



## La psychothérapie des psychoses (Conférence publique)

Jean-Jacques Pinto

► **To cite this version:**

Jean-Jacques Pinto. La psychothérapie des psychoses (Conférence publique) : Conférence du Dr Jean-Jacques PINTO, psychanalyste, formateur et conférencier, à l'hôpital de jour d'Aubagne (Bouches-du-Rhône) le jeudi 24 septembre 2009. Journée d'études à l'hôpital de jour d'Aubagne, Sep 2009, Aubagne (13400), Bouches-du-Rhône, France. 2009. <hal-00798210>

**HAL Id: hal-00798210**

**<https://hal-univ-diderot.archives-ouvertes.fr/hal-00798210>**

Submitted on 8 Mar 2013

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

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



*Des goûts  
et des couleurs  
on peut enfin  
discuter ...*

## La psychothérapie des psychoses

Conférence du Dr Jean-Jacques PINTO, psychanalyste  
à l'hôpital de jour d'Aubagne (Bouches-du-Rhône)  
le jeudi 24 septembre 2009

### 1) Pour se faire une idée de la ou des psychoses, l'argument d'autorité ne vaut pas lorsqu'on a un minimum d'esprit scientifique :

Wikipédia : "L'argument d'autorité consiste lors d'une discussion à invoquer une autorité plutôt que présenter un raisonnement ou recourir à la violence. L'argument d'autorité accorde de la valeur à un propos en fonction de son origine plutôt que sur son contenu."

Des commentaires de Freud, Lacan, etc. sur le cas Schreber, nous ne retiendrons donc que ce qui "tient la route" cliniquement ou logiquement.

a) Nous sommes redevables à Freud d'avoir inventé la psychanalyse, mais cela ne l'a pas empêché de commettre des erreurs. Seul un acte de (mauvaise) foi incompatible avec une démarche scientifique pourrait chercher à les perpétuer.

Freud : "la pulsion s'étaie sur le besoin", par exemple la bouche deviendrait une zone érogène (pulsion orale : sucer son pouce, mâcher du chewing-gum, fumer, etc.) parce qu'elle intervient tout d'abord pour satisfaire la faim. Mais l'échographie nous montre désormais le fœtus suçant son pouce *in utero* alors que, "sous perfusion" grâce au cordon ombilical, il ne connaît pas encore la faim.

Freud, étudiant le cas du Président Schreber (autobiographie : "*Mémoires d'un névropathe*") le nomme *paranoïa (dementia paranoides)*, juxtaposant deux diagnostics que la clinique française classique oppose :

la paranoïa : psychose chronique systématisée, non déficitaire, avec interprétations ou intuitions délirantes, mais sans hallucinations,

la schizophrénie paranoïde (*dementia praecox paranoides*) : psychose chronique non systématisée, déficitaire, avec hallucinations, interprétations ou intuitions délirantes,

Pour des raisons extra-scientifiques (rivalité avec Bleuler, etc.) il considère qu'il s'agit d'une psychose unique à deux versants, selon que l'emporte la déconstruction (schizophrénie) ou la reconstruction (paranoïa). L'observation clinique et des arguments logiques (voir ci-dessous) semblent prouver le contraire.

Freud, bien qu'il fasse preuve d'ingéniosité dans les transformations grammaticales de l'énoncé "je l'aime" supposé sous-jacent aux diverses variétés de paranoïa, fait l'erreur de voir à son origine une homosexualité sous-jacente, que Lacan réfutera.

b) Nous sommes redevables à Lacan de "l'inconscient structuré comme un langage", mais lui aussi a fait des erreurs qu'il convient de dissiper pour faire évoluer la question.

Lacan réfute à juste titre la thèse freudienne de l'homosexualité sous-jacente dans la psychose de Schreber. Son "retour à Freud" ne l'empêche pas d'écrire (*Écrits II*, p. 83) : "Nous croyons pouvoir dire que

Freud a ici failli à ses propres normes et de la façon la plus contradictoire [...]. Cette défaillance a sa raison dans la nécessité, soit dans le fait que Freud n'avait pas encore formulé l'introduction au narcissisme."

Il lui substitue une hypothèse plus radicale, que nous tenterons d'étayer plus loin, sur l'absence d'investissement maternel (si l'on entend au sens lacanien par "phallus" le complément imaginaire du manque de la mère observé ailleurs que dans la psychose) : "Sans doute la divination de l'inconscient a-t-elle très tôt averti le sujet que, faute de pouvoir être le phallus qui manque à la mère, il lui reste la solution d'être la femme qui manque aux hommes. C'est même là le sens de ce fantasme, dont la relation a été très remarquée sous sa plume et que nous avons cité plus haut de la période d'incubation de sa seconde maladie, à savoir l'idée « qu'il serait beau d'être une femme en train de subir l'accouplement ».

Il tire des textes de Freud le terme de *Verwerfung* (rejet), qu'il traduit par *forclusion*, ce qui, outre la pertinence du concept, présente l'avantage de doter la psychose d'un mécanisme spécifique, comme la *Verneinung* (dénégation) pour la névrose et la *Verleugnung* (déli) pour la perversion.

Mais pour des raisons complexes (entre autres la fidélité à Freud), il semble considérer qu'il n'existe qu'une seule psychose, la paranoïa (le terme de *dementia paranoides* disparaît), dénomination qui chez ses disciples sera indécrottement attachée au nom de Schreber ("la paranoïa du Président Schreber"). Alors qu'il s'agit cliniquement d'une forme rare de schizophrénie tardive (après 50 ans) d'abord hétérocatatonique puis paranoïde, cicatrisant ensuite favorablement en une paraphrénie : cette psychose non systématisée, donc toujours aux antipodes de la paranoïa, juxtapose un délire fantastique (saga style *Dunes* ou *Le seigneur des anneaux*) à une parfaite adaptation au réel, compatible pour Schreber avec la reprise de son activité de juge grâce à un psychiatre fort compréhensif pour l'époque. Lacan (*Écrits II*, p. 84) reconnaît pourtant pour la première phase : "Pour nous, nous pouvons nous contenter de l'attestation que nous en apportent les certificats médicaux, en nous donnant au moment convenable le tableau du patient plongé dans la stupeur catatonique", syndrome présent dans l'hétérocatatonie mais incompatible avec la paranoïa.

