

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p.1
INSCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET PREMIERE RENCONTRE.....	p.1
1- Présentation.....	p.1
2- Premières observations.....	p.1
3- Une demande bien précise.....	p.3
CLINIQUE DE MADAME D ET PREMIERS QUESTIONNEMENTS.....	p.4
1- Premier tour de parc.....	p.4
2- Deuxième tour de parc.....	p.5
3- Troisième tour de parc.....	p.7
4- Présentation clinique.....	p.8
5-Face à face.....	p.10
SYNTHESE.....	p.11
PROBLEMATIQUE.....	p.12
ARTICULATION CLINICO-THEORIQUE.....	p.12
1- Un fonctionnement psychique marqué par le clivage du moi.....	p.12
1-1 Surgissement d'un brasier.....	p.12
1-2 Mode de structuration.....	p.13
1-3 Fixation à une position schizo-paranoïde?.....	p.15
2- La carence des processus de symbolisation.....	p.16
2-1 La violence engendre la violence.....	p.16
2-2 Carence des processus de symbolisation.....	p.16
3- La construction délirante viendrait comme colmatage.....	p.17
3-1 Logique du délire.....	p.17
3-2 Analyse du délire.....	p.18
3-3 Relation transféro-contre-transférentielle.....	p.20
3-4 L'autre qui contient.....	p.22
SYNTHESE.....	p.23
CONCLUSION.....	p.24
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Cette note de recherche de master 2 s'inscrit dans le cadre du stage que j'ai effectué dans un service d'admission au sein d'un centre de santé mental. Il s'agit d'une situation de rencontre clinique qui rend compte de quelques particularités, concernant son dispositif et ses modalités. J'ai par exemple fait le choix d'utiliser une rencontre qui s'est déroulée dans le cadre d'une présentation clinique, effectuée par un psychanalyste. Mon choix est orienté par le fait que la patiente en question a eu connaissance de ma présence dans le public, et cela lui a permis ensuite d'en reparler avec moi.

Cette note de recherche s'articule selon trois axes. Le premier axe concerne le contexte de la rencontre avec la patiente, et une présentation de son inscription dans l'institution. Le deuxième axe concerne les données cliniques observées, et le vécu de la rencontre. A l'issue de cette seconde partie, je fais part d'une problématique générale et de quelques hypothèses. Le troisième axe concerne l'articulation de la clinique avec la théorie. Plusieurs pistes de compréhension sont proposées et étudiées.

INSCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET PREMIERE RENCONTRE

1- Présentation

Dans le cadre du stage que j'effectue dans un service d'admission en psychiatrie adulte, je rencontre Madame D, âgée de 52 ans, hospitalisée depuis quelques semaines, ayant vécu une recrudescence de ses symptômes caractérisée par la conviction délirante d'être la cible de persécutions, dans le courant du mois de janvier. Devant l'anxiété que cela a généré chez elle, Madame D est venue d'elle-même en hospitalisation libre, envahie par des perceptions corporelles étranges et douloureuses, qui impliquent véritablement sa subjectivité.

Il y a eu auparavant plusieurs hospitalisations; pendant plusieurs années dans un autre secteur, et depuis quelques mois, dans le secteur dans lequel je réalise mon stage.

2- Premières observations

Ce que je perçois de Madame D dans un premier temps consiste principalement en ce qu'elle donne à voir. En effet, elle déambule beaucoup dans le service, faisant des allers-

retours d'un bout à l'autre du couloir de l'étage supérieur, étage des chambres des patients et du bureau infirmier. Hormis pour fumer des cigarettes dans le parc de l'hôpital, elle descend peu dans les espaces de vie communs et ne se mêle guère aux groupes de patients qui se forment parfois. De même, elle ne participe pas aux ateliers organisés pour les patients.

