

# Formes de transfert et schizophrénie

C'est un beau livre de psychiatre psychanalyste avec une préface historique de Jean Garrabé et une post-face de Pierre Delion de sorte que l'auteur se trouve doublement parrainé. La notion de schizophrénie est reprise entre l'extension qui en fait l'équivalent de l'ensemble de la psychiatrie des psychoses et la conception restreinte qui en fait la plus grave des variétés de psychoses parmi d'autres - psychose maniaco-dépressive, psychoses passionnelles, paraphrénie. La dissociation qui caractérise la vie psychique du schizophrène peut varier dans le temps et suivant l'environnement et elle peut disparaître.

La première partie traite des formalisations théorico-cliniques de la schizophrénie. Dans le chapitre consacré à Freud et Bleuler, Bleuler accepte l'interprétation freudienne des rêves mais refuse l'étiologie sexuelle des troubles mentaux tandis que Freud fuit les psychotiques. Un résumé pertinent des conceptions de la schizophrénie permet à l'étudiant de retourner vers les principaux auteurs. Un regret : ne pas avoir donné la date de la première édition d'une pensée avant la date de la réédition disponible. C. Chaperot reprend les trois étapes de la nosographie freudienne : l'étape où les psychoses font partie des psychonévroses de défense ; l'étape où elles font partie des névroses narcissiques ; la dernière étape où la P.M.D. (Psychose Maniaco-Dépressive) reste la seule névrose narcissique et où les psychoses sont la paranoïa et la démence précoce. Il y a perte de la réalité extérieure frustrante dans la psychose et apparition du délire comme compensation. Il y a les prémisses chez Freud d'une troisième topique fondée sur le clivage et le déni. C. Chaperot en voit le développement dans la théorie et la méthode de Gisela Pankow aidant à la restructuration de symboles défaits et à la structuration de ceux jamais advenus. Le transfert de travail des héritiers de Freud sur la schizophrénie s'accompagne de théories et de pratiques diverses. Pour Lacan, comme pour Freud, le modèle est la paranoïa à l'inverse de la plupart des autres psychanalystes des psychoses. C. Chaperot conclut « ... la lecture lacanienne du phénomène psychotique est structuraliste,... et la schizophrénie est conçue comme une psychose défectueuse au plan de la spécularité ».

Les procédures thérapeutiques proposées comportent la contention de la jouissance, le poussage à la limite du travail du délire, l'exploration fine des circonstances du déclenchement de la crise psychotique. Federn est le précurseur, il part de l'hypothèse d'un Moi faible qu'il convient de renforcer par des suggestions positives. Rosen travaille en clinique avec des séances longues. Il fait l'hypothèse de la « mère perversie dans ses capacités maternelles ». Il assimile la réalité du schizophrène au cauchemar et tend à analyser directement les symboles présentés par le malade. Sechehaye a mis en œuvre la réalisation symbolique d'une réparation des frustrations et des blessures précoces. Pankow a proposé un abord de la psychose à partir de « la structuration dynamique de l'image du corps ». Aulagnier décrit un processus originaire caractérisé par une représentation pictographique dont le prototype est la zone objet complémentaire bouche-sein. Elle incrimine un travail de psychiatisation maternelle non réalisé que l'analyste est amené à reprendre dans son interprétation du délire. L'école kleinienne est examinée rapidement compte tenu de sa richesse en auteurs (M. Klein, J. Rivière, H. Segal, Rosenfeld, Bion) et en conceptions, la notion fondamentale étant l'identification projective, excessive, pathologique. L'école de *Chestnut Lodge* se constitue à partir de l'enseignement d'Adolf Meyer (avec ses chartes de vie, histoire personnelle et familiale détaillée des patients) et de Harry Stack Sullivan (privilégiant la rencontre et la sympathie), ses chefs de file sont Eva Fromm-Reichmann qui poursuit l'œuvre de Sullivan, puis Harold Searles qui met en avant « l'effort pour rendre fou autrui » et la symbiose thérapeutique. Enfin, P.-C. Racamier a développé un courant de psychothérapie institutionnelle dans le XIII<sup>e</sup> à Paris mettant l'accent sur les réunions et sur la mobilité des soignants et des soignés pour contrôler l'effet

des processus schizophréniques sur ceux qui s'en occupent. Il a développé le concept de paradoxalité schizophrénique.

Le repérage et le maniement des formes de transfert font l'objet de trois chapitres. Le premier distingue une orientation principale de la vie psychique vers la névrose ou la psychose, tout en reconnaissant avec Bion une part psychotique chez les névrosés et la possibilité d'une mutation névrotique chez les psychosés. C. Chaperot va examiner les orientations principales : psychoses en crise aiguë ou gravement chronique ; névroses stables sans expression psychotique parcellaire. L'inconscient du névrosé est fait du refoulement dynamique de désirs incompatibles avec ses idéaux mais qui font partie de son unité subjective. L'inconscient factice du psychosé est fait de persécuteurs internes ressentis comme corps étrangers au sujet. S'agissant du rêve, l'auteur fait une fine description différentielle des rêves où le patient peut exprimer de manière névrotique un désir refoulé, des rêves où il peut exprimer des éléments psycho-tiques clivés enfin des rêves qui sont produits par identification freudo- ou lacano-pathique du sujet pris en charge par un psychanalyste. La conception lacanienne de la mise en place du psychisme est reprise en lien avec les travaux de Maleval sur les psychoses. De fines notations cliniques sont parlantes pour le praticien de la psychothérapie des psychoses.

