

Les lieux de l'écoute Pour une clinique psychanalytique des psychoses...¹ The places of listening

François Peraldi

Volume 3, numéro 2, novembre 1978

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030036ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030036ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Peraldi, F. (1978). Les lieux de l'écoute : pour une clinique psychanalytique des psychoses...¹. *Santé mentale au Québec*, 3(2), 1-26.
<https://doi.org/10.7202/030036ar>

Résumé de l'article

Dans le premier de deux articles, l'auteur décrit son approche de l'écoute du psychotique. D'une expérience personnelle infantile, dans ce cas le personnage de madame Withers, il explique le concept du langage signifiant et sa relation au corps érotique. Il intègre alors les notions de refoulement, transfert et inconscient dans cette perspective. Il trace ensuite les motifs justifiant une clinique psychanalytique des psychoses concluant que c'est dans le milieu institutionnel, que la question concernant les conditions nécessaires à un psychanalyste est posée.

LES LIEUX DE L'ECOUTE

Pour une clinique psychanalytique des psychoses...⁽¹⁾

François Deraldi

A la mémoire de Fred, patient et/ou chercheur
victime de la Recherche psychiatrique.

PREAMBULE

Lorsque Yves Lecomte m'a demandé de venir parler avec vous de ce que nous faisons lorsque nous sommes en position de faire quelque chose avec ceux que l'on nomme psychotiques, cela m'a fait plaisir. Lorsqu'il a suggéré que je pourrais peut-être mettre l'accent sur des questions cliniques en rapport avec les considérations théoriques que j'ai avancées à la fin de l'article *L'Élangage de la folie* publié dans le dernier numéro de la revue *Santé Mentale au Québec*, j'étais bien d'accord. Je persiste à croire, en effet, qu'en dépit des divergences culturelles, idéologiques, politiques voire même scientifiques, il existe tout de même un lieu commun où se rencontrent tous ceux que la Folie interroge réellement, ce lieu c'est la clinique. Par clinique, j'entends ce que l'on fait avec des psychotiques lorsqu'on se décide à accepter de faire quelque chose avec eux et à le faire dans le sens d'une véritable "mise en commun", à partir de leur demande.

Ceci dit, depuis que j'ai écrit ce texte et qu'il a paru dans votre revue, beaucoup de choses se sont passées dans l'institution où je travaillais et, bien que je ne veuille pas entrer ici dans une analyse détaillée de ces événements, ils ont tout de même contribué à ce que je modifie légèrement mon projet en ce qui concerne notre discussion d'aujourd'hui.

L'auteur est professeur au département de linguistique de l'Université de Montréal et psychanalyste, membre correspondant de l'École Freudienne de Paris.

Il est analyste institutionnel et a été superviseur général de cinq centres français pour psychotiques dans le Jura, de 1968 à 1973. De 1974 à 1978 il est analyste institutionnel et chargé de recherche au C.P.C. du Douglas Hospital. Ce texte constitue la première partie d'un article dont la suite sera publiée dans le prochain numéro.

Je vais essayer de m'expliquer.

Dans l'Élangage de la folie, je propose un certain mode d'écoute de ce que nous dit le psychotique. Or ce mode d'écoute n'est pas un petit "truc technique", "un simple gadget" que j'aurais bricolé tout seul dans le fin fond de mon cabinet d'analyste en mélangeant un peu de linguistique avec trois pincées de psychanalyse et un soupçon de connaissances littéraires. Ce n'est certainement pas non plus quelque chose qui peut venir s'ajouter aux innombrables "trucs techniques" dont se sert parfois la psychiatrie (comme se mettre un sac de papier sur la tête pour calmer les crises d'angoisse) ou la psychologie du comportement (un jeton alimentaire pour une réponse normalisée), afin d'établir le contact avec les psychotiques et les ramener à un peu plus de "bon sens". Le mode d'écoute que je propose a été élaboré au sein d'équipes comme la vôtre tout d'abord en France, puis ici même au Québec, alors que je travaillais comme analyste institutionnel et comme "superviseur" avec les travailleurs du C.P.C., du Douglas Hospital et à leur demande. En effet ce mode d'écoute relève d'une approche globale de l'ensemble des phénomènes liés à la psychose, approche que je nomme – à tort ou à raison – psychanalyse institutionnelle (2).

La psychanalyse institutionnelle est un ensemble complexe qui comprend une théorie psychanalytique des psychoses (3) et des institutions (4), et une pratique qui consiste à transposer et à utiliser concrètement les techniques et les méthodes de la psychanalyse au sein d'équipes, d'institutions qui ont la charge de recevoir les psychotiques. Je parle ici de la psychanalyse authentique, celle que Freud a inventée et non de ce succédané morose et dénaturé à quoi l'ordre médical prévalant dans les Sociétés Psychanalytiques l'a parfois réduite sous le nom d'Ego Psychology (5) (la psychologie du moi). Je parle de la psychanalyse vivante, de la psychanalyse en acte, et non de cette tentative sournoise de normalisation dans le confort coûteux des cabinets privés (6). Je parle de cette psychanalyse dont Freud pouvait dire, non sans raison, qu'elle était "une peste" (7) qu'il apportait au continent américain, et non d'un surcroît sophistiqué de la spécialisation psychiatrique (8). Je parle de la psychanalyse dans ce qu'elle a d'essentiellement révolutionnaire dans tous les sens de ce mot (révolution scientifique, révolution politique). Je parle de la psychanalyse comme lieu d'écoute (9).

Or au C.P.C., du Douglas Hospital, c'est précisément cette pratique psychanalytique institutionnelle que nous avons mise sur pied à la demande des équipes. Une pratique qui devait nous permettre, et nous a permis petit à petit, d'écouter autrement ce que disaient les psychotiques et d'établir avec eux, donc entre nous membres des équipes, d'autres types de rapports que ceux qui prévalent ordinairement dans les hôpitaux. Disons-le en bref, nous avons substitué des rapports d'é-

coute aux rapports d'autorité et cette substitution a eu pour conséquence inévitable une tentative de renversement des rapports de pouvoir. À partir de ce moment la réaction ne s'est pas faite attendre et les Appareils Répressifs Psychiatriques se sont mis en action. L'administration du Douglas (ceux que je nomme les agents de l'Appareil de Pouvoir Psychiatrique) (10) a brusquement décidé – pour des raisons qu'il faudra bien un jour étudier en détails – d'interrompre le processus d'analyse institutionnelle parce que "l'on s'éloignait des exigences strictement médicales de la psychiatrie" et que, ce faisant, c'est tout l'Appareil Psychiatrique avec ses hiérarchies de pouvoir, le pouvoir de son savoir médical, les rapports de pouvoir qu'il entretient avec ceux qu'il tient absolument à appeler les "malades mentaux" d'une part et les "auxiliaires paramédicaux" de l'autre, qui se sont trouvés mis en question ouvertement explicitement et collectivement en mots autant qu'en actes. La répression administrative fut, comme à l'ordinaire, aussi violente que silencieuse (12) grâce en partie, il faut bien le dire, à la complaisance et à la docilité des syndicats à l'endroit du pouvoir médical. En quelques mois toute l'expérience qui avait été vécue par les équipes qui y avaient effectivement pris part comme riche de promesses dont nous pouvions déjà entrevoir les réalisations tangibles, a été annulée. Les crédits consacrés à l'analyse institutionnelle furent supprimés sans explication de même que les subventions de recherche qui permettaient de rétribuer les analystes institutionnels, en dépit de la protestation massive et concertée des équipes. Les membres les plus actifs (infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues etc.) ont été mutés ou contraints de démissionner (13) et l'ensemble des patients qui avaient bénéficié de cette nouvelle approche, mais se trouvaient encore à l'hôpital, fut replacé sous un strict contrôle médical psychiatrique (renforcement de la chimiothérapie, retour aux électro-chocs etc.), et le mot même d'écoute fut interdit.

Ce n'est d'ailleurs pas parce que les patients et/ou les équipes auraient eu à souffrir ou à se plaindre de l'analyse institutionnelle que celle-ci fut interdite, même ses détracteurs les plus acharnés se sont bien gardés de le prétendre tant la réalité des faits les aurait démentis en les ridiculisant. Ils n'ont pas été en mesure de nier que dans les équipes qui avaient fonctionné avec l'analyse institutionnelle pendant plusieurs années, le taux de suicide avait diminué et avec lui l'angoisse des soignants et des patients dans le même temps que les équipes se stabilisaient progressivement tant l'écoute leur permettait enfin de formuler, de comprendre et, par conséquent, de contrôler partiellement d'innombrables phénomènes de groupe qui, lorsqu'ils sont occultés ou déniés et restent inconscients, provoquent toutes sortes de comportements symptomatiques: passages à l'acte, violences, absentéisme, dépression, isolationnisme, haines et angoisses aussi immotivées que passagères etc..., dont en dernière analyse ce sont toujours les patients qui font les frais.