Ce qu'elle donne à voir se confond également dans ce qu'elle donne à entendre. Madame D est très plaintive concernant ses symptômes, signifiant que ceux-ci concentrent toute son attention, et cela donne une note particulière au ton de sa voix. En effet, celle-ci est plutôt rauque, un peu enrouée, et la manière de s'exprimer de Madame D est marquée par ses gémissements. Elle sollicite souvent les soignants par le biais de ses plaintes et il me semble comprendre qu'aux symptômes psychiatriques concernant sa construction délirante viennent s'ajouter des symptômes d'ordre somatique, tels que des maux de tête, de dents, ou encore de dos, sur lesquels elle concentre son attention et celle des infirmiers du secteur. Elle demande régulièrement des médicaments pour contrer ses maux, et demande aux infirmiers de prendre rendez-vous pour elle auprès d'un dentiste pour ses dents, ou d'un kinésithérapeute pour son dos. Elle revient d'ailleurs plusieurs fois vérifier auprès d'eux si les rendez-vous sont pris. La souffrance exprimée par Madame D à travers ces manifestations expliquerait pourquoi elle investit autant le couloir supérieur, dans lequel est situé le bureau infirmier, au milieu des chambres des patients. Finalement, Madame D signifierait peut-être sa demande de soin à l'autre.

Peu à peu, Madame D semble plus disponible pour accueillir psychiquement autre chose que ses symptômes. Ses plaintes sont toujours présentes lorsqu'on s'adresse à elle mais ne le sont plus aussi spontanément, voire automatiquement, qu'auparavant. La somatisation se fait moindre, la nécessité de faire appel aux infirmiers également. Elle investit progressivement le rez-de-chaussée, partagé en différentes pièces comme une bibliothèque, un salon, une salle réservée aux ateliers. La descente de Madame D au rez-de-chaussée me fait penser à une descente du délire. Cette possibilité pour Madame D de s'ouvrir au sein de l'hôpital indiquerait un affaiblissement de la phase critique, même si elle reste toujours très envahie. A partir de ce moment, Madame D assiste à la réunion de présentation des activités du lundi matin lorsqu'elle est sollicitée. Cette réunion hebdomadaire consiste en un temps d'échange autour des ateliers de la semaine avec les patients, par l'infirmière responsable des ateliers et moi-même, le temps de mon stage. Madame D s'engage également dans certains ateliers, particulièrement ceux où le corps est mis en mouvement, comme dans les ateliers de sport adapté et de randonnée. Cela m'interroge quant à la représentation du corps chez cette patiente, pour qui les sensations corporelles sont tant mises en avant dans ses symptômes.

3- Une demande bien précise

A partir de ce tournant dans l'inscription institutionnelle de Madame D, je la rencontre différemment, au sens où la rencontre avec cette patiente prend une nouvelle tournure. Auparavant, nous nous croisions parfois dans le couloir, nous saluant réciproquement, et les informations que je saisisais à son sujet m'étaient surtout transmises par les soignants. Désormais, Madame D m'interpelle du côté de ce qui est à penser, du côté de ce qui fait ma position de psychologue stagiaire.

Afin de m'inscrire dans le service, j'ai décidé de me présenter aux patients lors de la réunion de présentation des activités, ou au gré des opportunités pour ceux qui n'y assistent pas. C'est ainsi que j'avais procédé avec Madame D, profitant d'un moment où elle marchait dans le couloir pour me présenter à elle et lui préciser que si elle le souhaitait, j'étais disponible pour l'accueillir.

La première fois que Madame D me sollicite, c'est pour faire un tour dans le parc avec elle. Concernant cette patiente que j'ai tant vu déambuler, il me semble cohérent de répondre à sa demande, dont la particularité réside dans la mobilité qu'elle exige. Je ne sais rien à ce moment là de ce que la marche fait tenir chez Madame D, ni si cela vient faire tenir quelque chose, mais je me questionne quant à la fonction que cela prend. Je me questionne également quant à un éventuel soutien de la parole; ce tour dans le parc avec moi invite-t-il Madame D à me parler ou pas?

