de me fier à lui. Je sais pas où je m'arrêterais. Ça me semble bizarre que ça puisse fonctionner sans que j'y sois pour rien.

Melle B., anorexique.

On m'oblige à grossis, j'ai l'impression qu'on me gonfle comme un matelas pneumatique. J'ai envie de crever comme un matelas pneumatique... Manger : une machine que l'on met en marche, c'est automatique. J'aime pas la viande, c'est un truc triste, je suis pas vorace... Je suis comme une mécanique que l'on met en place avec un moteur, je mange tout ce qu'il y a dans les plats.

Mr. M. : Comment le corps mort peut devenir le seul signifiant de l'existence.

Quand j'étais à la clinique, les gens me demandaient ce que j'y faisais. Je tiens pas à être malade mais je sais que je pourrais

me tuer. Ça devrait m'arriver (a déjà fait une tentative). Ça serait facile, ça irait mieux après. Ce serait un grand calme, un calme plein et pas un calme vide. Comme un cube. Je serais une forme et pas une étendue. Une masse et pas un liquide, une couche de gaz ou je sais pas quoi. C'est plus satisfaisant. C'est moi qui serais ça, qui existerais, qui deviendrais quelque chose de définitif. Au lieu d'être adulte je serais mort, c'est la même chose. Je suis n'importe quoi selon les moments, j'existe pas, tandis que les morts ils gagnent, ils n'ont pas à faire d'efforts pour être eux-mêmes. Tandis que moi, il faut que je me batte pour être respecté, et comme j'ai pas envie de me battre je suis pas respecté, je veux dire respecté en tant que moi, dans mon identité, respecté... qu'on ne m'impose rien que je n'aie plus à lutter.

L'origine de cet échec, de cette faille originelle nous échappe la plupart du temps, la mauvaise mère a bon dos mais n'est là le plus souvent que pour expliciter a posteriori l'origine des troubles. Toutes les mères hypergavantes, dévorantes, étouffantes, rejetantes et frustrantes ne font pas des enfants psychotiques mais on peut dire à coup sûr que l'enfant psychotique vit avec sa mère une relation tout à fait particulière. Il est et reste avec elle "un objet partiel" (ne peut-on pas dire son objet ?) un morceau de corps détaché d'elle.

La boucle est fermée sur cette relation à deux. Les issues en sont barrées et toute coupure introduit la mort. La référence tierce qui lui permettrait d'échapper à cette aliénation lui reste inaccessible. A chaque étape de son évolution, le maintien ou la survivance de cette relation duelle ne lui permettent pas de se structurer comme sujet désirant.

- Castration orale où l'interdit cannibalique n'est jamais parfaitement assumé, et où la coupure n'est jamais consommée entre lui et l'A ce qui permettrait le surgissement de l'objet "a".

- Castration anale où l'objet anal ne peut être repris non plus dans une dialectique d'échange, de déplacement, de substitution structurant le désir.

- Enfin castration oedipienne, dernière étape de l'inscription du sujet dans son destin d'être humain, de sujet sexué, de sujet désirant, de sujet dans la parole. C'est là que nous aurions à reprendre ce qu'il en est de la forclusion du nom de Père.

Donc tous ces avatars sur le chemin de ses identifications successives et de son repérage dans la chaîne signifiante le renvoient

à des images de fonctionnement d'un corps en morceaux, non récupérable, d'un corps vide, d'un corps machine, éclaté, mutilé, ou corps étranger à lui-même.

Dans le miroir le psychotique reste aliéné dans l'image qu'il y voit, et qui reste image orthopédique de sa totalité. Il semble que quelque chose du regard de l'Autre et de sa Parole ait manqué pour que cette image puisse jouer le rôle de matrice dont parle Lacan point de départ des identifications oedipiennes. Le psychotique reste en prise directe avec cette image et il y aura chez lui prévalence de la relation spéculaire. Tout se passe comme si l'Autre, non barré par la castration symbolique, fonctionnait comme un petit autre dans une relation duelle sans échappatoire.

Je vous parlerai maintenant d'Anne-Sophie. C'est une petite fille de huit ans et demi que j'ai vue pour la première fois à l'âge de trois ans. Je ne vous raconterai pas toute son histoire, ce serait trop long, je pointerai seulement chez elle ce qu'il en a été de son évolution quant à ce qui touche l'oralité et l'analité.

A trois ans, Anne-Sophie n'était qu'un cri : une petite boule hurlante qui ne marchait pas, ne parlait pas bien sûr, ne touchait à rien et ne tolérait aucun contact. Elle avait des phobies multiples : elle ne supportait pas la vue de certains objets pourtant familiers, et en particulier les objets ronds qui provoquaient chez elle un redoublement de cris et des conduites d'autodestruction.

Anne-Sophie est la troisième de trois filles nées en trente trois mois. Le père est vétérinaire. La famille habite la province. Anne-Sophie a été nourrie au sein jusqu'à un mois et demi, ensuite au biberon jusqu'à sept mois, date à laquelle la mère laisse la maison à des domestiques, confie Anne-Sophie à une nurse et part se reposer, épuisée par ces trois grossesses, et ne pouvant plus supporter ces trois enfants en bas âge.

Donc entre sept et huit mois et demi, c'est-à-dire pendant un mois et demi, Anne-Sophie sera confiée à cette jeune fille qui décide d'arrêter les biberons et de la faire manger à la cuillère. Ce sera le drame. Voici comment la grand mère raconte ce qu'elle a vu quand elle vient faire une visite à ses petites filles. "J'ai entendu des hurlements épouvantables. Anne-Sophie, coincée entre les genoux de cette fille qui lui pinçait le nez pour lui faire ouvrir la bouche et enfoncer ensuite la cuillère de bouillie. L'enfant suffoquait, s'étouffait, essayait de se débattre... A partir de ce moment, ce

bébé va changer complètement. Elle devient triste, elle va s'éteindre... Elle reste des heures par terre à tapoter les franges du tapis, on ne la voit plus sourire, et jamais plus elle ne portera quoi que ce soit à la bouche".

Quand la mère revient, elle essaye de redonner le biberon, mais Anne-Sophie refusera, et la mère continuera à la forcer, c'est-à-dire à crier, à lui taper dessus, à mettre de force le biberon dans la bouche. Jusqu'à l'âge de sept ans et demi, Anne-Sophie ne s'alimentera jamais normalement, il faudra continuer à la "forcer". Elle n'absorbera que des liquides, toute particule solide provoquant chez elle un réflexe d'étouffement.

A propos de ce problème d'alimentation, je rappelerai deux épisodes qui m'ont frappée. Un jour, vers l'âge de quatre ans, en séance, Anne-Sophie me dit qu'elle a faim. Je lui propose un yaourt qu'elle dit aimer. Je lui présente donc une assiette dans laquelle j'ai mis du yaourt, du sucre, et à côté une petite cuillère. Je lui dis : tiens, tu peux manger.

Anne-Sophie : non, force-moi.

Moi : Non, tu peux manger toute seule.

Et pour l'encourager, je mets mon doigt dans le yaourt que je goûte en lui disant : tu vois, il est bon. Au moment où elle est tentée d'en faire autant elle est prise d'angoisse, repousse l'assiette et se met à crier : "non, non, pas manger Sophie. Pas manger Sophie".

Je reviendrai tout à l'heure sur ce que j'ai pu comprendre à ce moment de son angoisse au niveau de la nourriture.

Un autre fait significatif :

Dans les premiers entretiens où Anne-Sophie était sur les genoux de sa mère (elle avait donc trois ans à peu près), je demande à la mère le nom de cette nurse qui s'était occupée de l'enfant. La mère réfléchit un instant, puis se souvient, et me dit : elle s'appelait Annick.

En entendant ce nom : "Annick", l'enfant, qui était jusque là calme, pousse un cri, se jette en arrière et tombe des genoux de la mère.

A propos de l'analité.

Anne-Sophie ne supporte pas d'être nue. Cela déclenche chez elle des angoisses épouvantables. Elle veut toujours être serrée dans des vêtements, en particulier dans des tabliers de sa mère. Jusqu'à l'âge de cinq-six ans elle refuse d'aller sur le pot malgré les injonctions et les fessées. Elle ne peut faire que dans des couches bien serrées qu'elle voudrait garder contre elle. Lorsqu'il faut la changer, c'est aussi un drame, comme si c'était elle qui disparaissait avec ses selles.

Voici un épisode significatif : L'émission de selles provoquant une telle angoisse, Anne-Sophie se retenait le plus possible. Il est arrivé une fois, qu'après huit jours de rétention de matières, le médecin consulté ait craint une occlusion intestinale et lui ait administré un lavement. Ce lavement a été une épreuve dont Anne-Sophie ne se remettra pas de longtemps, d'autant que le médecin en question meurt quelque temps après. Il va alors se créer une chaîne d'association autour du derrière, du docteur, de la mort, du père qui est docteur des vaches. Voici un exemple du discours qu'elle tient à ce moment là : "quand on est mort, on répare le derrière, on met de la pommade dans le derrière. Après la mort, on devient la grand'mère (la grand'mère maternelle vient de mourir aussi) les dames chez le docteur qui met la pommade, elle est morte aussi. Papa met la pommade dans le derrière des vaches... est-ce que Sophie est morte ?..."

Anne-Sophie entre dans une période critique avec des phénomènes hallucinatoires. Je n'ai plus aucun contact avec elle, elle parle mais de façon incompréhensible à un personnage qui serait elle-même, et le ton qu'elle emploie, les gestes, rappellent le comportement de sa mère.

Cette mère qui me dit : "A la maison, c'est fini, elle sait plus si elle est elle ou moi . Elle appelle ses soeurs et son père : maman. Elle veut que sa volonté vienne d'ailleurs, c'est toujours les mêmes questions : est-ce que j'ai froid ? Comment je m'appelle ? etc..."

Voici pour terminer ces quelques remarques cliniques, une courte séquence qui vous montrera ce qu'il en est de la distorsion au niveau du langage et de la chaîne associative.

