

Journées scientifiques à Nant

« Psychose et Trauma : perspectives psychanalytiques »

29 et 30 juin 2007

Préambule et introduction

« Docteur vous ne me comprenez pas, je veux que vous me traitiez comme quelqu'un qui est agressé tous les jours. Vous voulez parler avec moi et me donner des médicaments mais ça ne m'aide pas contre tout ce qui m'agresse. »

Vous l'avez compris, c'est un patient schizophrène qui parle de sa relation à son environnement. Il me dit que mon offre de traitement ne lui sert à rien si elle ne peut répondre à la dimension traumatique de son vécu personnel. Avait-il été traumatisé dans son histoire personnelle ou familiale ? Si oui, comment le prendre en compte dans mon traitement ? Le vécu psychotique est-il en lui-même traumatisant ?

Que peut la perspective psychanalytique sur cette question entre psychose et trauma ?

La psychanalyse donne un point de vue que l'on peut résumer en trois éléments essentiels :

Premièrement, la psychanalyse s'intéresse à **l'un** c'est-à-dire au vécu individuel d'une personne et la psychanalyse se saisit du fil constitué par le subjectif, l'unique,

l'histoire individuelle et le développement psychologique personnel. Ce point de vue qui sera spécialement développé lors de la rencontre de samedi nous apprend tout autant, nous le savons maintenant, que les perspectives globales ou statistiques ou encore sociologiques. Dans la manière moderne de concevoir l'histoire, le point de vue d'un sujet a maintenant autant de poids que l'histoire des rois, des gouvernements ou des sociétés.

En suivant le fil de l'un, nous aurons à comprendre comment, dans une histoire personnelle, s'entremêlent le vécu psychotique et le vécu traumatique. Dans une histoire singulière, un **vécu traumatique** peut **avoir précédé la décompensation psychotique**. L'impensé ou le non symbolisable va se répercuter voire se transmettre à une autre génération pour être figuré finalement dans le cadre d'un vécu psychotique dont il s'agira de décoder le message traumatique passé. Dans une autre histoire, le **vécu psychotique** à l'occasion d'un conflit familial ou à l'adolescence constituera un traumatisme avec autour de lui comme une défense, une petite forteresse comme il s'en crée autour des vécus traumatiques et ce vécu psychotique va demeurer dans la suite de l'histoire de cette personne un lieu d'attraction et de destructivité qui va péjorer sa vie entière.

Un deuxième point de vue psychanalytique que nous espérons utile dans cette question est le point de vue **métapsychologique**. La métapsychologie s'intéresse, comme vous le savez, à décrire l'équilibre interne des différentes instances psychiques qu'on peut décrire mais surtout de nous apprendre quelque chose sur l'économie interne c'est-à-dire les forces et les processus qui vont déterminer le statut et l'évolution des représentations psychiques internes. Cette métapsychologie qui constitue notre fond de commerce théorique est surtout sollicitée sur cette question par le destin des objets internes qui ne peuvent être liés par les processus secondaires et symboliques. **Nos outils métapsychologiques** vont d'abord être ceux qui concernent **le moi**, sa constitution, ses forces de cohésion mais aussi ses blessures, ses trous, son noyau percé. **L'autre registre** théorique cherche à cerner le sujet principal de la psychanalyse contemporaine, **les éléments** qui manquent de

figurabilité dont la représentation par les mots n'est pas assurée et dont le vécu perceptif reste principalement persécutoire.

Le troisième élément de perspective psychanalytique est classiquement la question du **transfert** et du contre-transfert pour le dire simplement l'effet de la relation sur les équipes soignantes au travail avec des patients psychotiques et traumatisés. A ce moment, nous y reviendrons toute à la fin, nous allons j'espère comprendre en quoi ces perspectives psychanalytiques peuvent nous aider au jour le jour dans notre travail. Ce transfert va se présenter sous la forme de caractéristiques assez particulières. Premièrement, par le fait de rencontrer pour le soignant du matériel non symbolisé à l'état brut, on peut dire. Cette rencontre produit un effet traumatique qu'on peut appeler un effet non spécifique pour le soignant ressemblant à celui que rencontre toutes les personnes qui ont à faire avec des situations extrêmes, brutales ou catastrophiques comme les ambulanciers ou les policiers. Autre effet traumatique issu de la rencontre névrose (soignant)/psychose, où le soignant voit chez son patient ce qu'il refoule habituellement comme des désirs vécus (Ansermet et Sorrentino). Mais par ailleurs, la rencontre avec le patient psychotique et le patient traumatisé demande au thérapeute ou mieux à l'équipe soignante d'être ouvert à la relation avec plusieurs états différents de son moi. Le vécu paradoxal voire diffracté du patient se retrouvera dans le vécu de son thérapeute ou de son équipe soignante. Comme nous le savons maintenant, c'est à travers le travail de supervision (La supervision, article D. Söderström) que nous pourrons rassembler ces différents éléments du patient dans un vécu partagé d'abord vécu partagé chez l'équipe soignante. Finalement, ce transfert sera marqué par des sentiments forts chez les thérapeutes entre sentiment de détresse et de toute puissance. Un jour, nous sommes tout ce que le patient nécessite et nous voyons sa détresse et le jour d'après ou l'heure d'après, nous nous heurtons à sa mégalomanie qui nous évince. Dans les deux cas, nous devons nous déprendre de cette relation duelle symbiotique après y être entrés ensemble.

Mais entrons dans le vif du sujet avec un exemple clinique.