Lors de cette première demande, Madame D me sollicite au moment où nous nous apprêtons, l'infirmière référente des ateliers et moi-même, à mener la réunion de présentation des activités de la semaine auprès des patients. Je diffère donc sa demande mais en revanche, je l'invite à se joindre au groupe. Elle qui paraît si agitée au départ semble s'apaiser légèrement pendant la réunion, d'une durée de trois-quarts d'heure environ. Malgré tout, elle ne semble pas véritablement présente dans le groupe, restant à l'écart des autres, et elle s'adresse à moi à deux reprises, réitérant sa demande de faire un tour dans le parc. Elle a parfois des sursauts de jambes qui me rappellent des décharges électriques, dont elle ne fait aucun commentaire. Je lui propose donc par deux fois d'attendre la fin de l'échange. Le lien me semble fragile, j'imagine aisément que Madame D puisse sortir seule, lassée peut-être de m'entendre lui rappeler que j'attendrais la fin de la réunion pour l'accompagner. Mais elle reste jusqu'à la fin; peut-être attend-elle un autre pour l'accompagner, cet autre représenté par ma présence à ce moment là, la solitude étant difficilement supportable pour elle dans l'ici et maintenant? Je prends conscience de l'étonnement que je ressens à son égard. Je suis étonnée

par l'aspect soudain de sa demande, plusieurs semaines après mon arrivée dans le service. D'une part, je m'interroge sur l'intérêt qu'elle suscite en moi, et je me surprends à craindre qu'elle m'échappe si elle quitte la réunion. D'autre part, je suis étonnée par le fait qu'elle semble m'attendre. Je me surprends également par l'embarras que j'éprouve à l'idée qu'elle souffre et que je ne suis pas à l'écoute de sa souffrance en différant sa demande.

En tous cas, je constate ma tentative d'instaurer du cadre, lorsque je lui précise que j'attendrais la fin de la réunion que je co-anime pour l'accompagner. Concernant celui de la réunion, il consiste dans le fait qu'il n'y a pas de contrainte, si ce n'est que chacun doit se respecter. Par conséquent, les patients sont assez libres d'agir à leur guise, d'arriver en cours de présentation, de partir quand bon leur semble, de ne venir que pour le partage du café qui clôt l'échange. Or, Madame D m'étonne car elle vient éprouver le peu de cadre qu'il y a. Qu'est-ce que cela dit de son fonctionnement? Est-ce significatif des coordonnées subjectives de Madame D?

CLINIQUE DE MADAME D ET PREMIERS QUESTIONNEMENTS

1- Premier tour de parc

Nous finissons par sortir dans le parc et immédiatement Madame D évoque ce qui fait nœud de souffrance chez elle. Elle dit être "épuisée par les sensations que je ressens", précisant ne pouvoir "lutter que jusqu'à un certain point car cela est trop épuisant". Elle me raconte que sa psychiatre ne sait pas quoi faire avec elle, elle se décrit comme un "cas unique", un "cas atypique". La psychiatre vient de changer son traitement et Madame D dit être "déçue du résultat". En effet, elle précise ne pas voir de différence, ressentir toujours ces sensations douloureuses. Elle souhaiterait que "le résultat soit immédiat". Son médecin lui a proposé un rendez-vous avec l'un des psychologues du secteur, Madame D me dit: "j'espère que cela va m'aider". Elle se plaint d'avoir "une mauvaise qualité de vie", "une qualité de vie pas confortable", précisant qu'elle ne souhaite cela à personne. Elle m'explique les choses de façon précise. Selon elle, elle est "attaquée par une force humaine, humaine car intelligente"; des personnes qui la "connaissent depuis longtemps", qui la "surveillent depuis longtemps". Elle dit ne pas les connaître. "Ces personnes m'ont prise pour cible", "m'envoient des ondes par satellites". Elle pense être "la seule dans cet état désespérant". Pourquoi? Elle n'a "pas d'hypothèse", ne comprend pas car se décrit comme "quelqu'un de doux et gentil". Elle fait

référence au hasard. Elle dit que cela "monopolise complètement mon cerveau" et qu'en fin de journée, elle ressent "un état de confusion extrême". Elle précise: "marcher m'apaise car je bouge". Elle dit que parfois elle ne ressent plus les sensations et que celles-ci surgissent à nouveau, ce qui la surprend. "Ça ne m'intéresse pas de vivre comme ça", ajoute-t-elle.