Anne-Sophie : "Est-ce que les hommes sont bons à manger ? Est-ce qu'il saigne, le papa, quand il met la graine dans le derrière ? Est-ce qu'il met un tablier ou un veston pour mettre la graine ? Est-ce que les mamans saignent à la clinique d'accouchement et quand il y a pas de bébé ?

Clinique d'accouchement. J'aime ce mot (le répète plusieurs fois).

Moi : Pourquoi ?

Anne-Sophie : Ça finit par ent ... comme lavement. J'adore ce mot : clinique d'accouchement ...

0

0 0

En nous référant à ce que nous avons pointé de l'évolution normale, essayons de voir ce qui a pu se passer chez Anne-Sophie. A sept mois, période cruciale de structuration, cette enfant "perd" sa mère. Il semble que du même coup elle disparaisse elle-même, (les photos d'avant et d'après cette période montrent un changement stupéfiant). Les lieux du corps érogènes, lieux de retrouvailles, ne pourront fonctionner comme lieux d'évocation et de sécurisation, peut être du fait de leur trop grande fragilité, ou de la sidération massive qu'a entraîné la disparition brutale du personnage nourricier. On dirait que désormais la bouche reste le seul lieu érogène dans une relation sadique-orale à l'Autre. Cette relation va se "figer" dans un scénario répétitif où toute dérogation risque d'entrainer la mort : jusqu'à l'âge de sept ans et demi, Anne-Sophie se laisse littéralement mourir de faim si on ne la "force" pas (à la différence des anorexies névrotiques). Toute vie, toute expression corporelle disparaissent, à l'exception du cri. Pour s'alimenter, elle a besoin de retrouver un semblant de repère au niveau de l'enveloppe corporelle en étant maintenue serrée contre l'adulte, car il semble que le corps fonctionne comme machine dévorante, destructrice, quelque chose comme : manger l'A, être mangée, manger soi-même. (pas manger Sophie). Le réel lui-même sera la projection de ce vécu terrifiant. Tous les objets familiers ont cette teinte hostile, objets ronds qui se révèlent par la suite être une représentation du sein ou du corps maternel, voix qui sort de l'électrophone, etc... qui la font hurler en se bouchant les oreilles et en se cachant la tête et les yeux entre les bras.

L'objet anal lui-même ne pourra se scinder et devenir objet "a, c'est-à-dire repris dans une dialectique d'échanges au niveau d'une chaîne signifiante. Il reste la représentation du corps entier, et dans sa perte Anne-Sophie semble vivre sa propre disparition.

Après ces premières expériences traumatiques, pourquoi l'enfant n'a-t-elle pas pu se restructurer au contact de la mère retrouvée ?

Qu'en est-il de cette mère ?

Dès le début de la psychothérapie, j'avais été surprise par la manière dont elle parlait de sa fille. Pratiquement, dès sa naissance, cette enfant "très précoce" avait été pour elle un objet persécuteur. Voici comment elle la présente dans les premiers entretiens : "vous comprenez, dit-elle, je n'en peux plus, elle crie, elle crie, je la mets à l'autre bout de la maison, je ferme les portes, je l'entends quand même. Depuis toute petite, elle a mauvais caractère, elle voudrait me mener par le bout du nez, je ne peux pas me laisser faire, il faut de l'autorité... Depuis l'âge de neuf mois, elle a toujours refusé le biberon, elle fait la grève de la faim... C'est comme si j'avais tout fait pour la casser, mais on ne peut pas se laisser faire, c'est mauvais de tenir compte des manies des enfants... C'est comme pour le pot maintenant... Jusqu'à quinze fessées par jour que je lui donne, mais je ne cède pas..."

Et dans un des derniers entretiens, cinq ans et demi après, cette mère me dit encore :

"Anne-Sophie était une enfant trop précoce, c'est comme ça que j'ai eu cette attitude avec elle. Je ne respectais pas sa personnalité, c'était moi qui devais faire (?) toutes les réactions de mes enfants, si elles s'opposaient, il fallait que je les fasse changer d'avis. L'aînée était ma possession, la seconde ça s'est aggravé, la troisième ça a éclaté... Si je n'avais pas eu Anne-Sophie, les deux aînées seraient psychotiques..."

Qu'en est-il de cette précocité ? J'ai moi-même ressenti quelque chose de cet ordre. Je vous ai parlé de sa réaction à l'évocation du nom de la nurse de son septième mois, nom pratiquement tombé dans l'oubli pour toute la famille.

Dès qu'Anne-Sophie a pu parler, j'ai été frappée par ce qu'elle pouvait évoquer de son vécu des premiers mois de la vie, souvenirs qui m'étaient la plupart du temps confirmés a posteriori par

l'entourage. Cette évocation ne ressemblait en rien aux reconstructions que font les enfants dans leurs fantasmes. Il semble qu'il y ait eu comme absence de refoulement, et le réel arrivait là à l'état brut sous forme d'un défilé de signifiants, eux-mêmes "manipulés comme des objets". La cassure dans le corps se retrouvait au niveau du langage (Anne-Sophie n'était pas encore à oser se regarder et se reconnaître dans le miroir alors qu'elle parlait déjà). Certains mots avaient la vedette pendant des jours, des semaines : corsage, tablier, revers, ont occupé la scène pendant très longtemps, jusqu'à épuisement de toutes les associations "délirantes" et essaie dans la psychothérapie d'en retrouver le sens originel et d'arrêter par là la signification.

Lacan nous dit : "chez le schizophrène, tout le symbolique est réel". Qu'en est-il de ce symbolique chez cette psychotique ? Pourquoi cette barre entre signifiant et signifié reste-t-elle si fragile et pourquoi ces points de capiton dont parle Lacan dans son schéma (p. 505) ne fonctionnent-ils pas ?

Ce cas m'a permis de me poser beaucoup de questions que je vous pose.

Je ne vous ai pas parlé du père ! C'est pourtant un homme "bien sous tous rapports", et si quelque chose semble bien fonctionner dans cette famille c'est lui et la relation du couple. Mais pour Anne-Sophie, il semble jusqu'à ces derniers temps que le père n'était que cette grosse voix qui fait peur mais rassure et aussi... "le revers"... revers de son veston contre lequel elle aime se frotter... "le revers"... qui occupera ses pensées pendant des semaines.

Et le nom. Mais quel nom ? A une période Anne-Sophie dit non à tout.

Moi : Pourquoi dis-tu non ?

Anne-Sophie : C'est mon non. J'ai bien le droit de dire non.

Moi : Bien sûr. Mais quel est ton nom ?

Anne-Sophie : Mme Cordié.

Moi : Cordié c'est moi. Mais toi ?

Anne-Sophie : Anne-Sophie vétérinaire.

A propos du traitement par le psychodrame analytique de schizophrènes hospitalisées : Une tentative de repérages

---

B. DEFER
(avec la collaboration de J.J. GRAPPIN)

Cet exposé a pour but de rendre compte d'une démarche clinique qui s'est d'abord efforcée de repérer les moments de l'existence de schizophrènes en référence aux concepts mis en place par J. Lacan.

Comme toute existence, celle du psychotique se trouve projetée, selon une dynamique sans repos, dans un champ ou rien n'est neutre ni figé et elle comporte toutes sortes d'avatars, des ruptures, des assomptions dont il convient de saisir le sens.

Délirant ou non, stabilisé ou non, un schizophrène peut n'avoir guère d'histoire, ou bien émerger d'une symptomatologie extrêmement mouvante et polymorphe comportant les manifestations cliniques les plus diverses que la nosographie fait ressortir à la psychose, ou, tout aussi bien, peut-on assister, précocement ou tardivement, à la mise en place de défenses d'allure névrotique qui ne doivent pas faire illusion pour se trouver susceptibles, à tout instant, de céder.

Par ailleurs, la gêne que certains schizophrènes déterminent dans l'institution par l'angoisse de mort dont ils l'investissent n'est pas un élément qui passe inaperçu.

On peut tenir pour acquis que le schizophrène aura achoppé et, sous nos yeux, continue souvent de trébucher, sur certains moments génétiques particuliers.

On peut évoquer le défaut de symbolisations primaire et secondaire mais tout aussi bien celui d'identifications.

De même, la forclusion du Signifiant du Nom-du-Père s'assortit de celle de la castration, d'un défaut d'accès à une relation imaginaire stable (dont le non dépassement spécifierait le paranolaque et, a fortiori, d'un défaut d'accès à l'ordre symbolique comme à la structuration oedipienne.

Enfin, la structure psychotique, qui a pu être induite par la non intervention de la Bejahung et de la Verneinung, comporte également la non-symbolisation de la scène primitive, un défaut d'assujettissement dans l'Autre, la non-différenciation des sexes et parfois des générations.

La mise en place d'autres instances telles que l'Idéal du Moi amène une question qui s'est posée au second temps, d'ordre thérapeutique, de notre démarche.

Parallèlement à l'émergence de motivations de diverses natures, on se trouve nécessairement amené à intervenir dans le monde institutionnalisé du schizophrène du simple fait que les relations n'y sont jamais indifférentes.

On connaît bien les effets d'une connivence subtile instaurée entre le psychotique et les thérapeutes disponibles pour une écoute analytique : certain sourire, certain clin d'oeil, certains jalons dérisoires témoignent de la réalité d'un lien et d'un échange souvent marqués de la réserve, de l'humilité, de la fluctuance, de la brouille ou de l'agression mais aussi d'une extrême densité.

Nous avons tenté d'organiser une partie de leur champ en proposant à des schizophrènes hospitalisées de participer au psychodrame et nous nous sommes efforcés d'en saisir les effets.

Il s'est agi de faire participer au jeu psychodramatique, à jour et à heure fixes, en un lieu déterminé de l'institution, chaque fois une seule patiente avec plusieurs thérapeutes intégrés en équipe à l'institution, sans qu'ils interviennent tous dans le jeu mais sans qu'aucun d'eux n'assume le rôle de meneur ou celui de contrôleur.

Néanmoins, les patientes ni les thérapeutes ne pouvaient méconnaître l'organisation de l'institution, tandis que les interprétations se trouvaient induites aussi bien par l'un que par l'autre.