Ce qui fut déterminant dans la liquidation de l'analyse institutionnelle au Douglas, c'est que précisément elle n'était pas sans effets et qu'il n'était pas possible de mettre son efficacité, donc ses présupposés théoriques et ses techniques, en doute. Parmi ces effets il en est deux qui risquaient d'avoir rapidement des conséquences pour l'ordre établi et l'immobilisme psychiatrique :

- 1) son extension rapide : les équipes en voulaient...
- 2) elle ne relevait ni ne dépendait de l'ordre médical, mais bien plutôt de l'irruption au sein même des équipes d'une détermination aussi radicalement nouvelle que puissante.

A partir du moment où l'efficacité de l'analyse institutionnelle mettait en question l'ordre psychiatrique et sa compétence réelle, le conflit était inévitable et, comme le faisait remarquer récemment l'un des agents du pouvoir psychiatrique, le directeur du moment du C.P.C. : "dans un hôpital psychiatrique, on fait de la psychiatrie et il n'est pas question que quoi que ce soit d'autre que la psychiatrie, ses règles, ses exigences et son ordre y prévalent. Ceux qui n'en sont pas satisfaits peuvent partir". L'ironie de la chose tient à ce que ce psychiatre est aussi étudiant en cours de formation psychanalytique et l'on voit mal comment avec de tels arguments et une telle philosophie il lui est possible de laisser un espace quelconque à une écoute psychanalytique qui serait fidèle à l'enseignement de Freud.

Cette situation – qui ne fait que répéter ce qui s'est passé en 1972 à Albert-Prévost, encore que de façon moins dramatique – soulève un certain nombre de questions quant à la possibilité réelle d'introduire dans le domaine dit de la "santé mentale" une écoute spécifiquement et rigoureusement psychanalytique dans le contexte actuel de la psychiatrie, même si ce contexte peut être plus souple qu'il ne l'est au Douglas Hospital qui reste, à date, le bastion des chimiothérapies et le terrain d'expérimentation privilégié de la psychiatrie et de la psychologie behavioriste anglo-saxonnes que l'on enseigne à McGill (14).

Telles sont les questions que je souhaite pouvoir aborder avec vous car c'est aussi bien des solutions qui leur seront apportées que des résolutions qui seront prises à leur endroit par ceux (patient et/ou travailleurs de la santé mentale) qui veulent prévenir les dangers d'une psychiatrisation généralisée de la population et faire que quelque chose change dans le domaine de la santé mentale, que dépend le sort d'un dixième de la population. Pour changer quelque chose il s'agit en fait de prendre en compte dans le domaine de la santé mentale l'apport considérable des sciences dites humaines et sociales et, en particulier, de la psychanalyse. Un apport dont il faut bien reconnaître qu'il est souvent tout à fait étranger, lorsqu'il n'est pas radicalement antinomique,

aux positions médicales de la psychiatrie traditionnelle. Apport qui ne saurait se réduire à une simple récupération par absorption dans l'organisation psychiatrique de la santé mentale, mais bien plutôt par un remaniement profond, complet et réel de cette organisation qui ne saurait aujourd'hui remplir ses tâches que si elle devient réellement multidisciplinaire et communautaire dans tous les sens de ces mots.

Sens dont le premier n'est pas l'asservissement de ou à la communauté au nom de nouveaux savoirs, mais la construction en commun de l'espace de sa santé, c'est-à-dire de notre bien-être.

MISS WITHERS

Je veux reprendre avec vous, pour vous, un exemple de cette écoute particulière que je propose, en répétant que c'est à force d'écouter des psychotiques pendant plus de dix ans que j'en suis venu à les écouter de cette manière, dans le même temps que j'apprenais – pendant ma propre analyse – à m'écouter moi-même. Et, précisément, ce n'est pas en empruntant un exemple clinique à mon expérience des psychotiques que je veux illustrer, une fois encore, mon hypothèse de l'écoute, mais bien plutôt en le tirant de ma propre analyse afin de vous faire entrevoir quelque chose dont je parlerai plus loin, quelque chose qui est essentiel à la pratique psychanalytique et qui est la condition même de toute écoute possible.

Je n'ai pas toujours parlé l'anglais. Je l'ai même appris assez tard. Pourtant l'anglais m'est une langue familière et, si toute une langue pouvait tenir en un seul mot, je pourrais dire que j'ai su parler l'anglais du jour où j'ai connu ce mot, qui est un nom propre : Miss Withers.

Pendant longtemps "Miss Withers" a représenté pour moi le tout de la langue anglaise. Aussi loin que je remonte dans mes souvenirs verbaux, Miss Withers s'y trouve déjà.

C'est chez Miss Withers que ma mère, alors jeune fille, allait passer ses vacances d'été, dans le petit village de Romsey, dans le sud de l'Angleterre. Les vacances anglaises de ma mère, ce qu'elle y apprit, et surtout l'ensemble des fantasmes qu'elle en a rapportés, ont joué un grand rôle dans notre "roman familial". Miss Withers nous était aussi familière qu'un oncle ou une tante dont la distance nous aurait séparé, mais non le manque d'affection, bien que nous ne devions en fait la rencontrer que beaucoup plus tard. Ma mère aimait Miss Withers et cet amour était un gage suffisant pour que, sans la connaître, nous l'aimions également et depuis toujours.

Mon rapport à la langue anglaise fut donc, dès l'origine, un rapport érotisé, au même titre que mon rapport à ma langue maternelle : le français. Je ne pensais évidemment pas continuellement à Miss Withers mais, comme le font souvent les enfants, il m'arrivait de répéter son nom à mi-voix, pour le seul plaisir de le prononcer, jusqu'à ce que sa fonction référentielle de nom propre s'effaçât et qu'il n'en reste plus que le doux sifflement : "Miss Withers, Miss Withers, Miss Withers..."

Puis Miss Withers sembla s'évanouir lentement avec mon enfance jusqu'à ce qu'un jour, vers la fin de mon adolescence, un hasard la fit resurgir d'étrange manière. J'assistais distraitement à un cours de russe et le professeur, afin de nous enseigner la prononciation, prit comme exemple quelques vers de Pouchkine qui, à l'aide de maintes allitérations, procéda courant dans le langage de la poésie russe, décrivaient à grand renfort de chuintantes, de sifflantes et de fricatives (ch-, f-, s-, z-, v-,...) le bruissement et le chuintement des ajoncs d'un étang secoués par le souffle d'une brise légère qui sifflotait en se faufilant entre les feuilles et les tiges desséchées par le soleil d'été. En l'écoutant lire ces quelques vers en russe, je fus soudain saisi d'un étrange frisson de plaisir et je ressentis une légère envie d'uriner dans le même temps que le nom de Miss Withers, sans doute attiré là par l'euphonie, surgissait brusquement en mon esprit. Ce souvenir était encore très présent avec le même effet de surprise lorsque, bien des années plus tard, je le racontai sur le divan de mon analyste. C'était un souvenir-écran qui, d'association en association à travers les années fit réapparaître un souvenir beaucoup plus ancien dans lequel ma mère, jeune et belle sous le soleil d'été, penchée au-dessus d'un petit garçon de deux ou trois ans, peut-être mon jeune frère ou peut-être moi, sur la pelouse du jardin de notre maison d'alors, susurrant dans son oreille, pour le faire pisser (coutume assez répandue en France) : "Psss, Psss, Psss...", Misss, Misss, Misss, Wizzz, Misss, Wizzz... Miss Withers trouvait enfin, non pas son sens mais le lieu de son ancrage dans mon corps érotique.

La chère vieille demoiselle, que j'ai bien connue par la suite, aurait sans doute été épouvantée si elle avait pu se douter que l'amitié que j'avais pour elle, et qui passait par l'amour de son nom, trouvait sa source dans l'érotisme urétral du petit garçon de deux ou trois ans encore bien vivace en moi, induit à l'origine par le doux sifflement de ma mère dans mon oreille pour me faire pisser.

Cette histoire que je me plais à raconter, et qui n'est rien de plus qu'une jolie anecdote psychanalytique, possède un certain nombre d'implications fort importantes en ce qui concerne ce sujet qui est aujourd'hui le nôtre : celui des lieux de l'écoute.

L'ÉLANGAGE ET LE LANGAGE SIGNIFIANT

Le langage dont nous nous servons pour parler possède deux niveaux d'articulation (15). À un premier niveau on trouve de petites unités : les phonèmes qui s'unissent entre eux pour former des mots (ou monèmes comme on dit en linguistique). Ainsi /p/ - /a/ donneront redoublés dans l'ordre où je les ai introduits : papa. À un second niveau les mots (ou monèmes) se combineront en phrases ou en énoncés. Mais ce langage n'a pas pour seule fonction de signifier ou de transmettre des informations au sujet de choses ou d'événements qui ne sont pas présents au moment de l'énonciation. On peut considérer que "PsssPsss..." est une sorte de mot constitué d'une bilabiale /p/ et d'une sifflante /s/ répétée plusieurs fois, quand bien même ce mot ne posséderait-il pas de sens. Il n'en possède d'ailleurs pas plus ni moins que Miss Withers qui, en tant que nom propre, a peut-être un référent – que je n'ai d'ailleurs connu que bien des années plus tard – mais pas de sens.