Elle me raconte avoir été hospitalisée auparavant dans un autre secteur et elle a cette phrase étonnamment contradictoire: "j'y suis allée de mon gré mais par force car je ne voulais pas me laisser envahir par ces choses là". Elle dit avoir "pris ses forces à deux mains et son énergie pour sortir de cette hospitalisation" à l'époque mais ajoute ne pas se sentir "capable de ça aujourd'hui". Lorsque je l'interroge, elle me répond que parler lui fait du bien, "je ne veux pas garder ça pour moi".

Elle me parle de sa mère, qui lui donne des conseils qu'elle n'arrive pas à suivre. Je lui demande de quels conseils il s'agit et elle me répond ainsi: "ma mère, elle prend une douche ou elle fait des choses et moi je n'arrive pas à faire pareil". Après ces mots, elle me signifie d'ailleurs qu'elle veut rappeler sa mère qui a cherché à la joindre par téléphone. Nous nous arrêtons là, et je lui précise que je peux me rendre disponible si elle souhaite à nouveau marcher.

Suite à ce premier échange, plusieurs éléments m'interpellent. Les influences délirantes que Madame D subit sont très envahissantes et elle dit bien l'insupportabilité de son vécu. Qu'est-ce qui la détermine alors à établir une construction aussi coûteuse psychiquement? Quelle fonction prend cette construction délirante? Les sensations qu'elle ressent peuvent-elles être qualifiées d'hallucinatoires? Il me semble repérer des éléments mégalomaniques dans le discours de Madame D: "cas unique", "cas atypique". Qu'est-ce que cela dit de la singularité de sa construction délirante? Comment comprendre cette "force intelligente" qui la persécute? Pourquoi Madame D est-elle dans le besoin d'évoquer sa mère et quel sens prennent pour elle les conseils de celle-ci? L'exemple de la douche qu'elle me donne me paraît surprenant et peu à propos; est-ce que cela indiquerait qu'elle a des difficultés à organiser sa pensée?

2- Deuxième tour de parc

Effectivement, plus tard dans l'après-midi, Madame D me sollicite à nouveau, avec la même demande.

Madame D parle tout d'abord de son corps, me disant qu'elle s'y "sent bien", qu'elle est "bien portante", "grosse" même. Assez rapidement cependant, elle dit le contraire de ce qu'elle

vient de dire: "malheureusement, il y a les sensations que je ressens". Celles-ci, d'après les propos de Madame D, sont majoritairement ressenties au niveau des jambes et du cœur. Elle parle "d'ondes négatives". Elle me dit être "déçue d'être dans cet état" car elle "chouine comme une môme". Elle dit vouloir "arrêter" et "être une femme, comme dit ma mère". "Arrêter" semble pourtant impossible car Madame D se dit "manipulée par des forces supérieures, extérieures". Convaincue, elle me raconte: "ils m'ont prise pour cible, ils ne veulent pas que je m'en sorte". Selon elle, cette "force très intelligente" essaie de lui "trouver un point négatif". Elle m'explique que son hospitalisation en janvier est survenue suite à l'accident de Schumacher, le pilote automobile, car "peut-être qu'on pense que je trouve du plaisir à ce qu'une personnalité disparaisse".

Elle insiste sur le fait qu'il n'y a rien à faire: "les médicaments n'y font rien. C'est très embêtant pour moi et pour les médecins qui me suivent". Elle réprime des pleurs lorsqu'elle ajoute "je ne suis plus ce que j'étais avant". Toutefois, elle peut me dire qu'elle connaît des moments de répit lorsqu'elle est auprès de ses parents, de son père en particulier, qui est "malade, il a une cirrhose du foie". Elle considère qu'il a besoin d'elle.