Enfin Lacan, comme Freud, tire, malgré son brillant exposé, bien moins d'éléments du texte de Schreber qu'il n'est possible de le faire, tant ce texte est riche et détaillé. Un travail d'équipe exhaustif s'aidant de l'informatique s'imposerait ici.

c) Du point de vue empirique, la clinique française rend bien mieux compte des faits d'observation (cette mise au point sur la nosographie, et les raisons qu'avaient Freud et Lacan de la dénier, ne peut prendre place ici et fera l'objet d'un texte dédié) : Il n'y a pas **une** mais **deux** psychoses chroniques opposées : **paranoïa** et **schizophrénie**. Seule la seconde (ainsi que les bouffées délirantes) peut jusqu'à nouvel ordre bénéficier d'une psychothérapie.

il y a le fou complètement "fondu" : le schizophrène, liquéfié, vaporisé, étiqueté aux temps héroïques "dément précoce" tant la **dissociation** (idéo-verbale, affective et comportementale) aboutit à un "déficit" mimant la déchéance cérébrale. Dans les cas relativement favorables (schizophrénie paranoïde), il y a reconstruction partielle et anarchique d'une identité délirante "non systématisée", avec hallucinations. Freud range avec raison cette psychose, où domine la déconstruction, du côté de l'hystérie (inconsistance du moi).

il y a à l'inverse le fou complètement "givré" : le paranoïaque, pris en masse, monolithique, inébranlable dans sa conviction délirante. Il passe insensiblement du caractère paranoïaque à la psychose proprement dite, sans qu'on trouve trace d'un effondrement préalable suivi d'une reconstruction "en béton". Freud, qui a tort de ne pas y voir une psychose autonome opposée à la première, la range toutefois avec raison du côté de la névrose obsessionnelle (hypertrophie du moi).

Entre les deux extrêmes il y a les diverses consistances de "pâte", depuis l'hystérique *psychoplastique*, malléable, influençable, jusqu'à l'obsessionnel *psychorigide*, sans souplesse, en passant par la "bonne pâte", le sujet non-névrosé (qu'il vaut mieux éviter d'appeler "normal" car il est minoritaire en face des "normosés" majoritaires ...).

Une hypothèse, étayée par de nombreuses observations et développée plus bas, fait correspondre l'éventail des structures mentales au degré d'investissement de l'enfant par les parents. Nous pouvons donc à

- présent dessiner la "*marguerite*" en modifiant légèrement le nom des pétales : je t'aime ...
- pas du tout, très peu, couci-couça, beaucoup, passionnément, à la folie
  - schizophrène, hystérique, phobique, non-névrosé, obsessionnel, paranoïaque.

<b><u>pas du tout</u></b>	très peu	couci-couça	beaucoup	passionnément	à la folie
<b><u>schizophrène</u></b>	hystérique	phobique	non-névrosé	obsessionnel	paranoïaque

Cette échelle des degrés de l'investissement parental fera éventuellement l'objet d'une prochaine conférence sur ***L'Analyse des Logiques Subjectives***.

Si seule la schizophrénie (ainsi que les bouffées délirantes) peut bénéficier d'une psychothérapie, c'est parce que, comme on le verra, on peut combler un manque même considérable, mais on ne sait pas fissurer un bloc sans faille.

## 2) Les trois identifications et les trois niveaux de la structure psychique :

Recourrons pour commencer à ***L'Analogie de l'ordinateur***, contestable dans ses prolongements, mais fort utile dans un premier temps "pédagogique" :

***L'esprit est au corps ce que le programme ("software") est à l'ordinateur ("hardware").***

- De même que l'ordinateur à sa sortie d'usine est quasiment vide, et ne pourra donc assurer une diversité de fonctions que si on lui apporte différents programmes rédigés grâce aux langages de programmation (qui sont plutôt des codes),

- de même le corps à la naissance est pourvu de fonctions psychiques minimales, mais l'esprit avec sa diversité de fonctions ne lui viendra que des apports surtout verbaux de l'entourage (langage humain), avant que la trace de ces apports ne soit-elle même rendue inaccessible ("refoulement") par certains apports d'un type particulier.

- À sa sortie d'usine l'ordinateur est muni de sa seule électronique, et de petits programmes résidents en mémoire morte lui permettant d'accepter - voire de solliciter - l'apport de programmes extérieurs bien plus élaborés.

- À sa naissance, le corps est muni de son seul équipement héréditaire, avec - selon la théorie de l'attachement - de petits programmes résidents dans le cerveau lui permettant de solliciter l'apport extérieur non seulement de réponses à ses besoins, mais aussi de modèles de comportement bien plus élaborés, qui constituent le processus d'humanisation - que les psychanalystes préfèrent nommer processus d'identification.

De même qu'une erreur de programmation n'a rien à voir avec une panne électronique, la logique des fantasmes et de l'inconscient n'a rien à voir avec les lois de l'anatomie et de la physiologie en jeu dans le fonctionnement normal ou pathologique du corps.

Lacan nomme Symbolique l'ordre du langage, radicalement autre que le corps, d'où sa dénomination d'Autre avec un grand A, ou "grand Autre". On peut se faire une idée de son extériorité par rapport au Réel biologique du corps en pensant au monolithe noir "extraterrestre" au début du film "*2001, l'Odyssée de l'Espace*" de Stanley Kubrick :

*"Dans un environnement désertique, un groupe de singes survit partagé en bandes rivales, se nourrissant de végétaux. Un matin, ils découvrent un mystérieux monolithe noir dressé sur leur territoire. L'un d'eux, alors qu'il joue avec des os et que la Lune, le Soleil et le monolithe sont sur un même axe, s'éveille à l'intelligence en apprenant à se saisir d'un os et à frapper le sol. Le lendemain, lors d'un affrontement avec une bande adverse, les singes "éveillés" tuent un singe ennemi à l'aide de leur nouvelle arme."*

Aussi bien chez le futur psychotique que chez le futur non-psychotique, la parole et le langage sont connus. Schreber entend des voix qui formulent : « N'oubliez pas que la nature des rayons est qu'ils doivent parler », et il écrit une autobiographie de plusieurs centaines de pages !! Dire (contresens hélas trop

souvent entendu) « le psychotique n'a pas accédé au Symbolique » n'est donc absolument pas fondé : ça ne pourrait se dire que de l'enfant-loup ou de l'enfant sauvage. Le psychotique n'a pas accédé à quelque chose dans le symbolique, nous allons bientôt découvrir quoi.

À l'interface entre le **Réel** du corps percevant S (sujet biologique, "hardware") et le **Symbolique** (langage où va baigner l'enfant, "software"), une "zone-tampon" va se constituer, faite d'une double épaisseur d'**Imaginaire** puis de **Réalité psychique** (fantasme), qui va permettre l'équilibre psychique, l'*homéopsychie* (mais, dit-on : "il n'y a pas d'homme équilibré, il n'y a que des équilibristes" !) : par analogie avec la biologie ("*homéostasie*", "*homéothermie*"), ce terme d'*homéopsychie* désigne la stabilité psychique relative du sujet non-psychotique. La présence de ce tampon va avoir pour effet de filtrer, à la manière de lunettes de soleil, la perception du Réel par le corps (se reporter à mon article [Métaphore et connaissance](#)).

## réal (perceptions) ⇔ filtre ⇔ symbolique

Les trois identifications qui génèrent la structure psychique permettent de comprendre comment va se constituer cette zone-tampon.

Le terme psychanalytique d'« identification » (qui désigne à la fois le processus et son résultat) est ici préférable à celui de « personnalité », qui repose sur le présupposé de la « personne », de l'« individu psychique » ...