D'autre part, il sera souvent difficile de reconnaître ce qui revenait à l'institution de ce que le psychodrame aura pu promouvoir.

Après avoir présenté 4 observations, on s'efforcera de saisir quelques repères.

0

0 0

Nelly : 40 ans, est une schizophrène demeurée à un moment pré-spéculaire marqué du morcellement par défaut d'identification primordiale à un objet paternel ambigu et clivé n'offrant pas prise ("mon père n'est pas un vrai homme") tandis que les caractères du mauvais objet archaïque terrifiant sont attribués à l'image maternelle susceptible d'induire une captation fascinante et perpétuellement menaçante, avec lutte épuisante pour ne pas l'introjecter : "Ma mère a tout fait pour me couper de mon père - Je me sens coupable d'aimer ce qui est beau - La mort me fascine - Je bois beaucoup pour me laver des déchets - Je crains de devenir un monstre en dormant".

A partir du moment où il aurait fallu assumer une fonction dans l'enseignement, l'existence a été marquée par la dépersonnalisation, le morcellement, l'autisme, le délire et les hallucinations.

On aura ainsi observé un défaut absolu de référence à l'Autre et même d'accès à une relation imaginaire stable : une amélioration fugace, avec identification de type primaire à une marionnette imaginée dans la transcription d'un conte originel, avait permis la réalisation des démarches nécessaires à l'obtention d'une carte d'identité suivie, après un bref moment jubilatoire, d'une rechute délirante à thèmes persécutifs et mégalomaniaques ("J'ai inventé une nouvelle écriture"), rechute ayant évolué favorablement à partir de la tenue d'un journal intime.

L'instauration durable d'une relation imaginaire constituait le premier stade de la démarche psychodramatique n'ayant pas exclu, parallèlement, une tentative de permettre l'accès au Symbolique et on a plus d'une fois assisté à la butée paranoïaque sur une cristallisation imaginaire constamment à la limite de la dissolution.

Dans le psychodrame, la projection de l'imago maternelle béantisante sur une thérapeute, explicitement investie de ce rôle, s'est accompagnée d'un passage à l'acte (ou d'un acting out ?) sous forme d'une giffle retentissante ayant exclu pour un temps prolongé toute possibilité de relation, même imaginaire et, a fortiori, toute possibilité d'identification primaire ("C'est trop réel, je ne veux plus continuer").

Alors que l'identification secondaire et l'Idéal du moi se trouvaient évidemment hors d'atteinte, on assistait, tout à l'opposé, à une régression extrême après cette confrontation à un Surmoi archaïque.

Peu après, le Signifiant forclos du Nom du Père est reparu dans le Réel et dans l'Institution selon les modalités délirantes et hallucinatoires (médecin-chef vécu comme un personnage séducteur ou persécuteur).

Par la suite, l'idéalisation dans le même cadre institutionnel d'une autre imago paternelle (le moniteur de gymnastique) a permis une nouvelle ébauche de relation imaginaire érotomaniaque.

0

0 0

Gisèle est une schizophrène de 34 ans dont l'existence aura été marquée par une relation fusionnelle avec une mère paranoïde persécutée, surtout depuis la mort du père (lorsque Gisèle avait 8 ans), accusé par les 2 femmes d'être la cause de tous leurs maux).

Mauvais objet à double titre, la patiente, baptisée à l'insu du père, considérée comme possédée par sa mère, a été traînée par celle-ci de sorciers en guérisseurs et de cartomanciennes en pélerinages.

Le parcours existentiel se soutenait de relations imaginaires et d'identifications très incertaines assorties, en transparence, de thèmes délirants de dépersonnalisation, d'hypocondrie, d'influence, de persécution, de mégalomanie ou d'apocalypse.

Le psychodrame a permis la référence à l'Autre lorsque Gisèle a joué le rôle d'une amnésique en attribuant à une thérapeute un savoir sur elle-même qu'elle ignorait.

Par la suite, l'initiative puérile de la patiente a introduit une triangulation symbolique instaurée par des animaux puis par un ours en peluche, triangulation confortée par des situations institutionnelles favorables et par des interprétations qu'un transfert aléatoire a rendues possibles.

Mais Gisèle a alors déclaré à sa mère : "Tu es aussi malade que moi". La mère est aussitôt intervenue et, avec sa fille, a exigé l'interruption du psychodrame ("ça la rend plus malade").

Une expérience triangulaire avait été néanmoins acquise d'autant qu'entre temps, la mère avait déménagé d'une maison que les deux femmes croyaient hantée, par un signifiant métonymique du père, évidemment.

0

0 0

Nicole, 29 ans, exprime sa fascination par un fantasme de scène primitive particulièrement conflictuelle et réactivé sur un mode doublement incestueux puisque le père a pris une maîtresse de l'âge de sa fille tandis que la mère choisissait un tout jeune amant.

Dans un autre sens, la mère attribue les défauts de son mari à leur fille qui, sur un mode ambivalent, redoute à la fois la séduction de son père et la jalousie de sa mère, s'éprouve laide (avec alternance de maigreur et d'obésité), s'identifie selon une spécularité narcissique exclusive et instaure une relation imaginaire et idéalisée avec des autres sans parvenir à s'orienter par rapport à l'Autre.

La situation de la mère induit chez Nicole une tentative permanente mais vaine de s'identifier à son phallus et de s'y figer, tandis que semble également intervenir un processus d'identification hystérique à la mère pour tenter de séduire son jeune amant.

Dans le psychodrame, la patiente s'efforce de faire représenter la scène primitive qui s'assortit de l'introduction d'un terme tiers mais le narcissisme et l'idéalisation s'opposent à l'intervention de processus transférentiels et le jeu tourne à vide, d'autant que la construction triangulaire idéale achoppe sur une absence de sens et sur le défaut de points d'ancrage dans la réalité signifiante de la patiente.

De plus, la scène primitive du jeu interfère avec un fantasme institutionnel de thème identique bloquant lui aussi tout engagement dynamique, dans un sens ou dans un autre.

0

0 0

Pour Linda, 23 ans, en ayant annulé un père sourd (qui avait bien tenté de le lui rendre), la mère a induit la forclusion du Signifiant paternel qui s'est complétée, à 7 ans, d'une réelle tentative de séduction par un oncle sénile, venu du dehors pour pénétrer dans la chambre.

A l'occasion d'une aventure sentimentale infiltrée d'un vécu incestueux malgré le défaut d'accès véritable à la structure oedipienne, Linda a exprimé des thèmes délirants de persécution, de dépersonnalisation, de filiation, des thèmes mystiques et mégalomaniaques avec résurgence en négatif dans le Réel du signifiant forclos ("mon père n'est pas mon père - mes parents sont des parents adoptifs - je suis traversée par le regard") puis sont intervenus des mécanismes d'idéalisation et d'hystérisation.

A partir de ce colmatage, l'existence s'est marquée d'un narcissisme minaudant et de relations insignifiantes.

Dans le psychodrame, sont apparus les thèmes de la scène primitive, de la poupée cassée, de la séduction par l'oncle, du défaut d'accès au Symbolique et de repérage de l'Autre.

Les défenses hystériques relativement solides sans être trop aliénantes ont permis l'implication dans une situation triangulaire, l'assujettissement dans l'Autre, les interprétations, une certaine mise en place du père et de son signifiant, une mise à distance du discours psychotique, un dégagement de la relation imaginaire et l'émergence d'un désir aussitôt marqué de l'interdit.

Mais on ne maîtrise pas si facilement un roman familial.

Dans le passé, la mère de Linda puis sa soeur avaient failli épouser un médecin et, au terme du traitement, la patiente sollicita un baiser d'un thérapeute qui, compte tenu de son rôle, fit intervenir l'interdit.

Après qu'un jeune infirmier n'ait pas témoigné la même rigueur, du moins en dehors de l'institution, Linda présenta une bouffée anxieuse infiltrée de thèmes incestueux centrés sur l'oncle séducteur.

Elle s'est immédiatement trouvée rassérénée dès lors que le thérapeute, en interprétant avec elle l'acting out de la tentative de séduction dans le jeu, lui eût affirmé que l'interdit jouerait aussi rigoureusement en dehors de la relation psychodramatique qu'au sein du jeu : en ne rapprochant pas les 2 démarches transférentielles,

intervenues dans le jeu et en dehors de celui-ci, on aurait favorisé la remise en cause de l'élaboration d'une situation oedipienne vécue dans l'ambiguïté.

0

0 0

Si le psychodrame analytique du schizophrène se joue tout entier dans une réalité imaginaire commune, il intervient essentiellement et par définition au niveau de l'Imaginaire sinon du pur inconscient du psychotique qui est tout à la fois sollicité par le désir des thérapeutes (parfois malencontreusement contré par la négation de l'institution) et induit à confronter le jeu de son fantasme à certaines conventions symboliques de temps, de lieu, de corps, de mise en jeu, d'objets, de signifiants fixés, constituant les limites à la fois vibrantes et irréductibles d'une certaine réalité instaurée à dessein par plusieurs thérapeutes ensemble.

Le respect (ou le placage) de ces conventions ne s'assortit pas nécessairement, tant s'en faut, et même à long terme, de l'intervention de la Fonction symbolique.

Même, on peut douter que celle-ci se manifeste jamais authentiquement, s'agissant de patients présentant une structure fondée d'un irrémédiable défaut que les objets du psychotique ne se font pas faute de réactualiser itérativement en relançant l'épuisant va-et-vient de la régression.

Et cette Fonction symbolique est moins encore susceptible d'opérer chez des sujets demeurés au stade du corps morcelé pour n'être pas advenue (au moins comme le paranoïaque) à une identification imaginaire spéculaire qui ne cesse à la fois de les séduire et de les terrifier.