Sans doute le "PsssPsss", communiquait-il quelque chose à l'enfant que j'étais, mais sur un mode très particulier puisque cette communication n'était pas destinée à me faire comprendre au niveau de mes représentations conscientes le désir de ma mère, à savoir que je pisse pour elle, mais bien plutôt à me toucher en un point précis de mon corps, à m'exciter libidinalement au niveau de mon appareil urétral afin que je pisse. C'est donc au niveau de leur fonction performative que ces mots ont une certaine valeur, du fait qu'ils touchaient à quelque chose d'excitable dans mon corps et que cette excitation n'était pas sans effet. Ce corps qui est excitable d'une excitation érotique, je le nomme : le corps érotique. Il est celui-là même dont les amoureux fervents et habiles savent découvrir la cartographie et les points exquis du bout des doigts, du bout des dents, à la pointe de la langue...mais aussi du bout des mots, tant il y a de ces mots qui n'ont pas de sens, comme Miss Withers, mais qui agissent sur nous par leur sifflement, leur murmure, leur roucoulade ou leur dureté voire même leur grincement cruel. Ces mots nous excitent. Ils nous éveillent à l'amour ou à la rage. De ce point de vue le langage n'a pas seulement une fonction signifiante, mais également une fonction érogène totalement étrangère aux représentations, aux significations, aux images, aux référents, etc..., que le langage emporte avec lui. Au niveau de cette fonction il est l'élangage dont je parlais dans l'article que j'ai cité, il est l'érotique du langage et c'est au niveau du corps érotique de l'interlocuteur qu'il se répercute, qu'il se donne à entendre.

L'explication théorique que l'on peut donner de l'élangage est somme toute assez simple. J'y ai fait allusion dans le précédent article et

peut-être n'est-il pas inutile que je la développe ici quelque peu.

La toute première manifestation que présuppose l'apparition du langage est le rythme. Ce sont des rythmes avec leurs constantes et leurs variantes qui déterminent, selon toute vraisemblance, l'espace où – par la suite – se construira le système du langage. C'est pour l'enfant foetal le rythme cardiaque de la mère sur quoi se répercute le sien, calme et régulier au repos mais violent et désordonnée dans le feu des émotions intenses. Mais c'est aussi le rythme des paroles qui voltigent autour du ventre maternel ou plus tard du berceau autour duquel se pressent les fées. Ces rythmes déterminent, par frayage, cette "chora sémiotique" (16), cet espace qui est aussi réceptacle et deviendra la matrice nécessaire à l'acquisition de quelque langage que ce soit.

N'est-il pas d'ailleurs remarquable que les tout premiers signes tracés par l'homme à l'aube de l'humanité, c'est-à-dire au moment où l'hominiens se redresse pour se tenir vertical, libérant ainsi ses mains et le développement de sa boîte crânienne par suite de la modification de l'architecture osseuse, au moment de l'apparition du langage articulé et de l'écriture, n'est-il pas étonnant que les tout premiers signes de cette écriture originelle se présentent comme de petits traits sur des os de poissons, de petits traits dont les espacements variables ne sauraient en fin de compte indiquer qu'une seule chose : un rythme et ses variations :

// // //// //// // etc... (17)

N'est-il pas étonnant qu'aux plus extrêmes limites de l'autisme et du retrait catatonique, l'ultime signe qui peut encore permettre une dernière forme d'échange, alors que toute parole et que toute écriture sont abolies, soit encore le rythme ? Rythme d'un tambourin (18) auquel le grand autiste répondra par le rythme parfois imperceptible de son doigt ou le balancement de son corps. Rythme du cœur qui est aussi peut-être ce par quoi s'est établie la communication la plus fondamentale entre Madame Secheyne (19) et Renée, sa jeune patiente schizophrène, lorsque cette dernière est venue mordre dans la petite pomme que cette psychanalyste inspirée avait su lui offrir, au bon moment, posée sur son sein.

C'est sur fond de rythme que l'enfant répètera les sons privilégiés qui lui viennent de la bouche de ceux qui le nourrissent, qui le tiennent et le manipulent. Vers l'âge de huit mois – au temps du babil ou du gazouillis – l'enfant profèrera, articulera et rythmera tous les sons fondamentaux dont on se sert pour parler. Ce sont les phonèmes à l'état natif si je puis m'exprimer ainsi. Ce sont les /m/, les /p/, les /k/, les /g/, les /f/ etc... dont il ne fera pas des mots, pas encore, mais qu'il répètera, en jubilant, pour le seul plaisir de les émettre, pour le

seul plaisir de la jaculation : Kekekeke, gaga-gaga...re-re... etc... et son visage sera rose de bonheur. Puis il perd cette compétence et, pour produire des mots, c'est-à-dire des phonèmes regroupés entre eux selon un certain code (celui de la langue) et à certaines fins (se faire entendre), il lui faudra réapprendre tous ces sons, les uns après les autres, par groupes, dans un ordre bien déterminé et quasi universel et qui, de surcroît, obéit à de strictes lois d'implications. Il les réapprend en cinq étapes successives dont chacune dépend de l'acquisition de l'étape immédiatement antérieure (20).

Ce seront 1) les bilabiales : /m/, /p/, /b/... pour dire "papa" et "maman". Il ne faut pas s'étonner que ce soient là les premiers mots du cher petit, il lui serait impossible d'énoncer autre chose (21).

2) les dentales : /d/, /t/ ...pour dire "dada, dodo, tata, etc..."

3) les occlusives postérieures /les /k/, /g/ ... pour dire "caca, coco..."

4) les sifflantes, les chuintantes et les fricatives : /s/, /ch/, /f/, /v/ ...pour prononcer "Miss Withers..."

5) l'apicale ultime qui vient couronner et clore, véritable clé de voûte, l'édifice phonématique de la langue : le /r/ roulé, comme on le prononce à Montréal et comme on le prononçait en France jusqu'au temps de Napoléon.

Je ne parlerai pas des voyelles car elles demandent moins d'efforts que les consonnes. Elles ne s'articulent pas à proprement parler puisqu'elles ne sont que des modulations du son en fonction de l'ouverture de la bouche.

Remarquons que cet ordre d'acquisition se renverse dans certains types d'aphasie où les sons de la langue parlée disparaissent dans l'ordre inverse de leur acquisition chez l'enfant. Et je pense brusquement à cette patiente que pour Dieu sait quelle raison un médecin zélé avait cru bon d'envoyer au Douglas Hospital, qui était affligée d'une aphasie de cette sorte. Dans un premier temps elle avait perdu progressivement toute possibilité de parler de manière articulée, sans pour autant perdre sa fonction linguistique puisqu'elle pouvait toujours écrire. Lorsqu'elle vint consulter au Douglas, elle commençait à retrouver l'usage de sa parole et elle avait déjà ré-acquis les deux premiers groupes de phonèmes. Je n'oublierai pas de sitôt les efforts jubilatoires de cette femme de cinquante ans qui retrouvait la parole d'un enfant de deux ans et articulait ses dentales nouvellement retrouvées avec une telle force qu'elle en fit voler son dentier au milieu du cercle paralysé de ses "évaluateurs."

On retrouverait ce même ordre dans le retour de la parole chez ces patients que l'on soumet aux cures de Sakel et qui, au moment de leur réveil, ré-apprennent à parler (si je puis dire) dans la demi-heure qui suit.

Mais à y regarder d'un peu plus près, il apparaît que cette remarquable étude de Jakobson, aurait du intéresser le psychanalyste il y a longtemps déjà s'il avait été quelque peu sensible à ce que Fonagy (22) nomme les bases pulsionnelles de la phonation. Ces bases se manifestent par exemple dans le sentiment populaire universellement partagé que le son : /m/ est plus doux que le son /k/, que le son /k/ est plus agressif que le son /l/, que le /r/ roulé est plus viril, etc... et qui fait que tout un chacun possède, plus ou moins consciemment, une sorte de connaissance métaphorique de la langue prise au niveau de sa substance sonore et des rapports qu'elle entretient à ce niveau avec les pulsions.

En effet, si le psychanalyste a plus ou moins abandonné le découpage du développement de la sexualité infantile en stades que l'on pourrait clairement délimiter et définir (comme le faisait Eric Erikson), il n'en reste pas moins que l'on repère tout au long du devenir de la sexualité de l'enfant, des moments d'investissement libidinal intense de telle ou telle zone du corps, du fait que cette zone, à tel moment de son développement, est le lieu d'un échange privilégié avec la mère (23). Échange qui doit assurer sans doute la satisfaction des besoins physiologiques de l'enfant (manger, pisser, etc...) mais qui lui assure en plus, et cet "en-plus" est essentiel, des satisfactions libidinales. Ce n'est évidemment pas parce qu'il a encore faim que l'enfant d'un an suce son pouce, mais parce que ça le fait jouir. Ces zones d'investissement, du fait du code qui préside à l'éducation des tout petits enfants, seront successivement: la bouche (les lèvres et la langue d'abord), puis les dents, ensuite l'anus — c'est toute la période de l'acquisition du contrôle anal-, puis l'appareil urétral (urinaire) pour le contrôle de la miction et enfin l'appareil génital : premières érections du petit d'homme.