— **Première identification** : La parole entre en répétition d'elle-même, traversant le sujet physique ; « ça parle », et ça parle « tout seul » comme on dit « il pleut », "il" étant impersonnel : il n'y a pas d'auteur à la parole, le sujet ne se reconnaît pas comme auteur de l'énoncé. Naissance de l'automatisme de répétition.

— La **deuxième identification** fonde depuis le dire du parent (le nom propre, les pronoms personnels difficiles à acquérir) la conviction de l'enfant d'être quelqu'un, une *entité*, un *tout*, une *personne*, un *individu*, un "moi", ce dont il ne peut faire l'expérience directe.

Faute d'une garantie verbale (le dire parental mémorisé pour la vie), cette conviction ne tient pas : chez le schizophrène, où ce dire a manqué, la dépersonnalisation s'accompagne de convictions inverses (et rebelles à l'expérience) : que son image n'est pas la sienne, ou est éclatée, ou a disparu (« signe du miroir »), qu'il n'est pas une entité séparée du reste du monde (« transitivity »).

Comme Dieu crée à son image l'homme, qui peut de ce fait se croire tout puissant, le moi de l'enfant se crée à l'image (verbale !) du parent supposé à ce stade tout puissant. Ce mirage de toute puissance infantile est nommé moi idéal, à ne pas confondre avec l'Idéal du moi (qui est au *Surmoi* ce que la carotte est au bâton : c'est le destin souhaité à l'enfant par les parents, un destin qui, en excluant d'autres, implique donc un renoncement à la toute puissance).

**Analogie** : Le moi est au sujet divisé \$ ce que Louis XVI est à la France.

\$ (sujet de l'inconscient) : patchwork hétéroclite de morceaux d'identité.

**Moi** : élément surajouté qui croit donner son unité à cet *ensemble* hétérogène ; le moi croit faire "cavalier seul" (alors que c'est le cheval qui le mène), il prend le train en marche, il n'est que la partie émergée de l'iceberg. Freud : "le moi n'est pas maître dans sa propre maison".

"*La France*", nous dit Mirabeau à la veille de la Révolution, "*est un agrégat inconstitué de peuples désunis*", et non "*la France une et indivisible*".

Louis XVI croit gouverner et unifier cet agrégat, illusion démentie par le "retour du refoulé", la Révolution : il va en "perdre la tête" ! On verra pourquoi dans la psychose l'élément surajouté, le moi, vient à manquer, d'où la désagrégation, la dissociation, la dépersonnalisation etc.

De plus, chez le non-psychotique, existe un bout de programme implanté par le parent, et qui dit : "C'est toi qui le dis, c'est toi qui le fais, l'auteur de tes dires et de tes actes, c'est toi". Un libre-arbitre est supposé à l'enfant ("choix" entre le bien et le mal qui entraîne récompense ou punition). Ce bout de programme manque chez le psychotique : "Ce n'est pas moi qui le dis, qui le fais" (d'où le commentaire de la pensée et des actes

dans l'automatisme mental). Le dialogue intérieur ("je me dis que ...") est vécu comme intrusion d'une pensée étrangère (vol ou devinement de la pensée, télépathie, hallucinations intrapsychiques).

— La **troisième identification** parachève la mise en place du fantasme, "étoffe du désir", qui peut recevoir une définition linguistique : « selon la théorie freudienne, un fantasme se laisse toujours exprimer par une phrase, ou plus exactement par une formule phrastique, dont chaque variante répond en principe à un fantasme distinct » (J.-C. Milner).

Dans l'exemple classique où Freud se fantasme « ver de livre » (*Bücherwurm*, version allemande du « rat de bibliothèque »), la séquence syntaxique « Le ver mange le livre » met en relation « ver » (renvoyant par métonymie à Freud) et « livre » (renvoyant par métonymie à sa mère), reliés par le verbe « manger » qui spécifie métaphoriquement ce rapport dans le registre de la pulsion « orale » ...

Les phrases du fantasme tissent le texte de la *Réalité psychique*, que l'on distinguera soigneusement du Réel, et à laquelle on peut donner pour synonyme le terme de *subjectivité inconsciente*. Ce sont les lunettes à travers lesquelles on voit la vie en rose, en noir, etc., à travers un écran de fantasmes : "La réalité est la grimace du Réel" (Lacan).

Il importe, en résumé, de bien distinguer les **trois niveaux** que la psychose bouleversera :

— *Le niveau de la relation imaginaire*  $m \leftrightarrow i(a)$  entre le moi et le moi idéal, repérable dans le discours par tous les énoncés grammaticaux commençant par "Je", donc revendiqués par le sujet conscient ou le Moi.

— *Le niveau du fantasme*  $\$ \leftrightarrow a$  reliant le sujet inconscient à l'objet du désir, et repérable dans les énoncés grammaticaux qui n'ont pas "Je" pour sujet (Par exemple : "On bat un enfant"). C'est le champ de la Réalité psychique.

— *Le niveau de l'Inconscient*, qui est un discours non-grammatical régi par une logique purement combinatoire (lapsus, rêves, associations libres : calembours, contrepèteries, rébus etc.). Le fantasme se construit sur les associations inconscientes mais ne s'y résume pas puisqu'il est déjà une mise en forme grammaticale où peut jouer la métaphore.

Le fantasme se construit sur les associations inconscientes, donc agir sur ces associations aura une incidence sur la structuration du fantasme : en fournissant un tissu d'associations structurées sur le modèle de l'inconscient à quelqu'un qui délire faute de pouvoir fantasmer, on lui redonne la possibilité de fantasmer et de ne plus délirer.

Abordons à présent un aperçu des **transformations** grammaticales que subissent les énoncés parentaux lors de la deuxième identification (l'enfant les reprend tout d'abord à la lettre, se désignant à la 3e personne ou par son prénom).

Nous allons faire l'hypothèse que tout énoncé de l'adulte de la forme "**A verbe B**" subit chez l'enfant des transformations qui engendrent dans son discours intérieur les énoncés :

**B verbe A** (action réciproque de l'enfant vers le parent)

**B verbe C** (action de l'enfant vers les personnes et objets)

**B verbe B** (action réflexive de l'enfant sur lui-même).

Exemples classiques :  $A \text{ aime } B \Rightarrow B \text{ aime } A$ ,  $B \text{ aime } C$ ,  $B \text{ s'aime}$ , ou inversement :  $A \text{ déteste } B \Rightarrow B \text{ déteste } A$ ,  $B \text{ déteste } C$ ,  $B \text{ se déteste}$ . Cette hypothèse est au principe de *l'Analyse des Logiques Subjectives*, méthode d'analyse de discours dérivée de la psychanalyse moderne.

Dans tous les cas où l'enfant ne deviendra pas schizophrène, que fait le parent ?

Avant même que l'enfant parle, il INTERPRÈTE, au moins en partie, le vécu de l'enfant, ses sensations, ses besoins présumés, dans une forme atténuée de délire d'interprétation paranoïaque où il

s'imagine savoir d'avance ce que l'autre veut sans même qu'il ait à le dire (penser à la formule : "je le connais comme si je l'avais fait"). Dans l'Amour ou la Haine, on se comprend muettement. C'est une forme de "lecture pour autrui" (autre exemple : supposer le désir de vivre chez quelqu'un dans le coma).