Par ailleurs, la prégnance des images parentales demeurées constituées en objets défectueux, la référence insistants au fantasme d'une scène primitive dont le caractère insoutenable exclut l'assomption à une situation ternaire, l'intervention d'un Surmoi archaïque, la permanence de l'agressivité corrélative d'une fixation à un stade narcissique primaire sinon auto-érotique (faute de l'unification de l'image du corps), le défaut d'accès à la castration, la méconnaissance de l'Autre, se conjuguent, une fois ou l'autre, à la forclusion primordiale pour laisser patiner l'embrayage de la symbolisation.

On peut ainsi se demander si l'entrée en psychodrame pour des schizophrènes graves, constituant pour eux une astreinte bien moins traumatisante que la relation analytique, ne se justifie pas en gros des mêmes indications que celle-ci, à cela près que la situation parallèle en institution permet, sans trop de dommages pour quiconque, des régressions parfois vertigineuses.

En fait, l'efficacité du psychodrame paraît bien tenir aux possibilités d'un accès extrêmement mouvant à une relation se situant à l'orée de l'Imaginaire ("Je me vois jouer - il me voit jouer - ils me voient jouer") et ne peut-on parler ici de "paranoïa dirigée" au sens où Lacan compare un aspect de la démarche analytique.

De même, on n'ignore pas l'importance essentielle, vitale même, à certains moments de la psychose, du maintien d'un lien tenu (faisant évoquer le fil du funambule) avec l'objet le plus humble : griffonnage, petit morceau de papier, caillou, éclat, par exemple, ou aussi bien un des objets constitutifs du champ du psychodrame.

Cette efficacité tient-elle à l'instauration ou à la consolidation de défenses névrotiques (hystérisation, obsessionnalisation, idéalisation) ou paranoïaques laissant entendre que le patient, délirant ou ne délirant pas, était déjà parvenu à recouvrir tant bien que mal son manque essentiel et qu'il se trouvait en mesure de se laisser prendre dans des mécanismes transférentiels susceptibles d'induire une mise en acte très incertains d'une réalité de l'inconscient, encore que, selon J. Lacan, "la castration retranchée par le sujet des limites mêmes du possible, mais aussi bien par là soustraite aux possibilités de la parole, va apparaître dans le réel, erratiquement, c'est-à-dire dans des relations de résistance sans transfert".

Convient-il de rapporter à la sollicitation des pulsions et à l'instauration d'un transfert évanescent le mérite propre du psychodrame (comme celui de certaines psychothérapies dites institutionnelles) dont l'intervention sur un mode pluriel permet une maîtrise plus facile de l'angoisse de mort et un investissement pulsionnel moins ambivalent ou moins agressif, et favorise des ébauches d'identification maintenues tant bien que mal à l'écart d'une relation duelle imaginaire et mortifère.

En se gardant de faire naïvement référence à une néegenèse hors d'atteinte et à une réparation de la forclusion, ne peut-on envisager un mode d'efficacité soutenu par des formations très archaïques et permettant, tout de même, une meilleure cohérence du jeu des signifiants mal assurés et une certaine prise symbolique sur le monde (qui peut n'être que le monde de l'institution), un jeu d'assujettissement

dans l'Autre et une référence à un Idéal du Moi qui ne satisfait guère le thérapeute aux mains pures mais dont on s'efforce qu'il recouvre ce trou radical né de la forclusion.

Au plan pratique, la relation institutionnelle, susceptible de se prêter à des motions très ambigues (sur le mode de l'un-père, aussi bien, sur celui du repère : étymologiquement : repaire) doit donner lieu à une interprétation parallèle et complémentaire de celle qui intervient au niveau du jeu psychodramatique lui-même : faute de cette interprétation bifocale, le patient court un danger supplémentaire de morcellement et de clivage.

Le thérapeute dans l'institution peut également intervenir dans le psychodrame et participer ainsi à cette action globale de repérage.

Si le psychodrame paraît tenir son efficacité de l'interprétation, non du transfert (aléatoire et parfois dangereuse) mais de processus d'identification, cette interprétation doit se marquer d'une réserve qui n'élimine pas pour autant la collusion de certains facteurs extérieurs parfois catastrophiques.

Enfin, l'émergence au champ d'un Autre, l'instauration d'une marque symbolique sur une part de l'Imaginaire, l'expression tardive d'un désir timide aussitôt scellé de l'interdit, la mise en place de défenses névrotiques et, peut-être parallèlement, la constitution d'un Idéal du Moi (dont on ne se dissimulera pas le caractère davantage orthopédique que dialectique) peuvent se soutenir de la médiation du trait unaire selon des modalités anachroniques (c'est-à-dire en dehors d'une authentique structure oedipienne et en un moment qui ne peut donc se concevoir comme celui d'une identification secondaire véritable).

Chez les schizophrènes pour lesquels presque tout serait à instaurer, cette intervention du trait unaire résulterait peut-être de la confrontation aux signifiants polyphoniques et à un jeu de bobine que leur propose la structure artificielle du psychodrame.

A cet égard, J. Lacan fait écho à Freud : "le trait unaire, en tant que le sujet s'y accroche, est dans le champ du désir, lequel ne saurait de toute façon se constituer que dans le règne du signifiant, qu'au niveau où il y a rapport du sujet à l'Autre - C'est le champ de l'Autre qui détermine la fonction du trait unaire, en tant que de lui s'inaugure un temps majeur de l'identification dans la topique alors développée par Freud - à savoir l'idéalisation, l'idéal du moi."

Discussion

(Une voix) : "Je voudrais demander un petit renseignement. Nelly est-elle psychotique depuis sa petite enfance, ou est-elle devenue psychotique ?"

DEFER : "Pour Nelly qui présente une symptomatologie psychotique majeure depuis environ 20 ans, il convient de parler de noyau, de structure, de devenir psychotique".

C. THIS : "Dans ce que vous exposez, il y a un groupe de thérapeutes. Ce groupe supporte le fantasme du psychotique. Dès lors, est-ce que ça le renvoie à la scène primitive ou à une pluralité morcelée, plus exactement à l'espace entre les morceaux puisqu'on parle toujours de morcellement avant le stade du miroir".

DEFER : "C'est une question essentielle. Il arrive souvent qu'on se réfère à la scène primitive en l'évoquant ou en la jouant, mais la scène primitive et son fantasme sont parfois terrifiants pour le psychotique et après avoir chosi un tel rôle, il se sauve parce qu'il est angoissé.

D'autre fois, il attribue aux thérapeutes, ou se donne des rôles substitutifs (animaux, jouets par exemple) et il parvient à participer au jeu, qui peut être interprété à terme sinon immédiatement.

L'évolution est souvent incertaine et comporte des régressions et des progrès.

Elle fait évoquer les processus d'identification qu'il convient d'envisager sans naïveté et sans être en mesure de définir précisément cette démarche orthopédique."

DI RISIO : "J'aimerais savoir ce qui vous pousse à choisir la technique du psychodrame plutôt que la psychothérapie analytique de groupe. Dans mon expérience d'un groupe de 6 jeunes psychotiques, il m'est souvent difficile de me situer. Par exemple, si une jeune fille dit :

"Tu es mon père", je te hais". Il y a des moments où il faut répondre comme si on était réellement son père, et c'est le psychodrame. Il y a des moment où l'on peut interpréter le transfert, et c'est la psychothérapie analytique de groupe.

Cette question sur la pratique m'amène à une question théorique : il me semble que la forclusion devrait être envisagée comme quelque chose de non-complètement stable, comme quelque chose qui peut se faire ou se défaire. "

DEFER : "Certains schizophrènes refusent de participer à des psychothérapies de groupe : leur angoisse est cumulative. Par contre, lorsqu'on les connaît bien, ils acceptent une technique individuelle. Par ailleurs, pour répondre à la fin de votre intervention, chez le psychotique, la forclusion est définitivement intervenue."

LAURENT : "Je voulais intervenir parce que j'ai un peu peur qu'en partant de la forclusion du registre des signifiants du Nom-du-père, qui n'est pas un concept simple, on en arrive à une perspective génétique qui distinguerait une multiplicité de forclusions : à chaque psychose sa cause, à chaque psychose son mode de forclusion. On en arrive à un état qui me parait complètement morcelé, mais du côté de la théorie."

"DI RISIO nous proposait comme question : "Quand interprêter ?" Certains se sont lancés dans l'interprétation à tout va. Par exemple, l'équipe de Kinsgley Hall telle que nous la montre le livre de Mary Barnes et de Joe Berke. Alors rien ne pouvait, bien sûr, plus fonctionner comme interprétation. Il faut bien, si l'on veut que quelque chose fonctionne comme tel, se donner des repères. Je m'inquiétais donc d'une sorte de décomposition qui menaçait de nous laisser un pur système de recettes.

L'accent mis sur le défaut me gêne, que ce soit au niveau du narcissisme primaire, voire de l'autoérotisme... Alors que LACAN a insisté sur ce que la psychose, c'est moins des trous partout que l'absence de trous. A un certain niveau, c'est même plutôt le plein qui est déterminant dans la psychose."

DEFER : "Enfin, sur un certain niveau..."

LAURENT : "Oui, mais le niveau, il faut le maintenir. C'est-à-dire que ce renversement de perspective introduit par LACAN il faut le faire fonctionner comme productif."

DEFER : "Il est essentiel de se situer dans le registre de l'identification, et éventuellement dans celui du transfert, mais en demeurant très prudent."

C. BARDET : Je pense et un certain nombre de gens sont comme moi, qu'on aimerait parler du cas clinique d'Anny Cordié dans la mesure où c'est très réel et où elle nous a rapporté des morceaux même du discours. Deniau est comme moi, nous aimerions entendre quelque chose au niveau de cette mère et de ce père, ce qui est apparu d'analytique dans le discours même.

Anny CORDIÉ : Mme S. est une grande jeune femme toujours élégante et soignée. Dès le premier contact, ce qui frappe, c'est une attitude de gaîté artificielle, de fausse désinvolture, de décalage entre le discours et la mimique. Elle raconte en riant les choses les plus désagréables ou affecte l'indifférence dans des situations pourtant dramatiques. C'est ainsi qu'elle s'excuse longuement d'avoir manqué une séance sans avoir pu me prévenir, cela pour assister à l'enterrement de sa mère morte brutalement. Il en sera de même le jour où son frère se tue en voiture. Je n'en saurai pas plus et aucune émotion ne transparaîtra dans la suite de l'entretien.