Inutile de dire à quel point ces périodes d'investissement et de désinvestissement corrélatif lui-même du réinvestissement d'un autre lieu du corps, le tout dans et par l'interrelation avec les proches sont cruciales dans le devenir de l'enfant. C'est le tout des fonctions affectives et émotionnelles de sa vie d'homme (et j'entends par homme l'élément d'une structure sociale) qui se constituent à ce moment-là.

Mais comment peut-on par ailleurs ne pas se rendre compte de l'importance de la fonction et du champ du langage et de la parole (24) tout au long de ces séries d'investissement? Comment peut-on ne pas voir le lien intime entre la phase d'érotisation dite orale et l'acquisition des bilabiales (/m/, /p/, /b/) dont l'articulation requiert les mêmes mouvements que la succion. Ce n'est pas seulement en suçant son pouce que l'enfant jouit pendant cette période, mais aussi le plus souvent en répétant à satiété: "mama, mama, mama...", grâce à quoi non seulement il jouit, mais aussi, grâce à la réponse de la mère, il commence à apprendre

à se présenter par cette jaculation agréable celle qui, à tel moment de la journée, sera ailleurs, en train de magasiner par exemple. C'est ainsi que s'opère l'accès à la fonction symbolique du langage qui vient en quelque sorte se greffer sur sa fonction première de jouissance corporelle.

Ensuite, les lèvres se désinvestissent au profit des dents dont l'agacement de la croissance commence à se faire sentir. L'enfant mord le sein

"par où coule, en blancheur sibylline, la femme"

(Mallarmé)

C'est alors le temps de l'acquisition de dentales (/d/, /t/...) la langue vient buter sur les alvéoles dentaires qui titillent le petit bout d'homme ou de femme.

Il va falloir être propre, et la mère porte alors son attention sans dégoût vers l'anus de son enfant. C'est la prise de conscience du trou par où le corps ne se remplit plus, mais se vide. Moments difficiles. Terreurs innommables. Premières manifestations de la mort.

"Ce siècle ne comprend plus la poésie fécale, l'intestine malheur de celle, Madame Morte, qui depuis le siècle des siècles sonde sa colonne de morte, sa colonne anale de morte, dans l'excrément d'une survie abolie, cadavre aussi de ses moi abolis, et qui pour le crime de n'avoir pu être, de jamais n'avoir pu être un être, a du tomber pour se sonder mieux-être, dans ce gouffre de la matière immonde et d'ailleurs si gentiment immonde où le cadavre de Madame Morte, de madame utérine fécale, madame anus, gébenne d'excrément par gébenne, dans l'opium de son excrément, fomenté fama, le destin fécal de son âme, dans l'utérus de son propre foyer... Le souffle des ossements a un centre et ce centre est le gouffre Kab-Kab, Kab, le souffle corporel de la merde, qui est l'opium d'éternelle survie." (25)

Qu'y a-t-il dans ce corps, qu'y a-t-il là-dedans? se demande l'enfant angoissé. Il casse tout ce qui a un dedans pour y aller voir et s'apercevoir qu'il y a là toutes sortes de choses. Premiers meurtres. Sévérité des parents: "tu ne casseras point, tu ne tueras point"... "ce que tu as dans ton corps tu dois le contrôler...pour faire plaisir à maman". Merde-mort, mais aussi merde-cadeau. Ambivalence. C'est le temps de l'acquisition des consonnes agressives: (/k/, /g/). Criez 'Kah, Kah...' très fort, et vous verrez qu'il n'y a guère de différence entre les jeux des abdominaux et du diaphragme pour crier "Kah" ou pour déféquer.

Ce sont ensuite les jouissances urinaires. Désinvestissement partiel de l'anus: il est mâté. Investissement de l'urètre et voici que Miss Withers se mêle enfin aux doux sifflements de ma mère: "Psss... Psss..." pour me faire pisser.

Enfin tout finit par converger vers le lieu des érections précoces. La langue s'érige pour rouler les r, plus facilement chez le petit garçon que chez la petite fille (26). C'est ici que leurs routes, jusque-là communes, se séparent; tandis qu'elle s'écarte vers le "continent noir", il roucoule les "r" sous le regard attendri de sa mère pour qui "chante son coq gaulois."

Long et difficile parcours. La peine alterne avec le plaisir tandis que sur le corps de cet étrange animal vertical, se construit pièce à pièce le corps érotique et parlant de l'homme. Parcours collectif. Cette construction ne peut se faire que dans la proximité attentive de l'autre (le père, la mère, les frères et soeurs...le social, quoi!). Attentive signifie qu'ils savent laisser résonner dans leur corps, comme en écho, ce qui se joue dans le corps de l'enfant. Que la mère défaille de dégoût devant les jouissances orales goumandes et cannibalesques de son enfant ou bien encore devant sa merde, et son dégoût se gravera à jamais dans le devenir structural de l'enfant: il sera l'objet du dégoût de sa mère, il sera une merde, il sera névrosé obsessionnel. Il portera en lui ce dégoût comme une blessure constitutive de son être, comme un conflit qui réapparaîtra chez l'adulte sous le nom de névrose, de psychose ou de perversion selon le point du devenir où quelque chose aura fait noeud sur un mode conflictuel.

LE REFOULEMENT, L'INCONSCIENT, LE TRANSFERT.

Dans le devenir dont nous venons d'esquisser le parcours sur le corps de l'enfant, nous avons souligné la triade: investissement, désinvestissement et réinvestissement avec déplacement, nous ne saurions par ailleurs assez insister sur l'importance de la présence de ceux qui entourent l'enfant dans le fonctionnement structurant de cette triade. Car c'est bel et bien, qu'on le déplore ou qu'on s'en félicite, au désir de la mère manifesté à l'enfant par l'offrande de son sein gorgé de lait certes, mais prêt au plaisir d'être sucé, que l'enfant répond par l'investissement libidinal de sa bouche et que son désir à lui peut être reconnu et défini comme désir de l'Autre (27). Ne serait-ce que parce qu'il se regarde en train de têter-jouir sur le visage extasié de la mère (28).

La clinique psychanalytique nous montre assez le lien entre telle efflorescence symptomatique de type névrotique voire même psychotique - et je pense ici à certaines formes létales d'anorexie mentale - et l'impossibilité de telle mère névrotique de vivre dans la relation à son enfant la dialectique du désir qui se joue au lieu de la jonction de la bouche et du sein, au point que par exemple son lait se tarira ou qu'il sera mauvais, à moins qu'en donnant le sein à l'enfant elle ne l'étouffe en le lui enfonçant à moitié dans la gorge ou encore lui complique le travail en ne cessant de lui retirer le mamelon de la bouche... toutes attitudes induites par sa culpabilité et le refoulement de ses propres pulsions libidinales et de leurs représentants, dans le même temps d'ailleurs que l'enfant ne pourra lire sur le visage fermé de sa mère que le dégoût et l'angoisse qu'il lui inspire. Qu'on ne me demande pas ce qui se passe lorsque l'enfant est nourri au biberon, pour l'enfant le sein ou le biberon c'est du pareil au même, tant ce qui compte c'est la relation désirante qui s'installe entre la mère et l'enfant par sein et/ou biberon interposé. C'est ce qu'il lit de plaisir et de désir sur le visage de la mère en reflet de son propre désir qui importe.

Mais dans le même temps qu'intriqués l'un dans l'autre le monde pulsionnel et le langage de l'enfant se structurent dans le contexte dialectique du désir qui circule entre les autres et l'enfant, vont intervenir, à chaque désinvestissement maternel, des processus de refoulement. Refoulement de tout ce qui peut représenter (ce sont les représentants-représentation) (29) telle ère pulsionnelle sur le point de perdre l'intensité de ses investissements. Ce refoulement est mis en jeu par toutes sortes de menaces et d'interdits explicites ou implicites qui viennent mettre fin à une période de permissivité, d'acceptation et de gratification. Ces formes négatives sont subsumées sous le terme de "menace de castration" et, là encore, c'est en fonction de l'équilibre entre les gratifications d'une part, les frustrations (angoisse de castration) par quoi le social impose à l'enfant (par le biais des parents) ses règles et ses lois de l'autre, et enfin la relance dialectique du désir, que dépendra la nature de la structuration du sujet.

Le refoulement n'est pas effacement, bien au contraire, il est abandon apparent et recouvrement de ce qui reste de ces époques archaïques de la vie infantile sous les espèces de l'inconscient. Un inconscient dont on comprendra peut-être qu'il ne peut être que structuré comme un langage (30). Un inconscient qui s'élabore sous une forme multiple (31): l'inconscient libidinal (les époques lointaines de la naissance au désir) et l'inconscient politique (32) (le lieu de l'inscription originelle des lois fondamentales du social et de ses contradictions: le tabou de l'inceste par exemple). L'inconscient est, dans ce sens, le principe fondamental de notre structure d'homme et de notre désir.