La transformation réfléchie de ce « je le connais, je sais l'interpréter » (A interprète B) donne un « je me connais, je sais m'interpréter » (B interprète B), modéré chez le non-névrosé, surdimensionné chez l'obsessionnel. L'apogée en est l'énoncé paranoïaque : « j'ai tout compris, et de mon fonctionnement interne, et de ce que veulent les autres sans même qu'ils ouvrent la bouche ».

À l'inverse le désintéret du porte-parole pour un enfant mal-aimé, le « je ne sais pas ce qu'il a, et de toute façon je m'en moque », pourrait rendre compte, par la transformation réfléchie, du « je ne sais pas ce que j'ai, ni ce que je suis », d'où l'appel répété vainement à un savoir extérieur me disant ce que j'ai ou qui je suis, caractéristique des énoncés de type hystérique.

Dans le cas du futur schizophrène, on peut supposer chez le parent un dire du type « je ne veux rien savoir de cet enfant, sinon qu'il est un corps biologique doté de perceptions. Je me refuse à interpréter quoi que ce soit de ce qu'il ressent ou de ce qu'il veut » (A N'INTERPRÈTE PAS B).

L'énoncé psychotique reprendra à son compte (B N'INTERPRÈTE PAS B) ce refus d'interprétation de l'adulte, comme semblent le prouver ces paroles du Président Schreber, condensées par Lacan :

« On dit que je suis un paranoïaque, et que les paranoïaques sont des gens qui rapportent tout à eux. Dans ce cas ils se trompent, ce n'est pas moi qui rapporte tout à moi (B N'INTERPRÈTE PAS B), c'est ce Dieu qui parle sans arrêt à l'intérieur de moi par ses divers agents et prolongements. C'est lui qui a la malencontreuse habitude, quoi que j'expérimente, de me faire aussitôt remarquer que cela me vise, ou même que cela est de moi. Je ne peux pas jouer tel air de la Flûte Enchantée sans qu'aussitôt lui qui parle m'attribue les sentiments correspondants, mais je ne les ai pas, moi ».

On peut aussi reprendre, sous l'angle de la transformation réfléchie, le "C'est toi qui le dis" de la deuxième identification. Le "A dit à B que ..." (A étant le parent) devient "B se dit que ...". Ce « je me dis que ... » va désormais accompagner chez le non psychotique la répétition, à voix haute d'abord, puis *in petto*, des propos de l'adulte. En revanche l'absence de cette transformation pourrait, c'est notre hypothèse, entraîner chez le schizophrène l'absence d'attribution à lui-même de sa voix intérieure. C'est quelqu'un d'autre qui parle dans sa tête.

Enfin sachant que le parent "métaphorise" sur son enfant puisqu'il est l'objet de ses fantasmes (par exemple "mon cœur, mon lapin, ma puce", etc.), l'absence de métaphorisation du parent de schizophrène devient chez ce dernier un "rien dans ce qu'on dit n'est métaphore", d'où l'exemple classique du patient qui regarde derrière lui lorsqu'un interlocuteur lui dit : "Vous avez une idée derrière la tête". De même chez le président Schreber :

« À ce propos, il me faut revenir en arrière sur le phénomène des "petits hommes" dont j'ai si souvent parlé. Ayant pu constater dans un très grand nombre de cas que, sous certaines conditions, les âmes (rayons) font leur apparition dans ma tête ou dans une partie quelconque de mon corps sous forme d'hommes en miniatures, je suis très près d'en conclure que la faculté de revêtir dans certaines circonstances la forme humaine ou même de devenir un être humain doit être considérée comme un pouvoir gisant au plus intime de l'être des rayons divins. Aussi de ce point de vue c'est d'une lumière toute nouvelle que s'éclaire la parole de la Bible : "Il créa l'homme à son image; il le créa à l'image de Dieu. Tout se passe comme s'il fallait donner à ce verset toute la signification *littérale* que jusqu'à présent les hommes n'avaient guère osé lui conférer ».

De même également dans l'exemple célèbre de Lacan, où une délirante qui vient de murmurer à un voisin "je viens de chez le charcutier" s'entend hallucinatoirement traiter par lui de "truie" : "comme je ne parle pas de moi par métaphore, si une métaphore vient par association à mon esprit (chez le charcutier on vend du cochon), ce ne peut être que l'autre qui la dit : il m'insulte".

De nombreuses études cliniques attestent que la mère du futur schizophrène ne fantasme pas sur

l'enfant à venir. Elle ne voit dans sa grossesse qu'une prise de poids ou une maladie, Le corps qui naît n'est qu'un paquet de cellules, au mieux un animal domestique, nourri quant aux besoins, mais absent de ses fantasmes, donc du processus d'humanisation : de même qu'elle ne lui a pas tricoté de layette, elle n'a pas tissé autour de lui tout un réseau d'associations verbales dont le meilleur témoin est le choix du ou des prénoms. On donne l'exemple de cette accouchée qui, uniquement pour satisfaire aux formalités d'état-civil, envoie à la dernière minute son mari lire le premier prénom célèbre sur une plaque de rue. On pense au western "Mon nom est Personne"...

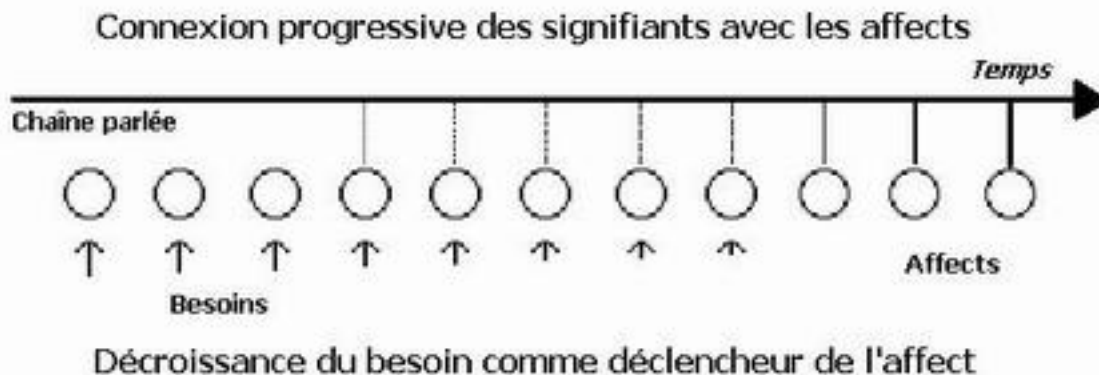
Si le sujet ne sombre pas d'emblée dans la psychose infantile, son identité ne sera que ce vernis formel prêt à se craqueler à l'adolescence. Ce sera un enfant trop sage, sans problèmes, souvent hyperintelligent, voire génial dans le domaine scientifique puisque le tampon de la Réalité psychique ne filtre pas sa perception du Réel : 'le génie côtoie la folie' (les nombreux exemples comme celui du mathématicien Cantor avec ses nombres transfinis seront développés dans un article dédié).