Les premiers entretiens ont été difficiles pour moi tant j'étais sidérée par l'agressivité qu'elle manifestait envers sa fille. Il faut préciser qu'elle et son mari venaient me voir après avoir consulté des psychiatres en province qui avaient porté un diagnostic de grande arriération mentale et suggéré de mettre l'enfant en institution pour le restant de ses jours. C'est après une consultation chez Mme Dolto que l'enfant m'était adressée pour une psychothérapie. En fait, la mère me demandait si la décision de se débarrasser de l'enfant n'était pas la meilleure, auquel cas il fallait le faire rapidement car elle-même était à bout de forces. Quant au père, il désirait que je revienne sur les diagnostics portés et que je décide "S'il y avait quelque chose à faire". Ce n'est qu'après quelques séances où je voyais les parents et l'enfant que j'ai pu demander à Mme S. de venir me voir seule. Voici rapidement son histoire.

Elle a eu une enfance bourgeoise dans la ville même que j'habite, ce qui n'est pas indifférent je crois. Elle est la troisième de quatre enfants :

- un frère aîné mort à l'âge de 14 ans dans un accident de ski alors qu'elle avait 9 ans.

- une soeur mariée 2 enfants.

- et après elle un autre frère mort récemment dans un accident de voiture.

Le père était un industriel très autoritaire avec sa femme et ses enfants. "J'adorais mon père" dit-elle. La mère très infantile, "avait besoin" de ses enfants pour vivre et supporter la mauvaise entente avec son mari, "elle faisait de ses enfants les témoins actifs de son malheur : C'était nous qui devions lui dire ce qu'elle devait faire", dit Mme S. Ils ne divorceront pas mais le père a un autre ménage avec un fils à peine plus jeune que le dernier de ses enfants.

A l'adolescence, elle fait une crise de boulimie et pèse jusqu'à 98 kg. Elle décide un jour de maigrir, s'enferme chez elle, ne mange plus, "se nourrit de café et de cigarettes" dit-elle, et perd en peu de temps 35 kg qu'elle ne reprendra jamais. Elle a gardé de cette époque l'habitude de beaucoup fumer. Après le bac, peu motivée pour les études, elle se marie et a rapidement trois filles coup sur coup.

Comme je vous l'ai dit, les premiers entretiens ont éveillé chez moi de la stupeur et un grand malaise, tant l'agressivité, les souhaits de mort vis-à-vis de l'enfant, étaient violents. "C'est elle ou moi" disait-elle - sous entendu : qui doit disparaître.

Puis peu à peu s'est établi entre elle, Anne-Sophie et moi une relation tout à fait particulière. Mme S. persiste dans son refus tacite de me parler directement d'elle-même. Elle amène très régulièrement sa fille (un jour par semaine), me parle longuement de ses relations avec elle, de ses difficultés, tout cela en présence de l'enfant. Ensuite je vois l'enfant seule. Il m'arrive souvent de reparler avec la mère lorsque Anne Sophie a évoqué en séance des faits, ou tenu un discours que je n'ai pas très bien saisi. En laissant associer Mme S. sur ses souvenirs à elle, il arrive que l'on puisse ainsi redonner un sens à ce que l'enfant exprime de façon très confuse. C'est donc toujours à travers sa fille, que Mme S. me parle d'elle. Par exemple un jour où Anne Sophie allait très mal : période de régression, angoisses, affections somatiques, je demande à la mère : "et vous qu'y a-t-il qui ne va pas ?" J'apprends ainsi qu'elle était enceinte et que devant l'angoisse de cette nouvelle grossesse, elle vient de se faire avorter : L'enfant vivait là dans son corps l'angoisse et la souffrance de sa mère.

Je vais vous citer un autre exemple de l'aide que Mme S. pouvait m'apporter dans la psychothérapie. Un jour Anne Sophie était assise sur mes genoux (elle ne marchait pas encore), et je lui dessinais la mer avec des bâteaux, une maison, des enfants. A un moment, elle me regarde et prononce le mot "sable, sable" qu'elle répète inlassablement. C'était la première fois qu'elle parlait. Très surprise, je demande à la mère ce qu'elle en pense. J'apprends ainsi qu'Anne Sophie a très peur de la mer, et refuse de sortir de la voiture quand la famille va à la plage le dimanche (ils habitent une ville côtière). Elle se cache au fond de la voiture et reste là à hurler. Pourtant il fut un temps où elle aimait bien jouer dans le sable. Mme S. se souvient alors qu'un jour où Anne Sophie barbotait toute habillée au bord des vagues et s'était salie, furieuse d'avoir à la changer, elle l'avait saisie brutalement et lui avait administré une bonne fessée en criant très fort selon son habitude. L'enfant qui commençait à se mettre debout et à vouloir marcher à cette époque "avait refusé" depuis lors de se tenir sur ses jambes. A la séance suivante, je reparle à Anne Sophie de ce que m'a dit sa mère et un peu au hasard je lui dis : "peut-être tu as cru qu'en t'enfonçant dans le sable tu avais perdu tes pieds et tes jambes, surtout que ta mère s'était fâchée très fort". Anne Sophie fait mine à ce moment de se déchausser, ce que je l'aide à faire, puis me fait comprendre que moi aussi je devais enlever mes chaussures. C'est ainsi que je l'ai mise debout en la soutenant et en lui parlant de ses pieds à elle, Anne Sophie, et de mes pieds à moi, Cordié. Elle a fait là ses premiers pas et la marche est venue assez rapidement. Beaucoup plus tard, elle a reparlé de cet épisode et m'a dit : "les vagues voulaient me manger".

Grâce au discours de la mère je pouvais ainsi déchiffrer une chaîne associative à partir d'un signifiant isolé ou d'un ensemble délirant que l'enfant apportait.

Mme S. est devenue moins agressive, elle supporte mieux sa fille, une partie de l'angoisse qu'elle se renvoyaient mutuellement a disparu et, quand de grosses difficultés se présentent dans la semaine, elle se dit qu'elle m'en parlera le mardi suivant. Je crois que peu à peu, dans une certaine identification à moi, elle a mieux accepté l'enfant. Anne Sophie n'était plus pour elle cet objet persécuteur du début : j'avais parlé plusieurs fois à Mme S. de l'intérêt qu'il y aurait pour elle à entreprendre une psychothérapie. Elle prétextait que la psychanalyse dissociait les couples, elle en avait eu des exemples autour d'elle. "Ça suffit avec Anne Sophie, je n'ai pas envie de le détruire lui aussi" me disait-elle en parlant de son mari. Elle a pourtant fait un essai qu'elle n'a pas poursuivi au-delà de quelques séances.

Le père est un homme de grande taille, de belle allure, qui dégage une impression d'équilibre et de solidité. Vétérinaire en

province il est très pris par son travail et vient seulement de temps en temps accompagner sa femme et sa fille à Paris. Quand il est là, Anne Sophie reste collée à lui, ne le quitte pas des yeux, et c'est toujours avec douceur et tendresse qu'il parle à l'enfant. C'est un homme très pragmatique, très éloigné de toute préoccupation d'ordre "psy". Au départ, j'ai senti chez lui une certaine réticence au traitement mais il est devenu coopérant et inconditionnel quand l'enfant s'est mise à parler. Il y a toujours chez lui une certaine méconnaissance de la psychose de sa fille à tel point que certains de ses comportements ont pu induire des bouffées d'angoisses chez Anne Sophie. Ainsi il l'emmène souvent dans ses visites, et il lui est arrivé un jour de faire une délivrance manuelle à une vache sous les yeux de l'enfant ce qui a provoqué cette série d'association délirantes dont je vous ai parlé : "est-ce qu'il saigne le papa quand il met la graine dans le derrière ? Est-ce qu'il met un veston ou un tablier ? Est-ce que les mamans saignent à la clinique d'accouchement quand il y a pas de bébé ? etc..." Je n'aurais rien compris à tout cela si je n'avais pas pensé à un point de départ traumatique et posé la question aux parents. Voici le compte rendu d'un entretien avec le père et la mère en novembre 72 :

Le père : "Anne Sophie va bien, dans ses relations elle fait de bons efforts d'engagement. Avec moi elle a toujours été détendue mais maintenant c'est aussi avec sa mère, elle est plus stable. En dehors des périodes de tics (il veut dire de stéréotypies) elle s'intéresse à beaucoup de choses. Elle essaie d'acquérir la notion de relativité dans le temps et dans l'espace et a appris à lire l'heure. Je lui ai expliqué le jour et la nuit, l'histoire de l'attraction terrestre."

La mère : "Oui, c'est très bien mais depuis, elle parle de noir, de la nuit et a des cauchemars elle a peur de tomber dans la nuit. C'est vrai qu'elle est mieux, elle est en dehors de moi maintenant et je n'ai plus peur de la détruire."

On voit là que les explications trop rationnelles du père sont, comme toujours, reprises dans un système fantasmatique angoissant.

Je sais seulement que Mr. S. est fils unique. Son père est mort très tôt et sa mère s'est remariée avec Mr. B., graveur éditeur, qu'il a toujours considéré comme son père car c'est lui qui l'a élevé.