Mais aussi bien que les restes, ce sont aussi les avatars, les distorsions voire même les trous, les manques de la structuration première de l'enfant qui se trouvent refoulés et qui, de l'inconscient où ils fonctionnent sous la forme de complexes conflictuels, vont menacer plus ou moins gravement l'équilibre interrelationnel de l'adulte, s'y manifester sous les espèces de symptômes dont la diversité n'a d'égale que la diversité des représentations symboliques que permettent les divers niveaux de fonctionnement du langage. Qu'il soit langage du corps - et ce seront les symptômes de conversion - ou langage proprement symbolique - et ce seront toutes les perturbations qui affectent l'exercice de la parole (verbale, gestuelle, graphique etc...) tout autant que celui de la pensée (je pense ici aux études pionnières de Sullivan qui, le premier aux États-Unis a introduit le terme de "pensée schizophrénique"). Je ne peux évidemment pas omettre de faire mention ici, en passant, du travail de Madame Gisela Pankow qui, mieux que quiconque en Europe, a étudié avec la plus grande pénétration la question des rapports du corps au symbolique dans les psychoses (33).

Bien entendu nous devons à Freud, et à la psychanalyse, de nous avoir ouvert les voies qui peuvent nous mener théoriquement et pratiquement au démasquage de l'inconscient dans la dimension de cette relation très particulière qu'on nomme le transfert. Il convient d'insister sur le fait qu'un tel démasquage, qui est la seule technique par quoi un sujet peut rejoindre dans le registre de l'inconscient les noyaux complexes de sa névrose ou de sa psychose, ne peut et ne saurait se faire que dans le transfert. Cette exigence maintient ce qui fait la spécificité tant de l'inconscient que de la relation analytique. Mais elle comporte un certain nombre d'implications dont on ne saurait faire fi, qui nous ramèneront directement à notre propos du début et qui soulèvent des problèmes considérables lorsqu'on aborde la question de l'inconscient dans un contexte psychiatrique et institutionnel.

Lorsqu'on pose que c'est dans le transfert que doit s'opérer le démasquage de l'inconscient, on ne pose pas tant un fait, hélas, qu'une loi qui, comme telle, peut être transgressée et ne l'est que trop souvent lorsque les thérapeutes feignent d'ignorer qu'ils constituent l'autre pôle du transfert et que, ce faisant, ils sont dans une relation à l'analysant qui est tout ce qu'on voudra qu'elle soit, sauf objective, et qui ne saurait l'être sauf à s'opposer à l'établissement du transfert en constituant une résistance massive à l'analyse. Disons-le sans détour, un psychanalyste objectif n'est pas psychanalyste. L'objectivité est un concept absolument hétérogène à la psychanalyse de Freud. Ceci constitue l'un des points par lequel la psychanalyse se situe dans un rapport de totale hétérogénéité à la médecine. On n'observe pas l'inconscient d'autrui. L'inconscient s'élabore dans et par le transfert.

– Qu'est-ce que le transfert ? Le transfert c'est la mise en acte de l'inconscient.

Qu'est-ce que cela veut dire ?

Nous avons vu que c'est dans l'inter-relation à la mère, et en réponse à son désir que se structure, que s'organise le monde désirant de l'enfant et l'on a vu l'importance fondamentale du langage et de la parole dans la dialectique de ce désir. En d'autres termes, c'est du désir de l'autre que se définit le désir de l'enfant, de même que c'est de l'autre qu'il reçoit ce langage qu'il lui retournera et par quoi il lui renverra sous une forme inversée sa réponse désirante (à lui l'enfant) à son désir (à elle la mère ou à lui le père, disons à l'autre).

Ce que l'on peut repérer, c'est que le sujet qui est le sujet du désir, le sujet de l'inconscient, ne se structure que par rapport à un autre (le père ou la mère, peu importe pour l'instant), en d'autres termes, il ne se structure que par rapport à un Autre lieu, que par rapport à l'Autre.

Ce que la psychanalyse nous montre, depuis assez longtemps tout de même pour qu'on commence à en tenir compte, c'est que ce sujet désirant dont le désir est désir de l'Autre, n'est pas le même que celui qui va se manifester et se reconnaître dans les gestes du refoulement accompli : le moi. Le moi qui se structure aux dépens du refoulement du sujet désirant, qui se structure dans le registre de la claire conscience, c'est-à-dire de l'oubli et de la méconnaissance de cet autre qu'il a été et dont il ne reste de traces que dans l'inconscient, par delà le refoulement, sur l'autre scène (34).

Ce que la psychanalyse nous montre, et c'est le deuxième point par quoi elle diffère absolument tant de la médecine (psychiatrie) que de la psychologie (essentiellement le behaviorisme), c'est que l'homme est fondamentalement clivé entre un sujet désirant refoulé du côté de l'inconscient et un moi conscient qui assume, sans nécessairement le savoir, le refoulement du fait de son identification en miroir aux agents sociaux du refoulement qui sont les modèles identificatoires de son histoire (le père, la mère, X ou Y, en tant qu'agents entre le social et l'enfant).

Je ne veux pas entrer plus avant dans ces aspects théoriques qui entraîneraient de trop longs développements. Ce que je vise en introduisant ces ébauches théoriques, c'est tout simplement à bien souligner ce qu'il en est du transfert et de la position du thérapeute par rapport à l'analysant (qu'il soit névrotique, psychotique ou pervers, peu importe pour l'instant) dans le transfert.

Lorsque nous disons que le transfert est la mise en acte de l'inconscient, cela signifie pour le thérapeute qu'il se place en position d'être

pour l'analysant, le support, l'écran, sur lequel et par rapport auquel le sujet de l'inconscient pourra se manifester au fur et à mesure que la barrière du refoulement sera levée, mais en tant que sa structure est fonction du désir d'un autre, et en tant que ce n'est pas en soi que cet inconscient se manifeste mais par rapport à cet Autre lieu dont le thérapeute se fait le support/et ce, au niveau de son propre corps, de son propre rapport à l'inconscient. Si ce qui est réactivé dans le transfert est de l'ordre, par exemple, de ce qui s'est joué dans la relation mère-enfant au moment de la phase orale, il importe que le thérapeute (quel que soit son sexe) puisse laisser se réactiver en lui ce qu'il en a été pour lui de cette époque de son devenir. Telle est la condition de l'écoute. Ce qu'il doit repérer - avec discernement plutôt qu'objectivement - c'est ce qui relève de sa propre fantasmatisation dans ce type de transfert en tant que, comme pour l'analysant mais en sens inverse, ce qui se révèle à lui comme de son inconscient lui vient de l'autre (c'est-à-dire de l'analysant) et qu'il doit y démêler afin de la mettre de côté sa propre part avant de renvoyer à l'analysant le reflet de ce qui le concerne. Sans doute a-t-il comme seul indice - et ce n'est pas rien - le fait que dans sa propre analyse, il est sensé avoir analysé ce qu'il en est de ses structures inconscientes et de ce qui fonde son désir. Mais si, comme la mère névrotique dont je parlais précédemment, tel aspect de son oralité n'a pas été analysé à cause de résistances trop fortes liées à ses propres complexes, à sa propre culpabilité inconsciente (ou encore à celles de son analyste à lui), il réactivera en miroir avec l'analysant la relation pathogène que tous deux ont connu et l'analyse se soldera par une impasse sans issue, chacun renvoyant à l'autre l'image de son échec, de son aliénation.

En d'autres termes, l'abord de l'inconscient d'un "patient", en tant qu'il est la condition de l'analyse des troubles psychotiques, névrotiques ou pervers dont il est affligé, présuppose la possibilité de mise en place d'une relation transférentielle dans le sens que nous venons d'indiquer. Il présuppose donc une familiarité de l'instance thérapeutique avec son propre inconscient, en tant que l'inconscient, il ne faut jamais l'oublier, c'est le refoulé, et c'est ce qui se manifeste et ne se donne à entendre que par rapport à l'autre, dans un décentrement essentiel et fondamental du sujet.

POUR UNE CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE DES PSYCHOSES

Comment ce que nous venons de dire s'applique-t-il aux psychoses, et dans quelle mesure, voire à quelles conditions, l'écoute est-elle possible dans le contexte institutionnel où se fait habituellement la rencontre avec le psychotique ?

Nous ne soulignerons jamais assez à quel point le succès d'une thérapie psychanalytique des psychoses est lié à un certain nombre de postulats, ni à quel point il importe que la position du thérapeute qui

entend répondre à l'interpellation psychotique soit dépourvue de toute ambiguïté. On a trop vu, dans les centres psychiatriques sous couvert de la recherche, de ces thérapeutes ambigus qui, sans même avoir été analysés, pratiquent avec des patients psychotiques et leur "réseau" un peu d'analyse mêlée à un peu de cri primal assaisonné à un peu de Gestalt et d'approche corporelle pour finalement se rabattre au moment de leur échec où lorsqu'ils atteignent leur seuil d'angoisse tolérable, sur des doses massives de médicaments ou une extravagante série d'électro-chocs, pour ne pas attribuer à cette ambiguïté même la responsabilité de l'échec de ces thérapies. Je le répète, et c'est aussi valable pour moi, c'est toujours de la résistance de l'analyste que surgit l'obstacle à la thérapie. Ce n'est pas le patient qui résiste, ce n'est jamais le patient; ce qui fait échouer l'analyse ce n'est rien d'autre que la résistance du thérapeute. Et évidemment ceci est d'autant plus vrai que le thérapeute est moins analysé et qu'il n'a de l'inconscient qu'une expérience insuffisante voire même intellectuelle (35).