**3) Complétons la définition de l'identification, envisagée à présent comme la connexion *signifiant-affect*, le *signifiant* étant le matériau sonore du langage, et l'*affect* toute émotion simple (en gros : plaisir/déplaisir).**

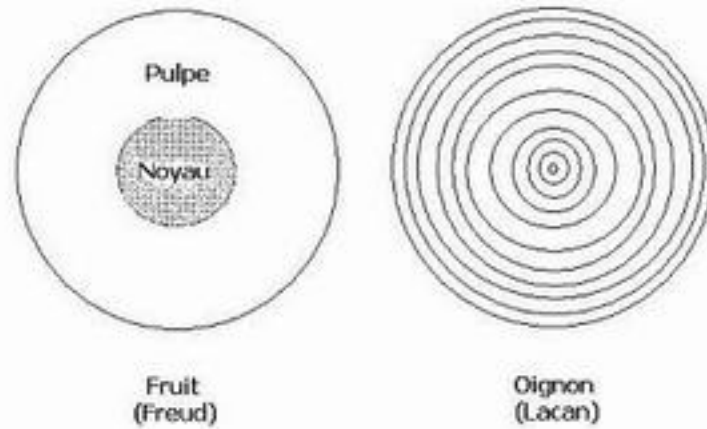
Lors du parcours identificatoire, lors de la formation dans l'enfance du sujet de l'inconscient \$ (sujet représenté dans le langage qui se superpose au sujet biologique S), on passe de *tuchè* à *automaton* (Lacan, *Séminaire Livre XI*), "du hasard à la nécessité" dirait Jacques Monod, c'est-à-dire :

on passe de la rencontre *fortuite* entre des **mots** (plus exactement des signifiants) et des situations chargées d'**affect**) à la *répétition* désormais aveugle (*automatisme* de répétition) qui va structurer la "personnalité", (Cette répétition inébranlable simule l'hérédité, l'instinct, la prétendue "nature humaine", alors qu'il n'existe en fait qu'une "condition humaine" : la prématuration biologique qui, rendant le nouveau-né dépendant de l'adulte, lui permet d'acquérir le langage, pour le meilleur et pour le pire),

on passe donc du *non-sens* au *sens*, lequel, refoulé, donne l'illusion d'un noyau d'être, alors qu'il n'y a en nous qu'un semblant d'être, un "parêtre". À la métaphore freudienne du fruit doté d'un **noyau** que l'analyse retrouverait sous la pulpe des influences parentales, succède la métaphore lacanienne de l'oignon dont l'épluchage couche après couche montre ceci : seules les identifications successives, tissage de mots et d'affects, créent l'illusion de l'identité à soi-même et du sens comme épaisseur, consistance et opacité.







## Métaphores freudienne et lacanienne de l'identification

# La psychothérapie des psychoses (2ème partie)

Conférence du Dr Jean-Jacques PINTO, psychanalyste  
à l'hôpital de jour d'Aubagne (Bouches-du-Rhône)  
le jeudi 24 septembre 2009

**4) Il y a chez le schizophrène une "carence" de la fonction métaphorique, donc de la possibilité de fantasmer.**

**Rappel** : Le fantasme, énoncé grammatical centré sur une métaphore, se construit sur les associations inconscientes.

Or, par suite du défaut d'investissement parental, les signifiants (mémorisés par le sujet puisqu'il parle) n'ont pu être reliés entre eux par des chaînes inconscientes. Si l'on joue sur l'étymologie du mot "texte" (tissu, textile), on dira que la trame, le réseau d'associations verbales "absurdes" qui permet au non-psychotique de parler des années en association libre sur le divan de son psychanalyste (!) est en lambeaux chez le psychotique tant les lacunes y dominent.

Comme les fantasmes, "soutiens du désir", offrent au sujet des solutions aux crises, aux situations conflictuelles, "triangulaires", "œdipiennes", l'impossibilité de les constituer fera basculer le schizophrène au pire dans le mutisme, au mieux dans ce que Lacan nomme "la métaphore délirante" : le délire et les hallucinations viennent remplacer les fantasmes absents.

Lacan : *"Qu'on recherche au début de la psychose cette conjoncture dramatique. Qu'elle se présente, pour la femme qui vient d'enfanter, en la figure de son époux, pour la pénitente avouant sa faute, en la personne de son confesseur, pour la jeune fille enamourée, en la rencontre du « père du jeune homme », on la trouvera toujours, et on la trouvera plus aisément à se guider sur les « situations » au sens romanesque de ce terme."*

Il ne s'agit donc pas dans la psychothérapie des psychoses d'user d'interprétations fondées sur un repérage

analytique classique. Il est inutile d'attendre qu'à la manière d'un névrotique le schizophrène livre dans ses associations libres la clef de ses symptômes.

Le caractère déroutant, hermétique de ses dires vient probablement de ce qu'il n'y a là rien à comprendre : les signifiants énoncés n'ont pu être reliés entre eux par des chaînes inconscientes, ou seulement de façon très partielle dans les cas où le sujet a pu reconstruire quelque chose de sa réalité psychique sur un mode délirant. On sait alors le danger des interprétations classiques qui déconstruisent ce fragile édifice (de même que l'écoute analytique silencieuse peut faire décompenser un sujet "border-line").

En effet, cheminant en sens inverse du processus d'identification, l'analyse transforme l'*automaton* en *tuchè*, le sens en non-sens ('ce n'était que ça'), l'être en **désêtre** : elle décompose (sens étymologique), déstructure, et déconnecte l'affect du signifiant : c'est une **désidentification**. Lacan dit qu'elle va vers le désêtre, la destitution subjective, et cette "désintégration agressive de l'individu" s'accompagne souvent de phases de dépersonnalisation. C'est une "schizophrénisation" suffisamment lente pour pouvoir être supportée.

Ici il faut donc une "psychanalyse à l'envers" (Racamier), une "antipsychanalyse", une "psychosynthèse" qui structure. Il faut synthétiser du sens à la place du patient pour lui permettre de se constituer des fantasmes, une réalité psychique.

Ces noyaux de sens peuvent n'être qu'un semblant, la simple juxtaposition de signifiants créant toujours un effet de sens surtout si elle est répétée. Pour le patient décrit dans mon Mémoire :

« Nous nous fixâmes sur ses propos, avec le parti-pris de donner inconditionnellement du sens à tout ce qu'il nous disait, à partir d'associations purement verbales faites par assonance (du type coq-à-l'âne, calembour) ou par contiguïté/similarité (le mot qui nous venait à l'esprit par "association libre" : métonymie et métaphore). Nous lui proposons ces mots d'un ton assuré et convaincu, comme si nous étions persuadés que cela voulait dire quelque chose. Il s'agissait donc d'une mise en forme arbitraire et systématique de tous ses dires. »

On lui fournit en quelque sorte les briques du LEGO pré-assemblées, on répare les lacunes de son texte psychique.