Il y a aussi un personnage important dans cette famille, c'est la grand'mère paternelle. Je vous ai déjà parlé d'une période où l'enfant allait très mal : état quasi confusionnel, hallucinations, autisme inquiétant. Je pensais qu'il fallait une coupure d'avec le

milieu familial et surtout une séparation d'avec la mère qui me disait à l'époque : "Anne Sophie ne sait plus si elle est ELLE ou MOI... dans la mesure où il n'y a pas quelqu'un, il n'y a personne". On cherchait aussi une institution spécialisée car Anne Sophie avait maintenant 7 ans et était de plus en plus mal tolérée à l'école maternelle où la maitresse l'attachait sur sa chaise pour avoir la paix, cela je le précise, sur la demande de l'enfant. Après de multiples démarches, il fut décidé qu'Anne Sophie irait 3 jours par semaine dans une institution spécialisée pour enfants psychotiques à Paris et vivrait ces 3 jours chez ses grands parents paternels. L'enfant fut donc confiée à sa grand' mère qui l'amenait le matin à l'école et la reprenait le soir. Cette grand'mère est une femme relativement jeune et en bonne santé qui a accepté cette charge avec enthousiasme. Comme chez son fils, il y a chez elle un certain refus de considérer Anne Sophie comme gravement perturbée. "Elle a des difficultés, bien sûr, mais avec de l'amour et de la patience on s'en sortira" dit-elle. Effectivement, d'instinct, elle a su trouver un comportement qui a permis à Anne Sophie de s'améliorer. Par exemple, elle a dédramatisé le problème alimentaire en modifiant le scénario habituel : elle forçait bien Anne Sophie, mais en même temps demandait à l'enfant de lui donner à manger à elle avec une petite cuillère. Elle retrouvait avec sa petite fille des comportements très archaïques de maternage dont j'ai craint l'effet régressif sur Anne Sophie. En fait cela a été très positif. Elle n'exigeait rien de l'enfant mais lui montrait et lui expliquait patiemment des tas d'activités manuelles : découpages, coloriages, jeux, etc.. Elle s'est ainsi aperçue qu'un jour en son absence Anne Sophie avait pris les jeux et commençait à les manipuler. (Jusqu'à 7 ans et demi, Anne Sophie ne faisait rien de ses mains si ce n'est le geste de tapoter les objets ou les personnes, stéréotypie qu'elle a toujours, ou de tripoter un bout de matière plastique en grinçant des dents, dents qu'elle avait complètement usées quand la deuxième dentition est apparue). Comme son fils, cette grand' mère ne m'a jamais beaucoup entretenue de son histoire personnelle. Elle ne s'est jamais départie d'une certaine image de marque faite d'indulgence, de sérénité. Je ne l'ai jamais entendu faire des remarques désobligeantes sur sa belle-fille. Elle la trouve "nerveuse avec les enfants", mais son fils est heureux avec elle, alors ça lui suffit. Par contre, toute son agressivité passe sur l'institution où est Anne Sophie, et c'est pour m'entretenir des progrès de sa petite fille et de ses relations orageuses avec la directrice du centre qu'elle vient me voir.

Anne Sophie s'entend bien aussi avec le grand-père qui bien qu'à la retraite continue à travailler chez lui : il peint et fait de la gravure.

Une certaine tension semble s'être créée dans ce ménage depuis l'arrivée d'Anne Sophie. Le grand-père "n'a plus droit à la

parole car il ne comprend rien à cette enfant" (c'est Mme S. qui dit cela) et il lui arrive de se retirer un jour ou deux dans son appartement où il peint, quand le conflit avec sa femme devient trop aigu. Il est vrai qu'il doit se sentir exclu tant Anne Sophie est accaparante, surtout lorsqu'on se laisse déborder par la demande comme le fait sans doute la grand'mère.

Une voix : L'autre grand-père, le grand-père maternel ? Vous en avez dit peu de choses.

A. CORDIÉ : Voici ce que m'en dit Mme S. dans un des derniers entretiens :

"Il m'aide pour les problèmes de fric. Là je peux toujours compter sur lui, mais il ne faut pas que je le vois plus de deux jours car c'est le litige, toujours à propos d'Anne Sophie. Il me dit que sa place serait à l'étranger dans une institution spécialisée, en Suisse, un endroit où on élève bien les enfants, que je me suis assez fatiguée comme ça. En tant que mère, il me voit avec une auréole de sainte qui se dévoue pour ses enfants, et il a même raconté un jour à Anne Sophie toute la reconnaissance qu'elle me devait, c'est ridicule, heureusement c'était il y a un an, Anne Sophie n'a rien compris. Il ne supporte pas les enfants, un enfant ça doit être poli, ne rien dire, il ne respecte pas leur volonté même son fils de 25 ans doit lui obéir, avec mon père on est jamais adulte. (Mme S. employait le même langage au début à propos de ses filles : il faut les mater, les obliger à se plier, etc..).

Je suis ennuyée pour Anne Sophie car j'ai peur qu'il n'en reste pas aux conseils (la Suisse) et qu'il me coupe les vivre si j'en passe pas par là."

C. BARDET : A t'entendre parler c'est tous des gens très bien dans cette famille, ils flottent là quelque part. Ça s'appelle l'angélisme.

Par ailleurs, pourquoi ne peux-tu pas parler davantage du père, il t'a bien dit quelque chose dans le sens de la forclusion du nom du père ?

Anny CORDIÉ : Pour ce qui est de l'angélisme j'ai peut-être donné cette impression en parlant du père et de la grand'mère paternelle. Effectivement, je ne sais pas grand'chose de leur histoire. Mais

fallait-il insister, alors que je sentais chez eux cette réticence à se mettre en question à propos de la psychose de l'enfant ? Si j'ai négligé d'aller plus loin, c'est peut-être parce que leur parti pris (sans doute névrotique) d'accepter l'enfant sans trop se poser de questions, en minimisant plutôt les difficultés, me paraissait valable et rassurant en regard de l'angoisse maternelle. Et puis, n'est-ce pas un mythe, que de vouloir trouver à n'importe quel prix dans la famille du psythotique, le défaut, la faille majeure qui "expliquerait" une fois pour toutes, la psychose. Cette recherche a souvent quelque chose d'agressif, c'est la famille entière qui se sent mise en accusation et développe une intense culpabilité.

Pour ce qui est de la forclusion c'est au niveau de la mère qu'il faut la chercher.

C. BARDET : Moi je ne le crois pas du tout justement, là-dessus on est pas d'accord.

Anny CORDIE : Je veux dire par là que pour Anne Sophie le père est bien là, il existe dans sa présence physique, avec toute l'affection dont il entoure l'enfant mais qu'à la limite il fonctionne comme la mère. Il n'est pas celui qui peut séparer, qui peut couper ce lien d'aliénation qu'Anne Sophie a avec sa mère, ou avec tout adulte proche d'elle. Nous sommes loin de toute triangulation, de toute approche d'une réalité sexuelle, et encore plus de la conscience des générations. Il s'agit pour elle d'exister en dehors de l'Autre. Séparée de l'adulte, elle n'est que cri et angoisse. Alors que les enfants petits adorent les jeux de cache cache, elle ne supporte pas d'être derrière une porte ou de ne plus me voir quand je ferme ses yeux avec mes mains. C'est timidement qu'elle a commencé à se cacher derrière le voilage de la fenêtre. Elle me distinguait encore un peu et je continuais à lui parler, à la toucher même. Elle s'est ensuite dissimulée en partie derrière le double rideau, et ainsi, d'expérience en expérience, elle a, semble-t-il, pu accepter de disparaître et de me voir disparaître à ses yeux sans toutefois cesser d'exister. Il y aurait beaucoup à dire ici sur la voix et le regard. Il se passait là quelque chose comme dans le jeu du Fort-Da, mais où la symbolisation ne passait pas ici par l'objet, mais concernait le corps propre. A cette époque, elle ne pouvait se reconnaître dans le miroir, il y avait donc, non seulement absence de reconnaissance de l'image du corps, mais aussi confusion du dedans et du dehors (voir difficultés au niveau de manger, de déféquer, de ses limites corporelles). Comme je vous l'ai dit dans mon exposé, il me semble que la forclusion dans la psychose de l'enfant, c'est-à-dire l'absence de symbolisation, se situe au niveau du

corps non reconnu dans son individualité et dans sa totalité. Anne Sophie va commencer à dire "non" à une certaine période, mais son non débouche sur un nom qui est Cordié ou vétérinaire. Je vous rappelle que le "Je" n'apparaîtra qu'à l'âge de 7 ans.

Je me suis demandé si mon travail, le travail de la psychothérapie, n'avait pas été justement d'introduire la castration en faisant toujours référence à la coupure : "je ne suis pas Anne Sophie, tu n'es pas Mme Cordié, je ne suis pas ta mère, tu es la fille de ton père et de ta mère : Mr. et Mme S., tu n'es pas un corsage, sous le corsage il y a toi, toute entière avec tes bras, ta peau, etc.." Par ailleurs n'ai-je pas été ce tiers entre la mère et l'enfant dans la mesure où le transfert que la mère a fait sur moi a introduit une référence à ma parole, et a désamorcé ainsi la relation duelle. Quand je dis que c'est du côté de la mère qu'il faut chercher la forclusion, je me réfère à ce que dit Lacan : "Au point où est appelé le nom du Père, peut répondre dans l'Autre un pur et simple trou, lequel par la carence de l'effet métaphorique, provoquera un trou correspondant à la place de la signification phallique."

En simplifiant un peu, je pourrais dire que, dans cette famille, il y a d'un côté le mari qui dit : "l'éducation des enfants, c'est l'affaire de la mère", et tient le rôle d'un père gâteau qui ne serait là que pour jouir de ses filles, de l'autre la mère qui fait la loi à ses enfants : "c'est moi qui dois "faire" toutes les réactions de mes enfants", dit-elle. Pour ce qui est du couple, nous avons vu que Mme S. juge dangereux d'y toucher. Sans doute la structure psychologique de son mari lui permet-elle de se maintenir dans cet équilibre fragile de border-line, l'impassibilité de son mari jouant un rôle de garde fou.

Pour reprendre ce qu'il en est actuellement (Anne Sophie a 9 ans) de sa place dans la problématique oedipienne qui s'amorce, je vous cite une courte séquence. (Elle est très agressive maintenant, surtout avec les garçons qui "l'attaquent" à l'école, et dont elle me parle souvent).

"Rémi, c'est mon ange, Jean Marc mon ennemi. Moi je vais devenir un assassin avec les méchants, je serai une "assassienne". Je défendrai les gentils, je défendrai mon mari. Moi, je veux pas un mari blessé, je veux un homme qui se laisse taper dessus, qui a des beaux revers, comme ça, ça sera ma poupée." Et elle ajoute : "j'en ai marre de S (institution d'enfants psychotiques) vous m'y amenez pour un tic, c'est con, c'est pas des difficultés, un tic, c'est les autres qui sont fous. Je veux bien apprendre à écrire, mais pas à lire."