Patient qui consulte pour thérapie

Inclusion du trauma

Histoire clinique

C'est un vendredi après-midi avant Noël. Un de mes patients que je traite depuis plusieurs années arrive à ma consultation avec son ordinateur portable et se met à s'installer dans mon bureau s'asseyant par terre pour mettre en marche cette machine. Ce patient est en fin d'études de haut niveau en informatique et travaille actuellement dans un centre international de physique. Il m'explique qu'il souhaite me montrer un enregistrement de ses dernières nuits, enregistrement qu'il a pu faire grâce à son matériel informatique et transférer sur son portable. Il tient surtout à me convaincre de la réalité du bruit qui le réveille périodiquement la nuit en sursaut, bruit qu'il vit comme une menace et dont la forme, la fréquence portent pour ce patient un sens et une intention tout à fait claire de lui nuire. Il faut savoir que la question de ce bruit est un des symptômes les plus importants que nous avons essayé de traiter durant les dernières années, qu'il a occasionné plusieurs déménagement et s'est trouvé être un sujet de discorde entre nous. L'ordinateur s'allume et finalement il arrive à me présenter une image noire où on voit juste une lumière de veille d'un appareil électrique sinon on ne perçoit aucune forme mais on entend le bruit régulier de sa respiration. Malgré ses tentatives qui occupent la moitié de la séance, il n'arrive pas à trouver la séquence qui lui permettrait de me faire entendre ce bruit persécuteur. Finalement, je lui dis que comme il le sait déjà, je n'ai jamais mis en doute l'existence de la perception du bruit en lui-même mais que je sens surtout qu'il est actuellement dans un sentiment de menace et que cette menace pourrait venir soit de l'extérieur soit de l'intérieur de lui-même. Je lui demande ce qui se passe actuellement dans sa vie.

A ce moment de la séance, je suis pris par l'anamnèse tout à fait particulière de ce patient lequel a grandi à l'ombre d'un père grand, autoritaire, adultère – il avait une

maîtresse attirée – qui ne souffrait pas la contradiction et toute la famille, y compris une mère angoissée et effrayée, vivait sous la coupe de cet homme imposant. Un jour, alors que mon patient a une dizaine d'années, le père qui avait une entreprise de bois, sort dans le jardin pour couper un arbre dans la propriété et là l'histoire bascule puisque lors de ce travail, l'arbre finalement tombe sur le père et le tue sur le coup. Cet événement pour le moins traumatique dans la vie de ce patient et de sa famille avait fait l'objet d'une assez longue élaboration lors de ces dernières années en particulier sur l'idée du sentiment culpabilisé de soulagement que la famille avait ressenti au moment de cette mort accidentelle. Il faut finalement savoir qu'après ce décès, la famille va vivre une situation très difficile financièrement et émotionnellement, le patient se retrouvant collé à une mère très anxieuse et débordée par la situation réalité à laquelle elle avait à faire face.

Avec cette anamnèse en tête, je ne peux m'empêcher de penser à la menace du bruit précédant la catastrophe du bruit de l'arbre qui va tomber et de sa fonction de présentation d'une menace de catastrophe pour le psychisme de mon patient. Toutefois, ne pouvant l'utiliser ni comme une métaphore ni comme un symbole je me tais. La suite de la séance est aussi assez édifiante. Mon patient m'explique qu'il a décidé d'arrêter les médicaments qui lui causent un tort qu'il ne comprend pas très bien mais qu'il estime important et qu'il est venu m'en parler. Apprenant cela et ayant vécu de manière intense les débuts de traitement avec ce patient enfermé chez lui, persécuté, menaçant, je suis très rapidement assez énervé et me fâche un peu théâtralement avec lui et je lui dis que je ne le laisserai pas faire, qu'il s'agit d'un risque bien trop important pour sa santé psychique, que sa perspective actuellement est de terminer totalement ses études et d'entrer sur le marché du travail et c'est cette perspective qui doit être la question importante pour lui dans ces prochains mois. Finalement, emporté je lui dis que je ne me laisserai pas faire, je vais appeler l'ensemble de sa famille et bref que ça ne se passera pas comme ça. Malgré mon emportement, je prends conscience sur la fin de la séance, que je suis investi de manière directe d'une position paternelle franche par rapport à ce jeune homme qui fait directement référence à un autre moment de confrontation du même type qui a eu lieu lorsque je lui ai demandé d'arrêter sa consommation de hachisch. Finalement,

il me dit qu'il veut peut-être réfléchir à sa décision et nous prenons rendez-vous pour la prochaine séance. Resté seul après la séance, je me dis : le père est mort au milieu de la séance et puis il est ressuscité à travers moi dans la deuxième partie de cette séance qui aboutit à une confrontation « père-fils » finalement relativement constructive.

Éléments théoriques

Comme vous le savez probablement, la question de la vérité historique et en particulier traumatique qui est incluse dans le délire est une pensée freudienne qu'il a développé à la fin de sa vie en 1937 dans Construction dans l'analyse (p. 279 Résultat Idées probl «II»). Le délire contient un morceau de vérité historique dit-il. Un morceau c'est-à-dire un fragment. Tout se passe comme si la situation traumatique était déconstruite, éclatée, on peut parler d'éclat de réel, les affects et les perceptions sont séparés les uns des autres et lors de la restructuration et de la recomposition du self, celui-ci utilise ces éclats pour en refaire une enveloppe psychique possible pour lui et que nous retrouvons avec des traces d'éléments traumatiques prisonniers du délire. Il s'agit à mon avis d'une forme d'habit psychique incluant dans son patchwork, ces éclats qui renvoient à un élément de vérité historique devenu traumatique.