Si le sujet ne parle pas, on peut chercher à engager le processus de symbolisation en décrivant ce que l'on perçoit de lui : son image corporelle, ses gestes, ses mimiques.

Ceci revient à verbaliser le non-verbal, ou encore à transformer l'"analogique" en "digital", pour reprendre la terminologie de l'école de Palo-Alto. Dans le cas de mon patient :

« Partant de l'hypothèse qu'il était dans l'impossibilité de symboliser de lui-même son vécu psychique, nous résolûmes de le faire pour lui. Nous choisîmes de décrire d'une façon aussi neutre que possible ses gestes, ses attitudes, ses mimiques, réalisant une sorte de "commentaire des actes" ou de miroir verbal. Par exemple : "Vous bougez la tête" - "Vous mettez la main droite dans votre poche" - "Vous nous regardez" - "Vous souriez".

Plus rarement il nous est arrivé d'imiter certains de ses gestes tout en les nommant. »

Une patiente de clientèle privée débarrassée par cette thérapie verbale de ses bouffées délirantes à répétition décrit ainsi dans son journal le rôle que j'ai joué dans sa guérison : "***Vous m'avez ouvert le robinet de paroles***".

Une conclusion provisoire, reprenant ce que nous avons dit plus haut du rôle du parent dans l'identification de l'enfant ("*Avant même que l'enfant parle, il INTERPRÈTE, au moins en partie, le vécu de l'enfant, ses sensations, ses besoins présumés, dans une forme atténuée de délire d'interprétation paranoïaque*") serait d'énoncer comme un clin d'œil cette formule à l'emporte-pièce : **le remède à la schizophrénie, c'est la paranoïa !...**

Plus sérieusement, voici un tableau récapitulatif des structures psychiques et des moyens de les transformer. On remarque que la dernière colonne est identique à la première : la psychothérapie des psychoses joue dans son principe le rôle du parent structurant, même si les modalités techniques, comme il se confirmera plus bas, en diffèrent nettement.

<b>Structure non- psychotique</b>	<b>Psychoanalyse</b>	<b>"Structure" psychotique</b>	<b>Psychothérapie des psychoses</b>
identification	désidentification	défaut d'identification	identification
personnalisation, structuration	dépersonnalisation lente	dépersonnalisation brutale	personnalisation, structuration
connexion <i>signifiant- affect</i>	déconnexion <i>signifiant- affect</i>	non-connexion <i>signifiant-affect</i>	connexion <i>signifiant- affect</i>
tuchè → automaton	automaton → tuchè	tuchè	tuchè → automaton
non-sens → sens	sens → non-sens	non-sens	non-sens → sens
tissage d'associations	dévidage d'associations	non-tissage d'associations	tissage d'associations

### 5) La réponse du patient à l'action psychothérapique.

Dans une analyse classique, un des critères d'efficacité, au-delà de la disparition de quelques symptômes, est le "changement de discours" : le patient se met à structurer différemment son propos, et comme "l'inconscient est structuré comme un langage", c'est le signe d'une transformation profonde de sa "personnalité".

Ici, la réponse du patient à la psychothérapie consiste à nous fournir de plus en plus de matériel verbal "a - signifiant", comme s'il nous encourageait à continuer pour lui ce processus de symbolisation. Dans le cas décrit dans mon mémoire, où le patient était au début mutique :

« Au bout de peu de temps nous le vîmes commencer à se manifester par des hochements de tête. Quelquefois il disait "Oui" en souriant. Dans un second temps, il se mit à nous désigner du regard des objets ou des photographies affichées au mur de sa chambre. Nous nommions alors ce qu'il indiquait, et il approuvait d'un signe de tête ou d'un "Oui". [...] La mise en forme arbitraire et systématique de tous ses dires était simplement destinée à engager un processus de communication. C'est ce qui se passa en effet, puisqu'il se mit rapidement à augmenter son débit verbal, et à faire des phrases complètes, comme si un feed-back s'était établi du fait que nous valorisons *a priori* ses productions verbales (dont le contenu était alors très banal). »

**6) Le réveil du délire est prévisible, souhaitable et contrôlable** au cours de la thérapie : on peut le décrire comme une *psychose de transfert*, par analogie avec la *névrose de transfert* de la psychoanalyse classique.

Parmi les facteurs qui interviennent probablement dans son déclenchement :

Le fait que le thérapeute parle au patient de son corps : dans mon mémoire, le délire porte principalement sur son corps, et commence par un malaise physique avec impression de mort imminente.

Le fait qu'il se trouve replacé par le thérapeute dans une situation où il doit répondre sur le plan symbolique, Il surviendrait alors une carence de réponse fantasmatique, comme Lacan le signale à propos du déclenchement d'une psychose.

Le délire peut s'interpréter dès lors :

Comme une tentative pour reconstituer par la métaphore délirante une Réalité psychique qui se dérobe à la saisie.

Comme un moyen de communiquer avec l'autre, de lui parler : le délire succède au silence et aux associations banales.

Comme un texte où se lit dans le registre délirant ce qu'il ne peut symboliser comme le ferait un névrotique : "Ce qui est forclos du symbolique revient comme réel". La réponse se fait sous la forme d'un délire paranoïde dont les thèmes annoncent, en "*métaphores délirantes*", les futurs fantasmes névrotiques de la phase de guérison.

Pour le patient décrit dans mon mémoire (en simplifiant considérablement les thèmes délirants à mon

égard) :

« Il m'attribue des propos le concernant. J'incarne alors celui qui désire pour lui, celui qui fixe quel sera son destin, un grand Autre tout-puissant qui veut uniquement sa mort : "Pinto veut qu'on m'opère de la tête. Depuis ce matin il le dit. Il me donne la petite bouteille [ses remèdes] pour me faire opérer. Moi je ne veux pas me faire opérer mais si Pinto y tient, je me laisserai faire". Il dit nettement qu'il ne saurait se soustraire à ce désir, car le désir de l'Autre, quel qu'il soit, vaut mieux pour lui que pas de désir du tout.

Il nous le confirme les jours suivants en allant activement à la rencontre de ce destin (il attend l'ambulance). Le thème de morcellement se précise : il détaille quelles parties du corps doivent être amputées.

Quelques jours plus tard la mise en acte de la conviction délirante se précise encore : il monte dans une ambulance qui va chercher un autre pensionnaire à l'hôpital général. »

### **7) Que faire lorsque le patient commence de lui-même à constituer des fantasmes de nature œdipienne ?**

L'efficacité surprenante de la psychothérapie se manifeste au bout de quelque temps, quand les thèmes délirants commencent à décroître pour laisser la place à des fantasmes de type névrotique de contenu voisin. Il faut alors continuer à lui parler sur le même mode que dans la phase précédente :

« Lorsqu'il commence de lui-même, et avec ses propres souvenirs et associations, à constituer des fantasmes de nature œdipienne (décès de son père policier, attirance érotique pour les infirmières, nous le laissons faire sans rien en interpréter, jugeant que cette *névrotisation* nécessaire doit se poursuivre et se consolider, mais nous continuons à lui constituer un "sous-sol" d'associations verbales a-grammaticales sur lesquelles il peut "s'appuyer" pour fantasmer. Nous agissons donc sur les parties de son discours qui échapperaient encore à cette symbolisation, en vue d'écarter au maximum le risque d'une rechute délirante portant sur ce qui n'a pu être symbolisé. »

Ce n'est que lorsque le patient se met, comme le sujet sain ou névrosé, à refuser franchement les calembours (surtout en pratique privée : "Mais enfin, je ne vous paie pas pour me débiter l'Almanach Vermot !"), qu'on est en droit de diminuer progressivement ce type d'associations, quitte à le reprendre si le délire menace de reprendre.