Lorsqu'il a lui-même entrepris un travail d'analyse de longue durée qui l'a mené jusqu'au noyau psychotique de sa propre personnalité, le psychanalyste sait d'expérience au sujet de la folie un certain nombre de choses qu'aucune des prétentions médicales de la psychiatrie ne parviendra à réduire.

1) il sait que la folie n'est pas une maladie au sens médical du terme, c'est-à-dire la résultante d'un dysfonctionnement neuro-hormonal, voire même d'une toxine. Je ne parle pas, tout de même de cette nouvelle étiologie des psychoses que l'on doit à un psychiatre californien qui attribue la dépression à la cuisine chinoise en raison de sa teneur élevée en glutamate de sodium (36). La folie n'est pas l'effet d'une cause spécifique repérable au sein d'un organisme qui serait défini à partir d'un soi-disant état de santé. Je laisse évidemment hors du champ de la folie de véritables maladies comme la paralysie générale dont on peut dire que la découverte de l'étiologie fut, dans le même temps, un grand triomphe de la psychiatrie et un grand désastre pour la psychiatrie puisqu'elle a donné à croire à maints chercheurs que l'ensemble des maladies mentales pouvait s'envisager à partir du modèle de la P.G.

Ce dernier point peut être démontré par l'échec total de la psychiatrie médicale à guérir statistiquement ce qu'elle persiste à appeler "maladie mentale". En effet, l'ensemble des statistiques publiées pendant ces dix dernières années tant aux Etats-Unis qu'au Canada, montre que le pourcentage global de "guérison" des "maladies mentales" dont la cause n'est pas évidemment organique, n'est nullement supérieur au taux de rémission spontanée de ces mêmes "maladies".

2) Les statistiques montrent que le formidable développement des techniques médicales et behaviorales de la psychiatrie n'a absolument

rien changé quant au taux d'accroissement constant du pourcentage de "malades mentaux" au sein de la population. Et c'est à juste titre que le ministre Lazure pouvait estimer, au cours d'une émission télévisée sur les psychothérapies parallèles, tout en se frottant les mains, à 25% de la population, le pourcentage de ceux qui, tôt ou tard, auraient recours d'une manière ou d'une autre à une aide psychologique. On voit que les "psy-" de tous ordres n'ont pas de soucis à se faire et qu'ils ne sont pas prêts de manquer de matière première, puisque, selon certains, le problème n'est même plus de remplir les hôpitaux psychiatriques, mais d'empêcher les gens de s'y faire admettre. Comme on dit en France: "n'en jetez plus la cour est pleine!"

3) On ignore jusqu'à présent l'étendue des dégâts irrémédiables — les maladies iatrogènes, de vraies maladies celles-là! — causés, tant par la psycho-chirurgie (en pleine renaissance) et les chimiothérapies (merci Dr. Lehman!) que par l'électrothérapie et les techniques de conditionnement, mais si l'on peut en juger par la masse écrasante des témoignages réunis par des organismes comme la "New York Civil Liberties Union" dans le cadre du "Civil Liberties and Mental Illness Litigation Project" aux Etats-Unis, ou la Société des Droits de l'Homme, voire même la C.S.N. au Canada, on ne peut être que profondément bouleversé par l'immensité et l'étendue des dégâts occasionnés par ce qui apparaît de plus en plus, et aux yeux mêmes de certains psychiatres, comme "une erreur, une erreur colossale, mais une erreur tout de même", je veux parler de l'approche médicale de la folie. Il s'agit là de quelque chose que la sectorisation a rendu manifeste dès qu'on a vu croître de façon prodigieuse le taux des réhospitalisations.

Qu'on fasse bien attention! je ne prétends pas, pas plus d'ailleurs que ceux qui, comme Bruce Ennis (37), Yvan Illich (38), Thomas Szasz (39) et d'innombrables travailleurs de la santé qu'ils soient psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux ou infirmiers, que ces techniques médicales sont sans effets. Mais il me semble qu'on peut d'ores et déjà affirmer — preuves en main — qu'elles sont sans aucun effet thérapeutique sur la folie lorsqu'on considère celle-ci au niveau global et social de ses manifestations. C'est que sans doute leur finalité n'est pas thérapeutique. Cette affirmation qui me vaudra sans doute le mépris de bien des psychiatres vaut à un niveau statistique, elle peut ne pas avoir de valeur au niveau individuel (40).

4) La folie est un effet de l'inconscient. A ce titre elle concerne tout le monde et tout le monde est concerné par elle. Sa résolution ne dépend que de la possibilité du démasquage de l'inconscient et des mécanismes infiniment complexes qui s'y rattachent. La psychanalyse est la "science (41) de l'inconscient" et, à date, elle a constitué la référence principale de toutes les recherches pour lesquelles l'inconscient n'est pas seulement une hypothèse vague et fumeuse. L'accès à l'inconscient

ne peut se faire que dans un mode relationnel spécifique: le transfert et, pour cette raison, ce mode de connaissance particulier mis en place autour du concept d'inconscient et de la relation transférentielle, qui est une relation inter-subjective complexe, est totalement hétérogène au mode de connaissance médical (42) (sa théorie, ses méthodes et ses pratiques puisque celles-ci sont centrées sur l'objectivité et l'idée de normalité). C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons considérer qu'avec le plus grand mépris l'attitude médicale, lorsqu'un appareil médical est au pouvoir, lorsqu'elle condamne la recherche psychanalytique parce que sa méthodologie n'est pas conforme aux exigences méthodologiques propres à la médecine, comme si ces exigences avaient une valeur scientifique universelle. Autant exiger d'un ingénieur des ponts et chaussées qu'il utilise la méthodologie linguistique pour construire un pont sous le prétexte que ce serait un linguiste qui serait en position de pouvoir dans ce domaine. C'est que l'ordre médical ne voit pas, et peut-être ce que dans la plupart des cas il ne peut pas voir du fait de sa formation et de la puissance d'aveuglement de son idéologie qui lui cache la réalité concrète de ses intérêts et de sa fonction sociale, c'est que la psychanalyse est un mode de connaissance qui est aussi étranger au mode de connaissance objectif et positiviste de la médecine que la physique de N. Bohr l'est de celle de Newton. La lutte à ce niveau n'est pas une lutte pour le savoir, l'enjeu n'est pas la vérité scientifique versus l'imposture, la lutte n'est plus qu'une lutte de pouvoir et pour le pouvoir. Et c'est précisément très rapidement ce à quoi l'on parvient lorsque dans une même institution se côtoient une clinique psychanalytique et une clinique médicale psychiatrique (et/ou behaviorale) des psychoses.

C'est ce que je veux essayer de montrer et d'analyser à l'aide de quelques exemples cliniques.

J'ai indiqué très succinctement comment, dans le développement de l'enfant, se structure l'inconscient en tant que lieu des représentants pulsionnels refoulés, et j'ai pointé du doigt comment pouvaient se constituer, dans l'inter-relation à l'Autre où l'enfant naît au désir en structurant son monde pulsionnel et cognitif, des noeuds, des structurations défectueuses qui se répercuteront dans la vie ultérieure sous les diverses formes symptomales que nous connaissons (névrose, psychose et perversion) et qui dépendent du moment du développement libidinal de l'enfant où quelque chose a cloché dans sa relation structurante à l'autre. C'est ce qui peut faire affirmer à Frieda Fromm-Reichmann (42) par exemple, que la différence entre le sujet psychotique, le sujet névrosé et le sujet soit-disant sain, n'est pas d'essence mais d'intensité.

C'est à un moment très précoce de ce développement que la psychanalyse a repéré ce autour de quoi la psychose se constitue dans la relation mère/enfant. Autour d'un mécanisme que la psychanalyse a épinglé du terme de forclusion (*Verwerfung* chez Freud) (43)

La forclusion c'est, si l'on veut, le refus de l'enfant d'accepter (au niveau d'une affirmation primaire, en allemand une *Bejahung*) la coupure de la relation symbiotique (44) à ce qui l'entoure, ainsi que l'instauration, pour que cette coupure entre lui et l'autre prenne effet, d'une relation à l'autre par le biais du langage qui, à sa fonction érotique et performative première (le "PsssPsss" qui agit sur le corps de l'autre), voit s'ajouter normalement une fonction symbolique où les mots ne sont plus conçus comme facteurs d'action directe sur un autre à peine différencié, mais comme facteurs d'une représentation pour l'autre d'un tiers terme absent (45).

C'est le défaut de cette triangulation (46) entre l'un et l'autre par le biais du mot, triangulation qui constitue le facteur primordial de l'individuation, que l'on nomme forclusion et qui aura pour effet le développement d'un processus psychotique de rapport au monde. En voici un exemple.