Freud dans Construction, envisage l'hallucination comme le retour d'un événement sensoriel, antérieur au langage et évoque aussi les blessures narcissiques par atteinte précoce du moi dans « Moïse et le monothéisme » qu'il écrit l'année suivante. Mais c'est surtout Ferenczi notamment dans son journal clinique (1932, Paris, Payot 1985 page 118-121) qui montrera comment certains noyaux traumatiques s'organisent à l'intérieur du psychisme comme **noyau traumatique** ou **noyau psychotique**. *Freud dit de ces noyaux qu'ils sont « en quelque sorte un état dans l'état en partie inaccessible, impropre à la collaboration qui peut cependant réussir à dominer l'autre, ce qu'on appelle le normal et le plier à son service. Si cela se produit, une réalité psychique interne en arrive à prédominer sur la réalité du monde extérieur, le chemin qui mène à la psychose est ouvert. »* Freud et à sa suite

Ferenczi et plus tard Roussillon dans « Agonie, clivage et symbolisation », nous montrent donc un moi qui se trouve débordé par un vécu traumatique qu'il tente de gérer et qui se présente plus tard comme une forme de forteresse du psychisme attirant à elle les forces vives de la personne et notamment de la personnalité non psychotique. Cette forteresse contient parfois juste une perception parfois plus jusqu'à une idée incestuelle (voir psychose et mémoire). En tous les cas, cette forteresse n'a pas de caractère d'élément symbolisable ou nous pourrions dire digérable par le psychisme et reste là comme un espace fermé et stérile. Il engendre pour l'histoire du patient souvent un évitement assez important comme celui par exemple de l'évitement de la réalité ou de la relation sexuelle (voir psychose 1 monographie de la revue française de psychanalyse, janvier 1999, Paris, page 63). Encore dans « Construction dans l'analyse », Freud dit des formations délirantes dans lesquelles nous trouvons si régulièrement incorporées ces hallucinations, ne sont peut-être pas si indépendantes qu'on l'admet généralement de la poussée de l'inconscient vers le haut et du retour du refoulé.

Le travail thérapeutique consisterait alors à « débarrasser le morceau de vérité historique de ses déformations et de ses appuis sur la réalité actuelle et le ramener au point du passé auquel il appartient ». « Nos constructions ne peuvent conduire qu'à remplacer le morceau de réalité qu'on dénie dans le présent par un autre morceau qu'on avait également dénié dans la période d'une enfance reculée ». Dans l'homme Moïse, il dit aussi « la conviction du malade part de cette vérité donc la vérité historique pour passer à son enveloppe de délire ».

Le vécu psychotique comme traumatisme

Histoire clinique

J'essaie de trouver des solutions à l'intérieur de mon corps, j'essaie de trouver des portes de sortie. Vous savez c'est ces mots qui sont de toutes les grandeurs et qui se baladent dans tous les sens à l'intérieur de moi-même. Cette patiente me parle de ce qu'elle vient de vivre lorsqu'elle a été confrontée à une situation de conflictualité

dans le cadre de son travail. Cette patiente travaille comme enseignante pour des personnes qui sont analphabètes et dont l'intégration en Suisse et tout à fait compromise puisqu'ils ne comprennent pas la langue administrative ou la langue des livres d'écoles de leurs enfants. En organisant cette activité, cette patiente a utilisé des techniques d'apprentissage durant lesquelles elle distingue de manière très fine le problème de la représentation de mots et le problème de la représentation de la chose. En effet, dans l'apprentissage d'une langue, il se montre de manière claire qu'il n'est pas possible d'apprendre une représentation de mots si pour la personne il n'y a pas d'abord au préalable la représentation de choses. Cette question très pertinente pour cette patiente l'amène périodiquement à se mettre en conflit avec des pédagogues qui n'ont pas cette compréhension de la méthode nécessaire pour cet apprentissage. C'est lors d'un conflit de ce type, qu'elle se trouve avec une collègue dans un conflit à entendre ces mots qui lui arrivent de toutes les grandeurs se baladant dans tous les sens à l'intérieur d'elle et ne pouvant pas ressortir.

Dans l'histoire de cette patiente qui est l'aînée d'une fratrie assez nombreuse, elle était l'objet de critiques très persistantes de sa mère qui lui reprochait de ne pas faire toute une partie de l'activité qui en fait revenait à la mère elle-même. Prisonnière de ce paradoxe, cette patiente ne pouvait qu'avalier ces mots blessants sans qu'ils puissent trouver une porte de sortie.

Pour cette patiente, le monde en continu se présente comme potentiellement traumatique. Une conflictualité au travail ou la maladie de sa meilleure amie sont des événements externes qu'elle vit dans un mélange concret se fixant périodiquement sur son propre psychisme qui est là comme un corps. Les mots sont comme des choses qui font effraction provoquant de la douleur au niveau du self qui se vit comme attaqué en continu. Par ailleurs, cette même patiente vit les séparations d'avec son enfant avec une angoisse particulièrement poignante. Elle était d'abord venue à ma consultation pour un rêve traumatique récurrent qui dit-elle lui est remonté lorsque son enfant avait un peu plus de deux ans, rêve durant lequel elle assiste impuissante à une scène durant laquelle on abuse de son enfant. Sans pouvoir revenir sur l'ensemble de ce cas clinique, la première intervention utile pour cette patiente a été de noter ensemble avec elle que ce rêve apparaît au moment où son enfant se détache un peu d'elle et qu'il prend une partie de vie autonome.