### **8) Le problème de l'orientation théorique dans les thérapies de schizophrènes :**

À l'époque de la prise en charge de notre patient, il nous a fallu *inventer* notre propre méthode de psychothérapie : nous nous étions inspirés de la théorie lacanienne de la psychose en dépit du fait qu'on n'y trouvait aucune indication d'ordre pratique, à la différence d'autres modèles théoriques dont découlent directement des techniques à peu près codifiées, ou de certaines méthodes (Rosen) paraissant surtout liées à l'expérience pratique de la relation au schizophrène, avec une théorisation relativement peu développée.

En supposant une efficacité comparable à des pratiques d'inspiration très différentes, nous allons montrer en quoi notre approche en diffère radicalement. Pour cela, bornons-nous à évoquer quelques unes d'entre elles, en tentant d'en dégager certaines caractéristiques que nous comparerons ensuite.

#### **1) L'Analyse Directe de ROSEN**

Cette méthode utilise un type d'interprétation qui va directement aux significations inconscientes sans passer par les couches successives de défenses. L'interprétation réussie fait cesser l'acting-out ainsi que l'angoisse qui l'accompagne. Elle amène une sécurisation temporaire et une possibilité de rationalisation.

Pour cela elle doit établir un lien entre quelque chose de la réalité extérieure et un aspect important des difficultés actuelles du patient, se reporter généralement à l'avenir, contenir un élément de réassurance pour lui et l'éloigner du point le plus brûlant. Elle n'agit pas forcément par son exactitude, mais peut-être par la haute chaleur émotionnelle qu'elle véhicule ou par un effet de choc produit par le contenu.

#### **2) La Réalisation Symbolique de M. A. SECHEHAYE**

"La Réalisation Symbolique est une psychothérapie qui s'adresse directement aux besoins, aux

frustrations que le malade a subies dans sa petite enfance, pour les combler et les satisfaire sur le plan présymbolique, magique et concret" (M. A. SECHEHAYE).

Il faut réparer la frustration initiale en autorisant le malade à assouvir son désir de retour à la mère. À travers la mère-analyste, source de la satisfaction du besoin, le patient peut accepter la réalité bienfaisante, neutraliser ses pulsions autodestructrices par les tendances libidinales puisées dans l'amour de la mère. Les gratifications passent par des objets "pré-symboliques (telle la pomme chargée de représenter le sein dans le cas de la malade Renée).

### **3) Les psychothérapies de psychotiques d'inspiration kleinienne**

Mélanie KLEIN a surtout pris en charge des enfants psychotiques. Parmi ses disciples, ROSENFELD et BION ont considérablement enrichi, chacun à leur manière, la technique et la théorisation de la relation au psychotique.

Tout au long du traitement l'analyste s'appuie sur la "partie non psychotique" de la personnalité du schizophrène. Il fait en sorte de montrer qu'il parle à une personne saine d'esprit, sous peine de voir le patient se servir de l'identification projective pour essayer de se débarrasser de sa "santé mentale", et régresser massivement. D'autre part, l'analyste utilise son propre contre-transfert pour y trouver des indices sur lesquels fonder ses interprétations.

### **4) La méthode de structuration dynamique de GISELA PANKOW**

L'abord des psychoses se doit d'être radicalement différent de celui des névroses : "les troubles proviennent de la manière d'être dans-le-corps". Si nous arrivons à saisir une dynamique dans l'espace du corps vécu, l'accès à l'autre pourra être mis en route à partir des conflits du champ spatial". Ces conflits consistent en une "dissociation de l'image du corps entre un contenant hétérogène devenu limite du corps pour le sécuriser symbiotiquement, et son contenu authentique".

Pour aborder ces conflits et leur permettre de se symboliser, Pankow introduit les malades dans un "espace de jeu" grâce aux techniques de modelage. Elle cherche par là à créer chez eux des "greffes de désir" afin de déclencher le processus de symbolisation : "l'objet modelé aide à créer un espace potentiel" qui est le même que celui où se situe l'objet transitionnel, mais ici l'objet est créé par le malade. Cet espace une fois aménagé, un transfert peut se nouer et inaugurer la cure analytique proprement dite, où interviennent des interprétations au niveau symbolique.

**5) Convergences et divergences entre ces différentes approches** : elles se situent à la fois dans la théorisation de ce qui favorise ou déclenche une psychose et dans les modalités techniques particulières à chaque thérapeute.

Tout le monde s'accorde sur le fait que le psychotique est incapable de reconstituer par lui-même quelque chose qui lui manque, ce qui oblige à utiliser une technique différente de l'analyse classique des névroses. Ce qui lui est impossible, c'est la constitution d'une image du corps (ou d'un imaginaire), l'intégration de son Moi, l'élaboration de fantasmes de type œdipien, l'utilisation du langage caractéristique du sujet névrotique ou sain (qu'on parle de clivage du langage par le psychotique ou de carence de l'effet métaphorique).

En conséquence, l'attitude du thérapeute consistera à apporter ce qu'on estime avoir manqué, et qu'on situe généralement au niveau de l'amour ou du désir maternel : don d'amour, de parole, de présence au sens propre ou au sens de chaleur affective, de réassurance, don de compréhension au sens large ou reformulation, par l'interprétation, d'une pensée à la dérive, don de sens (greffe symbolique ou greffe de symbolique). Toutes les techniques s'appuient sur ce don, qui seul pourra permettre ensuite le retour à une attitude psychothérapique plus classique.

C'est justement là que notre approche diffère radicalement des autres :

Non seulement elle ne nécessite aucun support (objet modelé par le patient, objet "pré-symbolique" comme la pomme pour Renée), ni aucune attitude du thérapeute (chaleur émotionnelle, ou maternage par la mère-analyste, ou appui sur la "partie non psychotique" du schizophrène posé comme sain d'esprit) : le don de parole suffit à signifier au patient notre désir de le faire exister psychiquement, mais de plus elle ne repose chez le thérapeute sur aucune conviction d'avoir su analyser dans l'instant les mécanismes à l'œuvre chez le patient, et de lui délivrer la "bonne" interprétation au bon moment :

l'insistance mise à connecter entre eux par jeux de mots des signifiants dépourvus de sens (ou jaillis sans être analysés de l'inconscient du thérapeute) suffit à faire illusion de sens, et à retisser un Réalité psychique au patient. Point n'est besoin de *comprendre* ce qu'on dit au patient, seule l'urgence d'*associer* sans temps mort doit primer.