MICHEL, L'ENFANT-GRUE

Michel est un enfant-grue.

Il ne parle que d'une seule chose: des grues. Il ne sait dessiner qu'une seule chose, mais avec la précision d'un dessinateur industriel: des grues.

Sa véritable parole, c'est d'imiter à tous les niveaux sémiotiques possibles (la voix, le geste, les bruits tout autant que le langage verbal) une seule chose: des grues.

Seules les grues le fascinent, l'émeuvent ou le terrifient pour des raisons mystérieuses.

Seules les grues pouvaient amener sur ses lèvres l'ombre d'un sourire ou faire frissonner son corps.

Michel a une mère, une pauvre, complètement perdue dans une vie et dans un monde qu'elle n'a jamais compris. À l'âge de seize ans, elle a été violée par un vieux robinet. Michel est l'enfant de ce viol.

Lorsque Michel était encore un bébé, sa mère s'asseyait parfois auprès de la paillassse qui lui servait de berceau, paralysée par la tristesse "parce que, expliquait-elle, Michel ne lui parlait pas". Elle restait assise des heures entières, silencieuse, dans l'attente qu'un mot sorte de la bouche minuscule et lorsqu'elle se penchait vers lui, froide, angoissée et muette, elle ne lui présentait que le miroir de marbre de son visage - un miroir dans lequel Michel ne pouvait se reconnaître que comme s'il avait été de pierre.

Elle ignorait ce qu'était ou pouvait être un enfant, quels en étaient les attentes et les besoins. Elle ne savait ni le tenir, ni le manipuler ni même lui présenter toutes sortes d'objets. Elle ne savait que faire de lui ou avec lui. "Je n'ai jamais pu lui apprendre quoi que ce soit disait-elle, pas même la propreté, et pourtant, j'ai essayé!"

- "Et comment avez-vous essayé?" lui demandais-je.

- "Ben, à chaque fois qu'il faisait dans son lit, je lui mettais le nez dedans et lui donnais une tape sur les fesses". Elle remarqua sans doute ma stupéfaction puisqu'elle ajouta précipitamment: "je ne comprends pas pourquoi ça n'a pas marché avec lui, même les chats comprennent cela!"

A travers la croisée sans rideaux près de son lit, Michel bébé pouvait voir les grues d'un chantier voisin à journée longue.

Il les voyait lui faire des signes de leurs longs bras métalliques. Il les entendait lui parler, car elles n'attendaient pas qu'il leur parle le premier. Elles "parlaient" en mélangeant des grincements, des grondements, des bourdonnements et des ronflements avec des ordres criés par des hommes invisibles: "plus haut!", "à gauche!", "à droite!", "Pousse sacrament, Pousse!", etc...

Chaque matin, Michel attendait le réveil des grues, il attendait qu'elles lui parlent.

C'est le seul langage que Michel ait appris, et la fenêtre fut l'unique miroir dans lequel Michel a pu lire les signes vivants de ce qu'il était et auxquels il put s'identifier.

Seules les grues ont répondu à ses pulsions sémiotiques. C'est ainsi qu'elles firent de lui leur enfant.

Bien des années plus tard, j'étais assis dans le bureau que j'occupais dans l'institution où j'ai rencontré Michel. J'entendis soudain, venant de l'extérieur, un grand fracas métallique et toutes sortes de bruits et de voix qui criaient: "Plus haut!", "à gauche"!, "à droite!"...

Je regardai par la fenêtre d'où pouvait venir ce bruit et, dans le parc désert, je ne vis qu'un grand garçon qui déplaçait les madriers d'un gros tas de bois, avec les gestes mécaniques d'une grue. C'était Michel, il avait alors dix-sept ans.

Michel était à cette époque un adolescent-grue très développé. Certes il avait assimilé quelques lambeaux de langage symbolique, mais c'est en tant que "grue" qu'il établissait avec son entourage des relations d'une grande complexité et d'une grande diversité, alors que comme être humain, de lui à l'autre, du "moi" au "tu", ses contacts étaient très pauvres, très fugaces et essentiellement fusionnels, ce qui contrastait

étrangement avec la complexité de ses branchements machiniques.

Comment ne pas voir que ce qui n'a pas fonctionné, c'est ce temps essentiel où la mère introduit entre elle et l'enfant, afin de rompre le rapport symbiotique qui les unit, un tiers terme: le mot, le langage dans sa fonction de symbolisation.

Comment ne pas voir que, du fait des carences sociales graves qui avaient marqué sa mère, Michel en était resté au premier temps de son identification, celui de l'identification à des grues puisque seules des grues l'avaient touché de leur langage et que Michel n'a acquis du langage que cette seule fonction de toucher par quoi passe également la relation symbiotique. En effet, et je m'adresse à toi, lecteur, qui m'a suivi jusqu'ici, mon langage n'évoque pas, ne représente pas seulement un tiers terme qui est ce dont je voudrais te parler. Il touche directement à ton corps car, sans que tu le saches, lorsque tu me lis, ton système neuro-musculaire amorce les investissements nerveux nécessaires pour que tu parles, ou du moins que tu amorces la profération de ce que tu es en train de lire. Et je gagerais presque qu'en multipliant dans mon écrit les sifflantes, les chuintantes et les fricatives en te parlant de Miss Withers, j'arriverais bien à te donner envie de pisser, si cet aspect de ton monde pulsionnel n'est pas trop fortement refoulé dans ton inconscient.

Oui ? Non ?

Je te dirai tout de même encore ceci: c'est que si tu n'as jamais ressenti résonner dans ton corps - dans ton corps érotique - la matérialité de la parole de l'autre, si tu n'as pas senti sous la surface paisible de ta conscience de toi et de ton érotisme, un monde pulsionnel obscur secouer ses chaînes avec rage, passion et désespoir, il vaut mieux que tu te détournes des fous. Occupe-toi d'autre chose! Cultive ton jardin! car ce n'est pas eux que tu menaces par l'oubli de ton inconscient, mais toi-même, et ce n'est pas sans danger qu'on soulève le voile qui masque l'inconscient.

Le suicide fréquent dans le monde des travailleurs de la santé mentale, quelle qu'en soit la forme: (crise cardiaque, effondrement dépressif, hémi- ou paraplégie, suicide par auto-destruction volontaire etc...), en témoigne abondamment.

Je ne parlerai pas ici de l'abord psychanalytique individuel des psychoses, d'une part parce que cela n'éclairerait pas notre propos, d'autre part parce qu'il est rare que des psychanalystes prennent des psychotiques en analyse en bureau privé. Les normes du confort bourgeois qui prévalent pour la plupart des psychanalystes et les milieux qu'ils fréquentent, leur interdit de prendre le risque de les recevoir chez eux.

En fait, c'est en milieu institutionnel que la question se pose de savoir à quelles conditions la psychanalyse des psychoses serait possible. Je ne parle pas des institutions psychanalytiques pour psychotiques, je n'en connais que deux qui fonctionnent comme telles en Amérique du Nord: Chestnut Lodge et Austin Riggs, et il ne me semble pas que l'on puisse parler de prise en charge psychanalytique dans les départements de psychiatrie où l'on trouve effectivement quelques psychanalystes (Notre-Dame, Louis-H. Lafontaine, Albert-Prévost, etc...) si l'ordre prévalant dans l'organisation du département reste fondamentalement psychiatrique donc médical. Car, je le répète après Freud et tant d'autres, la psychanalyse comme science et comme pratique n'a rien de commun avec la médecine psychiatrique et ses disciplines auxiliaires quand bien même voudrait-elle donner l'illusion de sa modernisation en prétendant conjoindre, on ne sait trop comment, le biologique, le psychologique et le sociologique dans une approche globale dont le promoteur ne manque tout de même pas d'indiquer discrètement qu'une telle approche doit rester sous le contrôle médical, en tant qu'il reviendrait nécessairement à un médecin psychiatre de la coordonner (terme moderne pour contrôler). On préfère à tout prendre la franchise cynique du directeur par interim dont je parlais au début de ce texte, qui rappelait à l'ensemble des paramédicaux après la liquidation de l'analyse institutionnelle au C.P.C., que ceux qui n'étaient pas d'accord avec la philosophie (un terme moderne pour pouvoir) psychiatrique, pouvaient aller travailler ailleurs que dans un hôpital psychiatrique. Ce n'est pas, on le voit, sous le signe de la mise en commun que l'ordre médical envisage le communautaire.

NOTES

Les notes qui suivent ne sont pas seulement des références bibliographiques, mais aussi des références à d'autres champs théoriques et pratiques, à d'autres recherches dont je n'ai pas voulu surcharger le texte. Elles ont pour objet de montrer la multiplicité des champs de recherche qui se recourent dans le champ de la folie.