D'ailleurs, son enfant vit une situation très différente de celle de sa mère justement en n'étant pas abusée comme elle l'a été.

Cette patiente entre un jour dans mon bureau où j'avais fait poser contre le mur qui était à sa gauche une tenture de plusieurs couleurs mais où dominaient le rouge et l'orange. Elle s'assied, elle protège sa face gauche de la vision de cette tenture et me dit je ne supporte pas le rouge permettez moi de changer la place de ma chaise pour que je puisse voir votre bureau autrement. Dans la même séance, elle m'a expliqué que son champ de vision présente une anomalie depuis la naissance ne lui permettant pas de voir la partie gauche avec son œil gauche ce qui lui occasionnaient toutes sortes de difficultés notamment à l'école parce qu'elle n'était pas préparée à ce qui pouvait lui arriver depuis la gauche justement à savoir dans une cours d'école des différentes tracasseries d'enfants. Il reste qu'elle a gardé pendant plusieurs séances, une attitude très inquiète par rapport à cette intrusion dans ce bureau qu'elle vivait comme une menace.

Éléments théoriques

Dans Névrose et psychose, 1923 Œuvre complète de S. Freud Psychanalyse 17 page 5, Puff, Paris, il dit « à propos de la genèse des formations délirantes, quelques analyses nous ont enseigné que le délire est trouvé comme une pièce appliquée là où originellement était apparue une déchirure dans la relation du moi au monde extérieur ». A la suite de cette pensée freudienne, nous trouvons Tustin aujourd'hui Houzel qui, prenant appui sur l'autisme infantile, nous montre combien le vécu de discontinuité est ressenti comme une amputation d'une partie d'un soi-même qui est un continuum d'un soi et l'objet. Lorsque Freud dit que le délire est une pièce qui vient couvrir la déchirure du moi, il semble qu'il fait directement allusion à la rupture de la continuité du self comme un trauma qui se reproduit pour les patients psychotiques. Encore une fois, tout se passe comme si le patient psychotique était soumis à des microtraumatismes en continu du fait de son travail pour construire et reconstruire en continu son enveloppe psychique elle-même. La membrane du self est fine mais elle est aussi fragile puisque accolée à d'autres membranes donc en

continuel état de rupture avec un risque d'évidement de sa propre substance. De multiples petites réparations délirantes auraient lieu en continu pour maintenir cette membrane sans trop de trous.

Sandor Ferenczi

Sandor Ferenczi a ouvert avec son article sur la confusion de langue entre les adultes et l'enfant une ligne de compréhension du traumatisme psychique qui ne cesse de s'enrichir. Sans pouvoir ici reprendre toute sa théorisation, on peut rappeler comme le fait Thierry Bokanovsky en 2001 (Traumatisme, traumatique, trauma, le conflit Freud/Ferenczi/Thierry Bokanovsky - conférence en ligne de la SPP, Paris, novembre 2001) que Ferenczi pense qu'on ne tient pas suffisamment compte de la réalité et de certains traumatismes. Ces confrontations donnent lieu à des effractions de la psyché, le sujet se retire de lui-même dans un clivage de sa propre personne en une partie endolorie dit Ferenczi et brutalement destructrice et en une autre partie omnisciente aussi bien qu'insensible. Dans le journal clinique des dernières années, Ferenczi explique que le trauma est (p. 40, in le Traumatisme Sandor Ferenczi, Petit bibliothèque Payot, 2006, Paris), « un choc inattendu non préparé et écrasant agit pour ainsi dire comme un anesthésique ». Comment cela se produit-il ? Apparemment par l'arrêt de toutes espèces d'activités psychiques joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvue de toutes résistances. La paralysie totale de la motilité inclut aussi l'arrêt de la perception en même temps que l'arrêt de la pensée. La conséquence de cette déconnexion de la perception est que la personnalité reste sans aucune protection.

Ferenczi, (le journal clinique) décrit des situations de clivages en cascade provoquant une atomisation de la vie psychique, une dislocation de la personnalité, une fragmentation allant jusqu'à la pulvérisation de la vie psychique. Les fragmentations créant une personnalité sans âme, un corps sans âme par dévitalisation du

psychisme et disqualification des sentiments du vécu et du ressenti. Plus loin, (le traumatisme p. 129) il dit : « à partir des obstacles à la réunion des éléments de la personnalité en une unité, on peut peut-être remonter à la manière dont se constitue le clivage lui-même. Au cours d'une torture psychique ou corporelle, on puise la force de supporter la souffrance dans l'espoir que tôt ou tard cela va changer ; on maintient donc l'unité de la personnalité. Mais si la quantité et la nature de la souffrance dépassent la force d'intégration de la personne, alors on se rend ou cesse de supporter, cela ne vaut plus la peine de rassembler ces choses douloureuses en une unité, on se fragmente en morceaux. Je ne souffre plus, je cesse même d'exister tout au moins comme Moi global. Les fragments isolés peuvent souffrir chacun pour soi. La cessation de la souffrance globale et son remplacement par des fragments de souffrance pourraient apporter ce soulagement soudain qui fait que des pleurs, la lutte, les cris s'inversent brusquement en rire ». Il dit encore le 21 février 1932 sous le titre fragmentation, « Avantages psychiques : on fait l'économie du déplaisir qui résulte de la mise en évidence de certaines cohérences en abandonnant ses cohérences. Le clivage en deux personnalités qui ne veulent rien savoir l'une de l'autre et qui sont groupées autour de différentes tendances, fait l'économie du conflit subjectif. Quand on perd la capacité à supporter le déplaisir, le manque de cohésion va jusqu'à la fuite des idées ; la psychose hallucinatoire lors d'une forte fièvre est une atomisation de ce type d'activité mentale.