De la sorte, cette approche s'appuie, à la limite du scandale, sur l'imposture du sens telle que la révèle une analyse personnelle poussée suffisamment loin chez le thérapeute. Elle exhibe le ressort insignifiant de ce qui "donne un sens" à la vie, et un orgueil mal placé:aux praticiens : seule une certaine agilité associative est ici requise, et non un savoir-faire éclairé par une longue expérience ou des connaissances livresques. Narcissisme et psychanalyse sont incompatibles (lire à ce sujet le résumé du livre de J.-C. Milner : [L'Œuvre claire](#)).

## 9) La théorie et la pratique en ce qui concerne les bouffées délirantes (ou psychoses délirantes aiguës)

**La théorie** : les "trous" dans le réseau des associations inconscientes sont bien plus rares que chez le schizophrène,

Le sujet peut au cours de sa vie ne jamais "tomber dessus", donc ne jamais délirer ... Il faut vraiment que se présente un concours de circonstances *verbales, significantes* en rapport avec une situation de manque pour que le sujet décompense. On remarquera qu'alors son texte associatif bien moins lacunaire lui permet d'accéder rapidement à la "métaphore délirante", sans la déstructuration gravissime du syndrome de dissociation schizophrénique.

Un exemple attesté qui témoigne de la nature verbale de l'inconscient : un jeune homme prénommé Alex ne s'a jamais avisé que son prénom était l'abréviation d'Alexandre. Une certaine année le hasard du calendrier fait que la Saint Alexandre est suivie du mercredi des Cendres. L'inconscient du sujet en déduit fort logiquement que Alex = Alex-cendres moins cendres, que son prénom est comme amputé. Là où le non-névrosé "assumerait", là où le névrosé lirait peut-être une intention parentale dévaluante qui l'angoisserait ou le déprimerait, le sujet pré-psychotique ne peut faire face à cette mutilation du nom propre et décompense. Alex fait sur-le-champ une bouffée délirante où il se prend pour Dieu (l'être non-manquant par excellence). Il a été guéri par une thérapie verbale (l'Évangile pourrait dire : "celui qui a souffert par les mots guérira par les mots" ...).

**La pratique** : la thérapie peut se faire "à chaud" (à l'hôpital, en consultation) ou "à froid" (en consultation) :

"à chaud" à l'hôpital : un confrère et ami initié par moi à ce mode thérapeutique a fréquemment pu obtenir des réussites spectaculaires. Il s'enferme plusieurs heures, parfois une journée, avec un "entrant" en bouffée délirante, et l'inonde d'associations verbales. Au bout de ce délai le patient fond en larmes en déclarant quelque chose comme "on ne m'a jamais parlé comme ça", et l'épisode délirant se termine sans la moindre chimiothérapie.

"à chaud" en consultation : quelques jours avant Noël, une de mes patientes qui a déjà fait deux bouffées délirantes recommence un épisode hallucinatoire et interprétatif. Empiétant sur mes congés, je la fais venir tous les jours une heure ou davantage, et,ouvrant à fond le "robinet de paroles" de mes associations verbales, je réussis à enrayer, rien qu'avec mots, la bouffée débutante.

"à froid" en consultation : cette même patiente sera au bout de quelques années sans rechute, "*névrotisée*" par cette technique verbale, qu'elle finira d'ailleurs par rejeter. Ses doléances porteront désormais sur la banale difficulté à se trouver un compagnon stable, sans que quelques ruptures amoureuses intercurrentes ne provoquent de décompensation psychotique.

## 10) Conclusion et perspectives

Indications des psychothérapies de psychotiques

Quiconque a vu un psychotique évoluer juste avec des mots ne peut qu'entretenir de sérieux doutes sur les hypothèses *génétique* et *métabolique* dans la genèse de la schizophrénie. Pour caricaturer, a-t-on vu une hémophilie (génétique) ou un diabète gras (acquis) réagir à une thérapie verbale ?

Reprenons l'analogie avec l'ordinateur (hardware électronique, software informatique). Si les résultats avérés des neuroleptiques sont compatibles avec la piste métabolique (un désordre biochimique serait réparé au niveau biochimique comme une panne électronique par l'électronicien), en revanche la possibilité de transformer, même partiellement, le destin d'un psychotique en lui parlant d'une certaine manière écarte radicalement cette même piste : réécrire un programme n'a jamais réparé un circuit "grillé",

Il ne faut pas prendre l'effet pour la cause : le programme en s'effectuant induit en dernière instance des modifications électriques dans l'ordinateur, la Réalité psychique ("programme" verbal) en déroulant son automatisme induit en dernière instance des modifications biochimiques dans le cerveau, mais, répétons-le, ***la logique des fantasmes et de l'inconscient n'a rien à voir avec les lois de l'anatomie et de la physiologie en jeu dans le fonctionnement normal ou pathologique du corps.***

Ce qui précède laisse intacte la question de l'***autisme***, où il semble que nombre de psychanalystes aient, sans discernement, assimilé à l'authentique psychose infantile à genèse psychique, un autisme à base neurologique, indépendant de l'attitude parentale, et relevant de moyens thérapeutiques spécifiques.

Pour les schizophrènes en revanche, les possibilités psychothérapeutiques existent, S'il est vrai que "l'on est responsable de ce qu'on connaît", il serait dommage de ne rien tenter, même avec des patients chroniques (comme celui de mon mémoire, hospitalisé depuis vingt ans !) : la psychothérapie apportera peu ou beaucoup, mais, correctement pratiquée, elle ne saurait aggraver l'état du patient. C'est donc une chance à tenter dans la plupart des cas.

#### Conditions de mise en œuvre

Il ne faut se lancer ni trop vite, ni tout seul dans ce genre de thérapie. Nous conseillons d'engager les prises en charge à deux, et ce pour plusieurs raisons :

- On supporte mieux l'angoisse qui ne manque de s'installer dans un face-à-face prolongé avec un patient déstructuré, surtout lors du développement de la ***psychose de transfert***.

- Si l'un des deux thérapeutes doit s'absenter momentanément ou définitivement, celui qui reste fera la liaison avec le nouveau co-thérapeute.

Contrairement au cas relaté dans mon mémoire, où nous avons volontairement diminué le traitement dès le début, puisque la structure hospitalière permettait de gérer les "débordements" du patient, il vaut mieux en milieu ouvert ou en pratique privée maintenir la chimiothérapie jusqu'à ce qu'une franche amélioration signe le moment d'envisager sa réduction très progressive.

La supervision des séances peut se faire soit lors des réunions de l'équipe soignante, soit avec un intervenant extérieur.

Enfin, même si la technique proprement dite ne demande aucune compétence particulière, seulement une facilité pour le coq-à-l'âne et le calembour, mieux vaut, pour supporter le transfert psychotique sans se sentir trop déstructuré, avoir fait un bout d'analyse personnelle.

\* \* \* \* \*