1. Ce texte développe une intervention faite dans le cadre du département de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc.
2. Par psychanalyse institutionnelle on peut entendre un certain développement qui se situe dans l'axe de ce qui s'est appelé en France psychothérapie institutionnelle (de 1945 à 1965) puis analyse institutionnelle. Ce travail n'a rien à voir en fin de compte avec le travail de Bion sur les groupes.
3. Cette théorie pose beaucoup de questions car en fait Freud n'a fait que l'esquisser dans l'analyse du Président Schreber (cf. *Cinq Psychanalyses*, P.U.F., Paris). Lacan a consacré un séminaire d'une année à la question des psychoses et l'on en trouve l'essentiel dans "Question préliminaire à tout traitement possible des psychoses" in: *Ecrits*, Seuil, Paris. Du côté Nord-Américain ce sont des auteurs comme Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann et Harold Searles qui ont travaillé dans un sens qui n'est pas toujours étranger au nôtre.

4. La théorie des institutions dérive en partie des travaux de Louis Althusser. Je pense surtout à un texte important: *Idéologies et Appareils idéologiques d'Etat*, in: *Positions*, Editions Sociales, Paris., où Althusser aborde l'étude des Appareils d'Etat et des Appareils Idéologiques d'un Etat d'une manière voisine de celle dont nous analysons les Appareils de Pouvoir.
5. L'"Ego Psychology" est ce qui est né du révisionnisme psychanalytique que l'on doit au trio: Kris, Hartmann et Loewenstein, qui a inspiré toute une génération de psychanalystes américains depuis la dernière guerre mondiale. cf. F. Peraldi: *American Psychoanalysis*, in: *Psychoanalysis, Creativity and Literature*, ed. Alan Roland, Columbia University Press, New York, 1978.
6. C'est Robert Castel qui, dans *Le Psychanalisme*, Maspéro, Paris, a le mieux soulevé ces questions de l'élitisme psychanalytique.
7. C'est le mot que Freud aurait adressé à Jung alors qu'ils arrivaient tous deux à New-York pour y présenter la psychanalyse: "Ils ne se doutent pas que nous leur apportons la peste".
8. On pourra lire dans le numéro 22/23 de la revue *Interprétation* un texte d'Otto Kernberg qui donnera une bonne idée de ce que peut devenir la psychanalyse lorsqu'elle est considérée comme une spécialisation de la psychiatrie.
9. C'est Serge Leclaire qui définit la psychanalyse comme un lieu d'écoute: cf. 'Serge Leclaire: entretien avec F. Peraldi (à paraître).
10. On trouvera dans les numéros 6 et 7 de la revue *Brèches*, intitulés *Appareils de Pouvoir*, et *Appareils de Pouvoir II*, les débuts d'une étude de ces Appareils.
11. En actes, lorsque les équipes commencèrent par exemple à revendiquer le droit à avoir des représentants élus à la base dans les organismes décisionnels.
12. La répression est toujours silencieuse. Son premier geste est de personnaliser les conflits, puis d'entreprendre une sorte de destruction psychologique de ceux qui ont été identifiés comme "ennemis de l'ordre", destruction qui aboutit à leur démission, leur soumission voir même leur suicide...peu importe aux agents de la répression.
13. Il est remarquable de voir d'ailleurs comme les organismes psychiatriques hésitent à congédier quelqu'un de façon officielle. Il faut toujours que l'exercice du pouvoir reste masqué.
14. Lors de la suppression de l'analyse institutionnelle, la haute administration de l'hôpital a rappelé son attachement à l'enseignement et à la philosophie médicale qui prévalent dans cette université, connue comme l'un des hauts lieux de l'anti-psychanalyse.
15. cf. A. Martinet, *Eléments de linguistique générale*, Amand Colin, Paris.
16. Ce terme, tiré du *Timée* de Platon, est emprunté ici dans le sens que lui donne Julia Kristeva, *La révolution du langage poétique*, Seuil, Paris.
17. cf. A. Leroi-Gourhan, *Le geste et la parole*, Albin Michel, Paris.
18. C'est ce que l'on trouve au principe de certaines formes de musico-thérapie.
19. cf. M.A. Sechehaye, *Le journal d'une schizophrène*, P.U.F. Paris.
20. cf. Roman Jakobson, *Aphasies et langage enfantin*, Editions de Minuit, Paris.
21. cf. dans l'ouvrage cité en 20, "Pourquoi papa et maman?"
22. Ivan Fonagy, *Les bases pulsionnelles de la phonation*, in: *Revue Française de Psychanalyse*, P.U.F., Paris, Tmes XXXIV No 1 et XXXV No 4.

23. On trouvera des références théoriques à la sexualité infantile dans les *Trois Essais sur la sexualité*, de Freud, mais aussi à travers toute l'oeuvre de Mélanie Klein et, plus proche de nous de Françoise Dolto: je pense au cas *Dominique*, Seuil, Paris.
24. On reconnaîtra sans doute là le titre d'un des articles les plus célèbres de Jacques Lacan, in: *Ecrits*, Seuil, Paris.
25. Antonin Artaud: *Lettres de Rodez*, in: *Oeuvres Complètes*, Gallimard, Paris, T.IX.
26. C'est en tout cas ce qui résulte des travaux de Laurent Santerre: comment parle-t-on français à Montréal? Communication personnelle de l'auteur.
27. Jacques Lacan: "Le Désir du sujet, c'est le désir de l'Autre".
28. cf. Winnicott: Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, in: *Jeu et Réalité*, Gallimard, Paris. Ce texte est une réflexion à partir du texte de Jacques Lacan: Le stade du miroir, in: *Ecrits*, Seuil, Paris.
29. *Vorstellung-Repraentanz*: telle est la traduction qu'en donne le *Vocabulaire de la Psychanalyse* de Jean-Laplanche et Jean Bertrand Pontalis.
30. Jacques Lacan: "l'inconscient est structuré comme un langage". Formule pivot de l'enseignement lacanien.
31. C'est Pierre-Félix Guattari et Gilles Deleuze qui, dans leur *Anti-Oedipe*, Editions de Minuit, Paris, ont développé cette idée de la pluralité de l'inconscient...
- 32....et en particulier d'un inconscient politique.
33. cf. Gisela Pankow:
 -L'homme et sa psychose, Aubier Flammarion, Paris.
 -Structuré familiale et psychose, Aubier Flammarion, Paris.
34. Terme repris par Jacques Lacan puis Jacques Derrida dans: Freud et la scène de l'écriture, in: *L'écriture et la Différence*, Seuil, Paris. cf. sur le moi, J. Lacan, *Le Séminaire*, Livre II, Seuil, Paris.
35. C'est ce qui apparaît le plus souvent chez de jeunes psychiatres américains qui pensent faire de la psychothérapie analytique parce qu'ils ont suivi un "cours" de psychanalyse sans avoir été eux-mêmes analysés.
36. Il s'agit d'un article récemment paru dans *Le Devoir*, intitulé: La cuisine chinoise rend fou.
37. Bruce Ennis, *Prisoner of Psychiatry*, Harcourt-B race Jovanovich, New York.
38. Ivan Illich, *La némésis médicale*, Seuil, Paris.
39. L'ensemble de l'oeuvre de Thomas Szasz est une critique acerbe et lucide de l'ensemble du système psychiatrique américain.
40. Nous ne méconnaissons pas le fait que n'importe quel type de traitement peut avoir pour résultat de faire sortir un fou de son état de Folie, cela ne permet ni d'affirmer ni d'infirmer quoi que ce soit quant à la validité générale de ce traitement. Par ailleurs il est certain que l'ensemble des médications pour dangereuses qu'elles puissent être ne le sont pas toutes au même titre et que sans certaines drogues il aurait été impossible de communiquer avec tel patient compte tenu de sa violence ou de son retrait autistique.
41. Le mot science est un mot ambigu puisqu'il désigne des discours qui, d'une part, sont très différents les uns des autres sans, d'autre part, indiquer si ces discours ont les mêmes fondements épistémologiques. Ainsi on peut dire de la science médicale dans son ensemble qu'elle repose sur les mêmes fondements épistémologiques que la physique de Newton. Ce en quoi elles diffèrent toutes deux de la psychanalyse d'une part et de la

physique quantique de l'autre qui reposent toutes deux sur un certain nombre de postulats épistémologiques communs complètement différents des premiers. Les univers que régissent ces épistémologies sont en fait complètement hétérogènes.

42. cf. Jean Clavreul, *L'ordre médical*, Seuil, Paris.

43. C'est dans un petit texte de Freud, d'une importance théorique fondamentale: *La dé-négation*, Coq Héron, Paris, que l'on trouvera ce concept essentiel pour la compréhension psychanalytique de l'origine des psychoses d'une part mais aussi des phénomènes qui président à la naissance de la pensée de l'autre.

44. Je pense aux travaux de Margaret Mahler sur cette question.

45. C'est le jeu célèbre du *Fort-da* décrit par Freud dans les *Essais de Psychanalyse*, Payot, Paris, (au début du chapitre 2).

46. Appelons-la l'Oedipe si l'on y tient.

SUMMARY

In this, the first of two articles, the author describes his approach of listening to the psychotic. From personal childhood experience, in this case the character Miss Withers, he explains the concept of significant language and its relation to the erotic body. He then integrates the notions of repression, the unconscious and transference into this perspective. Then he outlines the motives justifying a clinical psychoanalysis of the psychoses concluding that it is within the institutional milieu, that the question concerning the conditions necessary to a psy-