Un chapitre traite du détournement psychologisant de l'enseignement de Jacques Lacan. Après une évaluation nuancée de l'homme et de l'œuvre, l'auteur en défend les principaux concepts : l'objet « a » défini comme ce que le langage ne peut inclure d'une « jouissance perdue » mythiquement identifiée à celle d'un nourrisson idéalement branché sur la chose maternelle ; le mi-dire, l'algèbre des mathèmes, la topologie mais aussi le style. Lacan a un rapport particulier à la poésie et au surréalisme. Ce chapitre où il y a un exposé condensé de la compréhension de Lacan par l'auteur ne peut se résumer. Il relève le danger d'une dangereuse suffisance, de l'affirmation d'une toute-puissance analytique et d'un récitatif laborieux et scolaire. La forclusion du *Nom du Père* dans la psychose fait l'objet d'une étude critique, la forclusion peut-être partielle et elle peut être relevée même si c'est difficile (Nasio et moi l'avons écrit vers 2000).

Un chapitre étudie *transfert et psychose*. Le transfert imaginaire concerne le transfert sur l'analyste d'images et de personnages de l'enfance du patient, répétant un type relationnel issu de la réalité ou du fantasme. Le « transfert symbolique » en appelle à la construction d'un avoir que l'analyste possède en fin de cure car c'est l'analysé qui le lui a dit. Le « transfert réel » correspond à un mouvement vers cette butée du sens que Freud appelle le « roc de la castration ».

Une partie étudie médiations, structures et formes du transfert schizophrénique. Elle met d'abord l'accent sur « le corps qui parle », la pathologie de l'espace selon J. Oury. Les auteurs actuels sur les bébés sont justement cités. Mais une chronologie fautive ne montre pas que l'œuvre de Dolto (1949) est première sur les images du corps, suivie de Pankow (1957) qui opère une distinction entre deux types de psychoses à partir de troubles différents de la structuration de l'image du corps. L'œuvre originale de P. Aulagnier est mieux placée (1975). La catastrophe schizophrénique s'accompagne du démantèlement de l'image du corps et du langage d'organes. Deux observations cliniques montrent la qualité du travail quotidien de l'auteur. Les patients hallucinés sont invités à écrire leurs hallucinations. Trois cas montrent l'intérêt de ce travail sur le vif de l'hallucinatoire. Rire, humour et mot d'esprit dans le transfert sont mis en valeur. C. Chaperot mettant en cause ses propres moments de folie face à son patient déclenche chez ce dernier un rire libérateur. La question de la télépathie est reprise en montrant sa réalité entre personnes qui se connaissent et sont proches dans l'espace, comme le patient psychotique qui pénètre les pensées de son thérapeute. Les prémisses de la psychothérapie institutionnelle étaient déjà jetés en Allemagne avant la montée de l'horreur nazie. Oui, mais l'auteur manque de préciser qu'il s'agissait davantage d'une perspective « rééducative » que d'une perspective analytique. La particularité de Saint-Alban, animé par Tosquelles, Bonnafé, Chaurand et Balvet à la fin de l'Occupation, c'est un trépied unissant une médecine sérieuse aux

apports du marxisme (aussi du christianisme social) et de la psychanalyse. Ils sont prêts à l'unité d'action avec tous les amis des malades comme en témoigne le travail avec Mme Delaunay pour la fondation de la *Fédération des Sociétés d'Hygiène Mentale de la Croix Marine*. Ceci dit, il est vrai que la déprime des soignants qui s'occupent des grands psychosés peut entraîner des réactions hypomaniaques, que les instances de la psychothérapie institution-nelle peuvent être fétichisées comme toute chose et que « le manque de moyens a souvent été une excuse pour ne pas se mettre au travail ».

L'expérience abbévilloise de l'auteur commence par le constat d'un clivage entre l'intra- et l'extrahospitalier, d'un clivage entre les équipes reproduisant les clivages des patients qu'elles étaient censées soigner. Il prend deux décisions : instaurer une seule réunion chaque matin pour l'intrahospitalier et une réunion hebdomadaire entre intra- et extrahospitalier. La parole des soignants et des soignés est valorisée. Une certaine trans-versalité est installée sans méconnaître les différences de responsabilité, de statut et de salaires. La psychothérapie institutionnelle ne se décrète pas, elle se construit peu à peu en cheminant ensemble tout en respectant le règlement de l'établissement de manière à aménager des relations convenables avec l'administration. La réalisation d'un jardin potager a mis en œuvre les compétences jardinières des soignants et de soignés et permis des repas en commun. La participation à cette activité des patients du CMP avec ceux de l'hôpital réduit le clivage. D'autres activités se sont développées progressivement. Un club thérapeutique est créé sous la forme d'une association loi de 1901 qui ne reçoit pas de subvention de l'hôpital. La conclusion affirme la schizophrénie comme drame de l'expérience humaine dont le soin nécessite souvent le recours au groupe et à l'institution.