Une voix : Ne pourrait-on pas reprendre ce qu'il en est du désir de manger et de la peur d'être mangée de cette enfant ? Désir de manger un yaourt puis, "pas manger Sophie". Ou encore : "les vagues voulaient me manger".

I. ROUBLEF : On peut en effet noter que ce qui peut lui venir par la bouche, comme ce qui peut sortir de son corps en déféquant, c'est elle-même ou une partie de son corps. Elle est identifiée à tous les objets, elle a peur de tous les objets, elle ne peut rien toucher, rien prendre, rien donner, sinon son cri.

Claude THIS : A propos de famille, je voudrais souligner qu'une famille biologique, c'est un ensemble non dénombrable, si on inclut tous les ascendants. Pour que ça fasse "famille", il faut que quelque chose fasse butée, que des sous-groupes finis apparaissent. Ça nous amène à la question de la métaphore. La métaphore implique qu'il y ait différence, qu'il y ait des sous-ensembles finis.

I. ROUBLEF : Notre préoccupation, quant à la forclusion, c'est d'essayer d'appliquer à la clinique ce qui a été dit là-dessus. Or quand on dit psychotique, il ne faut pas oublier qu'il y a le schizophrène et le paranoïaque. Pour le paranoïaque, la forclusion intervient alors qu'il a atteint le stade du miroir, pour le schizophrène, nous nous demandons si ce n'est pas au niveau de la Bejahung que quelque chose se passe.

A. CORDIÉ : Je vous parlais dans mon exposé de ce qui m'apparaissait comme l'absence de déplacement et de substitution des signifiants chez l'enfant psychotique. Il faut définir la métaphore nous dit Lacan par : "l'implantation dans une chaîne signifiant d'un autre signifiant par quoi celui qu'il supplante tombe au rang de signifié, et comme signifiant latent y perpétue l'intervalle où une autre chaîne signifiante peut être entée ... Elle gouverne la structure que Freud donne aux symptômes et au refoulement". C'est bien là dans ce qu'il en est de la métaphore que nous percevons le fossé qui sépare la névrose et la psychose. L'hystérique vient avec son symptôme nous dire quelque chose de sa castration, la conversion est le symbole de cette castration. C'est dans la chaîne signifiante que la signification apparaît où le sens surgit du non-sens. Cette castration, l'hystérique en parle par son corps qu'elle nous donne à déchiffrer, à décoder comme nous ferions d'un rêve (voir Freud et le rêve de la belle bouchère). Chez le psychotique c'est le corps qui parle sans reprise symbolique. Une

jeune fille hystérique anorexique me dit après quelques mois de psychothérapie : "en ce moment je peux pas avaler maman avec toutes les sornettes qu'elle essaie de me faire ingurgiter. J'ai trop longtemps joué les anges, ça la rassurait de voir que je n'avais aucun désir". Une jeune fille anorexique psychotique qui refuse la nourriture depuis la mort de sa mère nous dira : "depuis la mort de ma mère je peux plus manger de viande, j'ai peur de manger ma mère". On sent ici toute la différence entre la psychose où quelque chose du sens se fige et ne circule plus, et la névrose où le sens insiste dans la chaîne signifiante du discours.

Je peux vous parler de la façon dont Anne Sophie utilise le langage. Un mot peut occuper son esprit des semaines entières. Il en a été ainsi du signifiant "tablier". Anne Sophie désire être enveloppée de vêtements très serrés, en particulier des tabliers de sa mère. Elle me demande sans cesse pourquoi je ne mets pas de tablier, essaye de s'approprier celui de ma femme de ménage. "Est-ce que le papa met un tablier ou un veston pour mettre la graine dans le derrière ? etc.. Or un jour je lui avais fait deux personnages en pâte à modeler représentant une mère et son enfant et lui avais demandé d'inventer une histoire. Elle me dit alors : "c'est sous la véranda, avec des fauteuils et la maman change le bébé, elle a un beau tablier pour ses fesses, et de la musique, mais il est pas content, il est pas sage, alors on va le taper, le piquer, le couper, lui faire un lavement, etc.." Je demande ensuite à la mère ce qu'elle comprend de cette histoire de véranda, le mot même m'avait surprise. J'apprends ainsi que lorsqu'Anne Sophie était bébé (avant 7 mois), ils habitaient une maison avec une véranda où elle avait l'habitude de s'occuper de l'enfant en écoutant de la musique. Elle me précise qu'elle met toujours un grand tablier de devant, pour l'hygiène, quand les enfants sont petits.

Le mot "revers" a eu le même sort. Anne Sophie passait des journées à feuilleter des magazines pour chercher des revers sur les vêtements des personnages et les gribouiller. Elle ne parlait que de ça : "Pourquoi tu n'as pas de revers, je veux une veste à revers..." Moi-même j'avais épuisé toutes mes associations là-dessus : revenir vers, envers, etc, de même que je reprenais chaque fois (il s'agissait presque toujours de signifiants se rapportant aux vêtements) ce qu'il en était de son corps à elle, de son enveloppe de peau et de l'enveloppe vêtement. Or un jour où son père était là, elle tournait autour de lui et à un moment s'en est approché, a posé sa tête sur le revers de son veston et a dit d'un air extatique "papa revers". Je crois que ce revers était quelque chose comme le premier signifiant ayant trait à la différence sexuelle : les hommes avaient ou étaient des revers, les femmes des plis ou des corsages.

On pourrait imaginer que l'image du tablier à fleurs de la mère ait pu laisser des traces dans l'inconscient, comme un goût pour certaines couleurs par exemple, quelque chose comme la madeleine de Proust. Or ici c'est différent. Je ne sais comment on peut expliquer cette réalité envahissante d'un signifiant ?

une voix : Ces mots que Anne Sophie prononçaient, vous les avez qualifiés de signifiants. L'étaient-ils pour le sujet, signifiants, avant que vous ne les reconnaissiez comme tels ? Je pense que c'est à partir de là qu'ils vont prendre le reflet de signifiants pour le sujet. Ils vont diviser le sujet et, je dirais, séparer le "son-corps" du "pas-corps", transformé son dire sans cours en un discours.

S. FALADE : La forclusion du nom-du-père fait que la chaîne des signifiants ne peut pas être ordonnée, mais ceci n'entraîne pas qu'un mot soit autre chose qu'un signifiant, et le soit pour le sujet. Si le psychanalyste peut opérer quelque chose, c'est sans doute que la chaîne des signifiants soit ordonnée.

E. LAURENT : "Je suis frappé par la concordance de ce que Mme Cordié nous rapportait et de ce que Bauer nous amenait hier. Si j'ai bien compris, il nous présentait la "Bejahung" comme trauma, comme envahissement du réel. Mme Cordié soulignait, dans le cas qu'elle nous citait, la précocité des souvenirs chez le psychotique s'opposant à l'amnésie infantile du névrosé. Vous l'avez vérifié dans les discours du père et de la mère sur le tablier. On n'a pas l'impression qu'il y ait eu là un défaut mais plutôt une marque trop violente pour pouvoir être symbolisée. C'est là poser la question du signifiant et du délire. On ne peut parler de psychose, nous dit Lacan, tant qu'on n'a pas trouvé un signifiant du délire. Ça peut être un seul comme ce "galopiner" qu'il avait isolé lors d'une présentation de malade citée dans le séminaire sur les psychoses. C'est un signifiant qui se présentait comme isolé dans le discours de la patiente, qui ne se raccrochait à aucune chaîne, qui ne pouvait absolument pas se reprendre et qui surgissait comme bloc. Il n'est pas aisé d'épingler ce signifiant du délire, ce qui serait la marque d'un défaut de symbolisation dans la "Bejahung"..."

S. FALADE : Moi je crois que c'est le problème de la représentation du jugement d'existence, quelque chose qui n'a pas été repris, qui semble faire défaut là chez le psychotique.

I. ROUBLEF : Pourquoi parle-t-on de la forclusion du Nom-du-Père ? Bien sûr SCHREBER se mit à délirer après sa nomination comme Président à la Cour suprême de Leipzig, c'est-à-dire lorsqu'il a été fait "Père" lui-même. Mais il faut bien comprendre les termes de Freud. La forclusion du Nom-du-Père est la Verwerfung, la première symbolisation, la Bejahung, le Fort-Da, est le symbole fondamental et dissymétrique car affirmation et négation ne peuvent être mis sur le même plan :

- L'affirmation, est pure affirmation.

- La négation comporte deux mots différents chez Freud : absprechen, nier que la chose soit bonne et bestreiten, nier l'existence de la représentation.

G. SIZARET : Je crois que c'est un faux problème de poser là la Verneinung car si on suit Lacan, la forclusion c'est ce qui s'oppose à la Bejahung et qu'il y a antériorité de la Bejahung sur la Verneinung, comment introduire là en logique la Verneinung s'il y a forclusion. Je crois qu'on est là dans un registre où il faut entendre que c'est l'impossibilité d'une métaphore et qu'un signifiant vient là effectivement au niveau du meurtre de la chose, disons, mais qu'il y a impossibilité de la métaphore.

S. FALADE : Il faudrait reprendre ce que Lacan dit à propos de la Verwerfung. La Verwerfung coupe court à toute manifestation de l'ordre symbolique, c'est-à-dire à la Bejahung que Freud pose comme le procès primaire où le jugement attributif prend sa racine et qui n'est rien d'autre que la condition primordiale pour que du réel quelque chose vienne à s'offrir à la révélation de l'être. Qu'est-ce à dire Si la forclusion coupe court à toute Bejahung (voir Lacan dans réponse au commentaire de Jean Hippolyte), c'est que quelque chose ne s'est pas produit de cette affirmation primaire qui fait qu'à partir de là quelque chose de l'ordre de l'existence puisse être.