En suivant Ferenczi de l'effraction de la confusion de langues à la fragmentation, en passant par l'introjection, l'ensemble du Soi clivé, de l'objet traumatique, nous arrivons à un lieu psychique qui ressemble beaucoup à la description du self psychotique.

Ce qui achève peut-être de nous convaincre, en tout cas de me convaincre, l'intuition de Ferenczi qui rapproche trauma et psychose réside probablement dans ses positions sur la technique. En fait, Ferenczi pour répondre au désaveu porté sur la souffrance psychique, en particulier sur le sentiment interne d'être détruit et nié, Ferenczi propose une attitude active, cherche à répondre à ce désaveu. En fait, il préfigure la nécessité pour le traumatisé comme pour le psychotique **de s'appuyer**

sur l'appareil psychique du thérapeute, de passer par les possibilités de représentations construites ailleurs pour se retrouver. Mais l'on ne peut pas parler de Ferenczi sans évoquer le traitement mutuel dans la fin de sa vie et la « disclosure » qui revient d'ailleurs actuellement comme objet de débat. Alors, qu'en est-il de cette technique discutable. En partie, une réponse sera fournie le samedi 30 juin avec l'intervention de nos amis américains sur ce sujet. Pour aujourd'hui, on peut souligner que chez les thérapeutes de traumatisés comme chez les thérapeutes de psychotiques, la neutralité habituelle prend une teinte d'indifférence et une accroche du thérapeute fournit surtout un repère dans la façade et un mousqueton planté dans une faille de roche qui assure nos patients de notre présence, non seulement en tant que personne, mais comme l'autre qui est passé par là. Ferenczi lorsqu'il y décrit un cas de schizophrénie (p. 73) « ... la seule forme d'existence qui restait était l'atomisation complète de la vie psychique. Devenir complètement folle ; stupeur catatonique alternant périodiquement avec la terreur des hallucinations et une confusion d'impression amnésique mélangée de façon chaotique provenant du passé ». Cette éruption à la manière d'une coulée de lave s'est terminée par une « incinération complète » une sorte d'absence de vie. La vie du corps cependant contrainte à la respiration et à la pulsation a rappelé Orpha qui dans son désespoir était elle aussi devenue amie de la mort et elle réussit, comme par miracle, à remettre sur pied cet être, bien que disloqué jusqu'aux atomes, c'est-à-dire à créer une sorte de psyché artificiel pour le corps obligé de vivre ». Orpha = des instincts vitaux organisateurs. Le passage par la psychose est présenté par Ferenczi, comme une issue à des situations traumatiques, en l'occurrence d'abus sexuels répétés et de désaveux et d'un autre côté comme un passage par une situation d'agonie et de dislocation dont le psychisme sort grâce à la reconstitution d'un nouveau psychisme.

Bion

Bion dans toute son œuvre est probablement l'auteur qui du fait de sa propre histoire et de sa pensée théorique lie le plus clairement psychose et trauma. Dans son article « différenciation des personnalités psychotiques et non-psychotiques »

(p. 51, in *Réflexions faites*, PUF, Paris, 1967). « La différenciation des personnalités psychotiques et non-psychotiques repose sur un clivage en fragments infimes de toute cette partie de la personnalité qui a trait à la prise de conscience de la réalité interne et externe et sur une expulsion de ces fragments telle qu'ils pénètrent dans leurs objets où sont engloutis par eux ». Bion explique dans cet article, comme dans d'autres d'ailleurs, entre les impressions sensorielles et la pensée primitive et qui aboutit à la formation de symboles d'altérer ou attaquer dans la personnalité psychotique. Il dit que (p. 58) « compte tenu de ce que j'ai dit des attaques portées par le psychotique contre l'ensemble de l'appareil psychique qui conduit à la conscience de la réalité externe et interne, il faut s'attendre à ce que le déploiement de se révèle particulièrement dommageable pour la pensée. En fait, le matériel lui-même est remplacé dit Bion par les objets bizarres produits par l'identification projective. Ces objets sont agglomérés dit Bion et non unis et ces particules restent pour Bion non-intégrables donc expulsées dans son environnement et en particulier à l'intérieur de son thérapeute. Expulsés, ils deviennent alors une menace et le succès d'une interprétation augmente le sentiment persécutoire par rapport à ces objets. Dans son article sur les attaques contre la liaison (p. 105, PUF), Bion montre comment la vie émotionnelle devient un sujet de danger et de haine, tel qu'il faut couper le lien entre les impressions sensorielles et la conscience. L'émotion est ressentie comme trop intense pour être contenue par la psyché et la constitution même d'un objet interne est vécue comme menaçante.

Sans pouvoir aller plus loin dans la pensée de Bion, nous notons que dans la situation psychotique des objets de pensée et d'émotion peuvent être vécus comme des attaques portées aux sentiments fragiles du self.

Gaetano Benedetti

Gaetano Benedetti va reprendre et développer cette pensée pour décrire l'expérience psychotique du patient (page 79 dans « j'ai emprunté », G. Benedetti, édition Erès, 1998) il nous explique le vécu psychotique des objets psychiques non symbolisés.

« Dans la schizophrénie, la vérité est nue comme une formule mathématique mais cette nudité n'est pas celle d'une formule mathématique ou celle d'une logique insérée dans la logique universelle c'est plutôt une image affective, privée de sa fonction de vêtement et devenue un corps nu, une « réalité cognitive ». L'image n'a donc pas de place dans le monde elle le fracture plutôt en prenant la forme d'une idée délirante ; ... du fait que l'homme schizophrène vit selon un principe de non vie, de négation, de non existence ou bien il n'est rien ou bien sa personne, la représentation de celle-ci, s'affirme en réduisant à rien le monde consensuel logique, symbolique ; elle s'affirme désespérément sous la forme de l'idée délirante. L'idée délirante est l'affirmation désespérée de l'existence dans la non existence c'est la tentative d'un moi morcelé pour se restructurer sous quelque identité en morcelant le monde logique et consensuel. »

Comme Benedetti nous le montre, c'est bien la transcription sémantique dans l'inconscient qui manque dans ce vécu et cette image, objet non différencié de soi-même, fracture comme il le dit le monde que le patient essaie de construire. Cette nudité de l'objet psychique doit donc selon Benedetti être revêtu par le thérapeute ou plus exactement par la relation thérapeutique qui va progressivement installer des expériences nouvelles dont il sera possible de faire des représentations digérables et mémorisables par le psychisme du patient. Encore une fois avec cette remarquable acuité de la métaphore de Benedetti, nous sommes sur des concepts à cheval entre psychose et trauma à savoir la crudité de l'objet psychique qui demande à être repris par la thérapie.

Les traits communs entre psychose et trauma

D'un point de vue métapsychologique, les traits communs entre psychose et trauma se trouvent :

- dans les liens qui unissent le moi, ses frontières, ses limites et le fait de constituer un intérieur espace projectif, un contenant.

- dans la fragmentation du psychisme dans lesquelles des expériences et des vécus impossibles à traiter sont projetés sur l'extérieur pour assurer une survie. Durant cette projection identificatoire, ces fragments expulsés sont donc traités, digérés, transformés par un extérieur, famille ou équipe thérapeutique de manière à ce qu'ils soient détoxifiés et possiblement retournés à l'intérieur du système d'où ils viennent sous une forme supportable pour lui.
- dans l'introjection de cette expérience constituante.

Il est donc bien question ici de l'histoire du self, on peut dire qu'il est arrivé quelque chose au contenant et que cette chose qui est arrivée au contenant ne permet plus ensuite de le regarder de la même manière.

Dans *Dead mother, dead child*, Christopher Bollas dit « ceux qui ont souffert du trauma d'un événement ne peuvent réussir à identifier le personnel dans la structure de l'événement parce que même si cela arrive avec des personnes c'est au-delà du purement psychique. Cela n'a pas de subjectivité originare un lieu dans le self ou dans l'autre. C'est au-delà de la personne et de ce qui est créé par la personne. » (page 100). Alors sommes-nous vraiment très loin dans cette vision du trauma d'un self qui a « vu la mort » de la mort dans l'âme de Benedetti pour lequel des aires de mort sont introjectés pour exister comme des trous de mort à l'intérieur du self. Dit Benedetti, « par aire de mort, j'entends la création d'espaces vides où certaines potentialités humaines ne parviennent pas à se développer ou certaines informations essentielles à la vie ont fait défaut ou certaines expériences qui structurent le moi primordial n'ont jamais eu lieu. » (page 26, *La mort dans l'âme*, Gaetano Benedetti, éditions Erès, 1995)

Alors il y aurait donc à l'intérieur du psychisme d'un côté des blocs autistiques construits autour d'expériences et d'affects sans véritable représentation ni symbolisation où ces objets bizarres seraient constitués de fragments ingérables et indigérables par le psychisme. Juste à côté, il y aurait des trous, des lieux de mort liés à l'introjection de l'expérience de la désintégration du self. La co-existence de ces

blocs et de ces trous formant le paysage assez effrayant qu'aurait en commun celui ou celle ayant vécu la psychose ou le trauma. Mais alors que dire de l'insight, que cherchent nos amis cognitivistes dans la psychose pour construire l'alliance de travail.

Comme dit une patiente, « je vois à l'intérieur une coque mais je ne trouve pas d'issue. C'était dans une boîte en carton mais qui cherchait une sortie ». La perception ne semble pas être une perception d'un intérieur ou d'un soi-même mais une perception d'une chose voire d'un extérieur qui se présente comme une tentative de constituer un contenant, coque ou boîte en carton. Dans le même temps, il s'agit de trouver une sortie, d'échapper à ce lieu self qui enserme et donc angoisse.

Implication thérapeutique

1. La concrétude du symptôme

Vous avez remarqué que dans les exemples précités, il n'était pas question d'interprétation voire même de lier le symptôme, l'anamnèse et le vécu présent triptyque habituel de l'interprétation psychanalytique. La difficulté de cette entreprise interprétative est je pense d'abord liée à la qualité du matériel symptomatique présenté. En effet, le symptôme présenté a d'abord une valence concrète perceptive. Le matériel présenté semble concret et sensoriel. De plus, il semble avoir la particularité de n'avoir pas été pris dans un processus de symbolisation ou d'historicisation ou maintenu à distance dans le psychisme comme une énigme menaçante et concrète. Alors du point de vue thérapeutique, il semble que le premier lien se produit à l'intérieur du thérapeute et qu'il prête comme le dirait Bion ou les bionniens son appareil psychique pour produire des transformations ou tout simplement pour rattacher cette perception de manière parfois un peu magique à un vécu analytique connu. Comme vous l'entendrez peut-être demain, vous connaissez des travaux de Françoise Davoine et Jean-Max Gaudilière, certains thérapeutes passent par la grande histoire pour donner du sens souvent transgénérationnel à ces