Ce qui a été nié, ce qui a été expulsé hors du moi dit Freud, est étranger au moi bien qu'il y ait été identique à un moment donné. C'est de la Bejahung que nous parlons alors que nous revenons toujours sur la Verneinung.

A. DENIAU : Tout à l'heure, vous avez dit que vous vous interrogiez, à propos des exemples du corsage et du tablier, sur le "comment" de l'inscription si profonde, dans le corps, d'un signifiant. Je me

demande si on ne pourrait pas renverser la question et se demander comment peut circuler actuellement le signifiant "tablier" entre la mère, l'enfant et vous-même ? Ce qui me parait quand même un exemple très actuel et très réel du passage des signifiants directement d'un corps à l'autre du transfert. Je pense que c'est peut-être comme ça qu'on pourrait sentir la "chose" qui vous interrogeait.

Ch. DORNER : Je voudrais demander si l'on peut tout-à-fait prendre de la même manière le néologisme proposé par Lacan (Séminaire 1955. 56) dans son observation de psychotique, "galopiner", et ces termes comme "corsage", "tablier". Peut-on en faire le même usage ? Je ne le pense pas; enfin je ne le pense pas, mais j'aimerais bien que quelqu'un m'éclaire là-dessus. A propos de " galopiner", Lacan dit qu'il y a comme un arrêt dans la signification, qu'il s'agit là d'un terme qui comporte une espèce de signification pleine. Est-ce que vous avez ressenti quelque chose de cet ordre là à propos de ces termes "corsage", "tablier", qui effectivement, dans l'histoire de cette petite patiente, renvoyaient à quelque chose d'autre, mais enfin quelque chose qu'il fallait retrouver dans l'histoire et dans le discours ?

A. DENIAU : Je voudrais reprendre la parole déjà citée de Lacan : "Le manque du manque" qui me paraît quelque chose d'absolument fondamental. Il me semble que chez les psychotiques il y a un passage de signifiant de corps à corps que vous avez bien ressenti à propos de l'avortement et de la manière dont cet enfant le ressent dans son corps. Passage qu'on retrouve de manière constante et que je rattache personnellement à une absence totale de refoulement. Un autre point, enfin, pourrait articuler un repère : c'est la question scopique, la question du regard, du détachement de l'oeil par rapport au corps, de l'oeil qui porte la mort par absence de butée, précisément, par absence de résistance.

B. DEFER : En clinique, cette notion de butée est essentielle et elle fait évoquer le glissement, le vide, le trou (comme l'a écrit Freud) qu'on observe chez le psychotique et qui sont irréductibles, quels que soient les efforts accomplis par le sujet (par son délire, par exemple) ou par les thérapeutes pour le réduire.

A. CORDIÉ : On entend dire parfois que les psychotiques nous apportent leur inconscient sur un plateau. Ce que nous ressentons comme absence de refoulement nous renvoie à tout ce qui a été dit de la

Bejahung, de la négation et de la forclusion. Le cas que je vous ai présenté ne peut à mon avis que susciter des questions qui restent ouvertes.

A propos du tablier, ce tablier qui à la limite n'en est pas un, mais occupe en tant que signifiant tout l'espace psychique, je pourrais dire qu'au cours de la psychothérapie j'essaye de le replacer quelque part dans l'histoire de l'enfant, dans une chaîne signifiante, de façon à l'en faire sortir pour qu'il ne bloque plus toute la dynamique de la pensée. Je veux dire par là qu'à partir de l'ensemble : "tablier-mère-bébé-véranda-musique" j'ai essayé dans le jeu d'élargir le fantasme : Anne Sophie a joué des scènes variées avec le baigneur en modifiant souvent le scénario : elle le changeait, le nourrissait au sein, c'était du bon, du content, du gentil, puis arrivait la méchante poupée-fleur Annick qui tuait ou qu'il fallait tuer, etc... Elle me faisait tenir différents rôles, me précisant toujours ce que je devais faire. En interpretant et en "reconstruisant" une histoire peut-être mythique (mais qu'importe à la limite !) il semble que le réel se dédramatise et que les choses reprennent un aspect banal. J'avais parfois le sentiment de faire quelque chose d'un peu "orthopédique", comme la reconstruction d'un nouveau sens il n'en reste pas moins que le résultat en est une libération : "le tablier" s'est effacé dans le discours et l'enfant est repartie vers autre chose.

J'interprète maintenant beaucoup plus dans le transfert en me référant à tout ce qui s'est passé dans la psychothérapie, comme si l'histoire des moments clés du traitement venait se superposer ou prendre le relais du vécu des trois premières années de la vie. Anne Sophie me demande parfois de consulter son dossier, c'est une grande joie pour elle de retrouver les premiers dessins informes, les paroles notées. D'autres fois cela l'angoisse : "tu es sûre que c'est moi" dit-elle, et "quand je sera grande, je me mariera et tu me rendras mon dossier que je mettrai dans un placard. Je sera pas psychiatre et d'abord maintenant je répondrai plus et c'est moi qui pose les questions : Comment il s'appelle ton mari ? tu as combien d'enfants ? il est gentil ton mari avec toi ? Est-ce qu'il t'aime et moi est-ce que tu m'aimes ?"

Quant à la question que vous posez du regard, je peux vous relater ce qui s'est passé devant le miroir. Pendant un temps je vous l'ai dit, il n'était pas possible de s'en approcher, Anne Sophie détournait la tête, se mettait à hurler. Un jour, vers l'âge de 4 ans, elle s'est arrêtée dans l'entrée de l'appartement à l'extrémité de laquelle se trouve un grand miroir. Elle m'a fait asseoir par terre, à 4 mètres environ du miroir, m'a plié les jambes et mis la tête dans

mes bras repliés de façon à ce que je ne voie pas ce qui se passe, et là, a commencé un jeu qui a duré plusieurs séances : elle posait sa tête contre la mienne en nous regardant dans le miroir, s'asseyait à mes côtés, ou bien se mettait debout derrière moi en s'accroupissant progressivement pour voir disparaître son image. Puis elle s'est enhardie à s'approcher seule du miroir en touchant ses cheveux après avoir caressé les miens, me soulevant un bras et se précipitant sur son image avec un bras levé, dans un mouvement d'allées et venues continuelles. Je continuais à verbaliser ce qui se passait en lui disant : il faut peut-être que je sois comme morte pour que tu te voies, et que tu te sentes, toi, Anne Sophie, bien vivante, et toute entière". A un moment, elle m'a dit, en gonflant son ventre contre moi : "j'ai un bébé là dedans". Ensuite elle a voulu que nous nous rapprochions toutes les deux du miroir et là, il fallait que je la fasse sauter en la tenant par les mains, ou bien elle soulevait sa jupe, se regardait le derrière, faisait des grimaces.

Guy LE GAUFEY : Si je comprends bien, ce qu'elle ne voulait pas voir, c'était précisément votre regard, ici en position d'idéal du moi, seul lieu à partir duquel les identifications sont possibles. Il n'y a pas de stade du miroir en l'absence de ce regard, et j'ai l'impression que par votre verbalisation, vous avez réussi à créer un lieu, une place, qui était précisément celle de ce regard.

B. DENIAU : Je voudrais poser la question : "Comment, en tant qu'analyste d'enfants psychothiques, il est possible de supporter dans sa chair la douleur qu'il y a dans cette identification du corps à l'autre. C'est vraiment dans sa chair que s'entend ce que dit l'autre : la castration, ça se ressent, ça se vit. Est-ce qu'il est possible d'être vraiment l'analyste de plusieurs psychotiques".

C. HORDERN : A partir d'une pratique encore limitée de cure d'enfants psychotiques, la question que je me pose est celle-ci : quelque chose a fait défaut au niveau du faire, entraînant l'absence de métaphore paternelle. On a pu parler ici d'angélisme, de père nourricier. Peut-on espérer réintroduire dans le discours de la mère ce quelque chose d'inexistant chez le père, ou est-ce par une toute autre voie que nous envisageons un progrès dans la thérapie ?

C. THIS : Dans la question que vous posez, j'entendrais ceci : faut-il faire intervenir tout le temps ce qui est bloqué au niveau des parents, ou bien est-ce avant tout avec l'enfant qu'on se débrouille ?

S. FALADE : C'est bien là la question. Qu'est-ce qui peut permettre un progrès quelconque dans ces thérapies ? Ce n'est peut-être pas au niveau des parents que peut être réintroduit ce signifiant inexistant : le nom-du-père. C'est le fait qu'il y ait du psychanalyste qui permet que la forclusion puisse être envisagée comme réversible. La place d'Anny Cordié dans cette thérapie nous donne déjà une indication de réponse.

A. CORDIE : Vous parlez de souffrance. Je n'ai rien ressenti de tel, la mère oui, ressent cette souffrance et cette angoisse, Anne Sophie lui fait peur. Si nous, psychanalystes, nous identifions assez au malade pour en rester le plus proche possible, le suivre dans son cheminement comme ici dans l'improvisation du jeu, il n'en reste pas moins que nous gardons toujours la réflexion, la distance nécessaire qui permet l'interprétation. Il est bien évident que si j'avais été angoissée, aucune psychothérapie n'aurait été possible.

Je n'ai pas beaucoup d'enfants psychotiques en traitement, je ne pourrais pas, mais ceci est une question de tolérance personnelle. Je vous avoue que certains enfants psychotiques m'ennuient, surtout s'ils n'ont pas de langage et sont très autistiques, ou lorsqu'il y a chez eux une stérilisation de toute l'activité fantasmatique. Anne Sophie ne m'a jamais ennuyée, je la vois toujours arriver avec plaisir, il y a un tel dynamisme chez elle, une telle vivacité, que même le côté répétitif des symptômes me semble être comme une question qu'elle me pose. Or, si dans la question de son "être au monde" qu'elle me pose, je peux l'aider à retrouver une vérité qui lui permette de vivre, elle me renvoie sans cesse à la question que nous nous posons tous, psychanalystes : qu'en est-il de la folie ? et là, je peux dire qu'avec elle, je suis à bonne école !