perceptions et cette thérapie très classiquement freudienne finalement vise à remettre le morceau de vérité historique débarrassé de ses déformations comme le dit Freud à sa place et ainsi à libérer le patient de sa répétition. Personnellement, j'ai tendance à construire assez longuement sur la personnalité non psychotique et à faire mien cet adage de Françoise Davoine que l'on construit pendant plusieurs années pour parfois en deux semaines vivre intensément l'implication transférentielle de tous ces éléments psychotiques qui affluent dans le transfert et dans le traitement. Je suis bien persuadé qu'après une construction patiente d'une relation thérapeutique confiante et non traumatique du point de vue de la déchirure du self c'est-à-dire dont la continuité est assurée, les éléments psychotiques peuvent être traités périodiquement par cette relation thérapeutique et mis en perspective plutôt qu'interprétés dans l'histoire du patient. Il ne s'agit pas de dire ceci se passe à cause de cela ou vous répétez cet acte non symbolisé parce que non représenté et parlé mais plutôt d'approcher ces forteresses sans peur et parfois de simplement nommer ce que nous pouvons penser de ce qu'elles renferme. Dans une thérapie au long cours, la partie incestuelle protégée par une forteresse défenderesse. Le fait de la nommer incidemment faisant partie des choses qui arrivent entre mère et fils et que on a tendance à mettre de côté a donné un effet de banalisation très utile et bienvenu dans ce monde assez effrayant. L'autre implication est peut-être thérapeutique et peut-être moins réjouissante mais donne à notre expérience clinique autour des états déficitaires de certains patients schizophrènes ou du rapprochement entre PTSD et devenir schizophrénique une compréhension assez inquiétante. La caractéristique commune des évolutions schizophréniques chroniques et du PTSD est celle d'un nivellement effrayé des affects, d'un émoussement, d'une perte des capacités représentatives et de la vie sociale. Nous pouvons alors penser que les objets internes de nos patients auraient donc ce caractère blessant au sens concret du terme, détruisant peu à peu les objets symboliques et dans le paysage interne ce qui amène des représentations comme on imagine des maisons, des lacs, des rivières, des forêts, etc. La psychose ne fonctionne plus seulement comme une forteresse avec son attractivité propre mais comme une machine à détruire le symbolique parce que ce symbolique même représente de la douleur psychique insupportable. Nos patients sont alors des patients qui n'ont pas pu bénéficier d'une

relation thérapeutique suffisamment vivante et qui ont donc progressivement désinvesti le terrain relationnel puis le terrain psychique pour se réfugier dans un repli autistique. Ce repli attaque les perceptions propres et dont le pare excitation a perdu son côté membrane pour devenir une coque lourde et toute puissante cachant la détresse de celui qui n'a pas été écouté. Pour revenir à l'une de mes patientes, il me semble assez clair que son intérêt pour les analphabètes est un intérêt profondément thérapeutique où elle cherche à trouver des solutions pour des personnes qui ne comprennent pas la langue que l'on parle et qui n'ont pas les représentations de mots qui leur permettent de jouer sur le champ symbolique.

2. La trajectoire de l'affect

Il se peut que dans nos traitements ou rencontres, l'affect qui offre la possibilité de lier des représentations dans le self qui cherche continuellement à trouver son chemin dans ce paysage psychique particulier. Tantôt en échappant d'un de ces noyaux psychotiques. Chez un de mes patients déjà décrits (psychose et mémoire) un noyau psychotique s'était organisé autour du décès accidentel de la mère de mon patient lorsqu'il avait 11 ans. Dans ce noyau psychotique, le patient et sa mère ensemble pour toujours étaient placés et protégés par un bloc glacé empêchant l'approche. A la suite d'une longue psychothérapie, nous avons pu assister au dégel de ce noyau mélancolique psychotique qui va s'avérer beaucoup moins angoissant lorsqu'il sera mis en lumière. Avant la psychothérapie, le patient rencontrait ce noyau psychotique lors d'alcoolisation massive le mettant lui-même en danger de mort.

Dernièrement, après avoir lui-même construit une famille et organisé une vie professionnelle et sociale satisfaisante, je le revois en urgence après un épisode nouveau d'alcoolisation massive. Il va me raconter que quelques jours auparavant il avait été à l'enterrement d'un ami de son âge et lors de cet enterrement il avait vu les enfants de cet ami qui avaient un peu près le même âge que lui au moment de la mort de sa mère. Lors de sa promenade alcoolisée nocturne, il me décrit des idées de mort, des idées de persécution et le sentiment d'être avec quelque chose de fêlé en lui, c'était comme s'il avait tiré sur une corde déroulant ou plutôt allant chercher

cette expérience à la fois traumatique et psychotique dans laquelle il s'était perdu. Aujourd'hui nous pourrions dire finalement, l'affect qui essaie de frayer un chemin correspondrait à un sentiment de tristesse désespérante, de perte, durant laquelle le soi et l'objet sont confondus.

De la même manière dans l'expérience de psychanalyse de situations très traumatiques de patients dont l'un des parents s'est suicidé, j'ai vu réapparaître ce trauma sous la forme d'un accident de motocyclette. A la séance, la patiente peut décrire l'avant et l'après accident et ce n'est que petit à petit et dans la douleur que nous pourrions nommer la pensée suicidaire qu'elle a elle-même éprouvée et qui s'est libérée brutalement sous cette forme accidentelle.

Vu comme cela, les questions thérapeutiques entourant psychose et trauma se ressemblent et s'assemblent si le thérapeute veut bien accepter d'avoir pour un moment dans son champ de vision interpersonnelle une vue effrayante sur le trou mortifère qui s'est déjà déroulé dans le psychisme de son patient.

Transfert et Contre-transfert

Comme l'ont souligné de nombreux auteurs dont José Blegger, le transfert psychotique est immédiat, massif tout autant que la bile et contenant en lui-même un élément de paradoxalité sur le lien qui est fait d'un investissement contradictoire simultané. Nous sommes donc immédiatement pris dans une figure transférentielle pour la plupart sur un mode de la toute puissance menaçante. C'est pourquoi de nombreux thérapeutes ont organisé immédiatement leur setting de manière à contenir un espace tiers. De différentes manières soit avec un groupe thérapeutique soit dans une thérapie à deux. Ce **dispositif** offre au transfert psychotique la possibilité d'un déploiement respectant des clivages qui permettent à des contenus de rester séparés autant à l'intérieur du patient que dans le lien transférentiel. Ici à Nantes, depuis assez longtemps, nous avons développé une activité de groupe thérapeutique soit hospitalier ou intermédiaire ou individuel-intermédiaire qui lorsqu'il

est complété par une supervision qui permet de saisir les éléments projetés ou diffractés dans le dispositif offre une solution en termes de dispositif utile pour le travail psychothérapeutique.

Le contre-transfert est marqué par le travail à fournir pour transformer les éléments projetés bruts en des éléments utilisables pour la psyché du patient. Ce travail sur les objets de l'identification projective présente des similarités avec la psychothérapie des états limites. Toutefois, le côté paranoïde et la projection paranoïde demande au thérapeute et à l'équipe thérapeutique de contenir de manière souvent très difficile les projections qui nous font ressentir toute la menace sur la détresse d'un patient vécu comme vulnérable. Ce contre-transfert est très proche de celui que l'on peut vivre avec les patients traumatisés où le vécu persécutoire est aussi projeté dans la relation thérapeutique. Comme déjà dit dans l'introduction, le contre-transfert est marqué par la question traumatique qu'il s'agisse de la relation au patient psychotique ou au patient traumatisé. Cet élément traumatique dans le contre-transfert doit être mesuré dans l'organisation des soins pour que les soignants et les thérapeutes qui s'engagent dans la psychothérapie de ces patients puissent être au travail avec une supervision qui doit faire partie intégrante de la thérapie. Il n'est pas là de supervision en plus ou au cas où ou si nécessaire mais il s'agit d'une supervision incluse dans le dispositif thérapeutique autant pour rassembler les éléments paradoxaux et projectifs et persécutoires du patient autant pour prémunir le thérapeute et l'équipe thérapeutique de la relation avec le trauma chez le patient et à l'intérieur de lui-même.

Psychose et Trauma

Il s'agit donc finalement de faire l'hypothèse suivante :

Que l'on s'approche de la question par la théorie du trauma ou que l'on s'approche de la question par la théorie de la psychose, en fait, les deux lignes de pensée aboutissent à la proposition de fragments douloureux attaquant le self comme

sentiment de continuité de Soi. L'expérience psychotique agit en elle-même comme un trauma sur le self. Le trauma fait en lui-même vivre une expérience de type psychotique. Nous avons là tout lieu de penser qu'un cercle vicieux renvoyant la psychose au trauma, puis le trauma à la psychose tente à se développer.

Conclusions

Patient qui réclame un traitement pour traumatisés

Nous comprenons à l'issu de cette brève incursion psychanalytique combien du point de vue du sujet et de la relation thérapeutique, il y a là une proximité entre psychose et trauma mais dans tous les cas comme le montre Christian Müller dans son étude sur la psychothérapie des psychoses, l'acquis fondamental de voir le processus psychotique comme un processus humain dont les contenus doivent être projetés pour la survie psychique du patient, cette vision a changé la donne dans notre approche thérapeutique du patient psychotique. Au-delà du brouillard paranoïde auquel nous sommes soumis autant avec la psychose qu'avec le trauma, Christian Müller nous montre comment traverser et joindre notre patient dans un vécu direct sans crainte mais sans naïveté.

Finalement, tout ce qui vient d'être dit, tente de répondre à la question du début c'est-à-dire comment traiter ce cercle vicieux psychose et trauma pour en dégager peu à peu nos patients et répondre enfin à la question paranoïde du début. Mon patient qui réclame le traitement pour les traumatisés demande probablement la suite complexe de sa psychothérapie. En effet, l'offre psychothérapeutique qui s'adresse à la répétition et au récurant et qui propose des objets symbolisable pour le psychisme de nos patients se trouve au carrefour d'une réponse possible. Pour ce qui est du trauma dans la psychose ou pour ce qui est de la psychose dans le trauma, la psychothérapie individuelle devra s'appuyer soit sur un dispositif plus

large soit sur le lien social. A ce prix, la psychothérapie va offrir un point de regard possible pour ces objets non symbolisables et pour une histoire non pensée car trop traumatique. Au fait, dans cette réflexion qui mêle psychose et trauma c'est probablement la compréhension psychothérapeutique qui fait le lien pour le thérapeute avant de pouvoir le faire pour le patient.

Dans ce sens, nos dispositifs de psychothérapie au long cours, doivent être particulièrement soutenus pour nos patients qui souffrent de telles difficultés dans leur psychisme. Ce soutien se situe clairement, de mon point de vue, par une offre de dispositifs par exemple de la psychiatrie publique pour les psychiatres privés et d'une offre de supervision pour avoir un holding suffisant des thérapeutes et des soignants qui s'engagent dans ce travail.