Après cet échange, Madame D me remercie pour "m'avoir écoutée". Ce jour là, elle me donne à entendre quelque chose du délire de persécution qui l'anime, animer à saisir de plusieurs façons. En effet, le délire dont elle fait part est construit et cohérent dans son esprit, il l'anime au sens où il donne un sens à son existence. Il l'anime également au sens où elle en subit des effets de corps, conséquences d'une certaine possession sur elle par l'autre. Enfin, il l'anime au sens où pour en parler, elle semble avoir besoin d'en passer par le mouvement. Ces différents aspects sont probablement à interroger dans la problématique de Madame D.

A nouveau, plusieurs choses m'interpellent dans ce que je viens d'entendre. Il me semble déceler des paradoxes dans le discours de Madame D. En effet, elle commence par énoncer son bien-être, puis elle se plaint des sensations qu'elle ressent, sans que cela ne semble entrer en contradiction avec ce qu'elle a dit auparavant. Dans son discours, les ressentis dont elle parle ne sont pas incompatibles. Ensuite, Madame D dit ce que cela provoque en elle; elle est "déçue", elle "chouine". J'y vois à nouveau un paradoxe, dans le sens où elle emploie des termes qui ne décrivent pas l'ampleur de son ressenti. Cela signifierait-il une élaboration psychique bâtie à partir d'un mécanisme de clivage?

Madame D a cette phrase qui m'étonne: "et être une femme, comme dit ma mère". Quel sens cela prend-t-il? Qu'est-ce qu'être une femme pour Madame D? Comment se perçoit-elle? Qu'est-ce que cela dit du rapport qu'elle entretient avec sa mère?

Sa tentative d'explication concernant les effets de corps qu'elle ressent est emprunte d'une pulsion de mort exprimée; en quoi cela fait-il sens dans la problématique de Madame D? Ces effets de corps seraient-ils l'expression d'une angoisse?

Elle déclare ne pas être la seule heurtée par sa situation, évoquant les médecins et les traitements impuissants. Serait-ce une façon de partager son délire avec l'autre, effaçant l'asymétrie nécessaire à toute relation d'altérité? Il n'y aurait alors plus ni médecin ni patient, seulement la construction délirante.

Madame D semble regretter sa vie d'avant; mais de quel "avant" s'agit-il? Puis-je supposer qu'il y a eu un événement déclencheur et qu'elle fait référence à cet "avant" là? Lorsqu'elle évoque ses parents, c'est pour signifier qu'auprès d'eux seulement elle connaît des temps de répit. Elle insiste sur le fait que son père, "malade", a besoin d'elle. Qu'est-ce que cela dit de la nature des liens entretenus entre Madame D et ses parents? Exprimerait-elle sa difficulté à être séparée d'eux?

Je fais le constat que Madame D est dans une certaine maîtrise de la situation. En effet, elle décide du nombre de tours de parc qu'elle souhaite effectuer, elle décide de ce qu'elle dit et ne dit pas, reste très évasive sur ce qui ne touche pas à sa construction délirante. Cependant, des propos de Madame D ressort son absence totale de contrôle de ce qu'il se passe pour elle, elle semble comme figée dans une posture de passivité et de soumission à ses persécuteurs. Je crois que ce qui se manifeste ici relève en partie de mon désir d'accéder à l'univers psychique de Madame D. Pour cela, peut-être dois-je accepter d'être manipulée par elle. Ce qui lui permet, le temps d'un tour de parc, de se défaire de la jouissance d'un autre persécuteur, en témoignant de son vécu.

3- Troisième tour de parc

Le lendemain, Madame D m'interpelle à nouveau pour un tour dans le parc. Tout comme la veille, elle me décrit les sensations qu'elle ressent, insistant sur le fait que c'est toujours très présent. Elle met en lien certaines pensées qu'elle a et les sensations qui surgissent, comme "des décharges électriques". Elle me dit par exemple: "j'ai pensé à la scintigraphie et j'ai reçu une décharge au cœur". Elle dit ne souhaiter cela à personne, que sa "vie n'est pas enviable". Elle me dit avoir vu le psychologue dans la matinée et avoir beaucoup parlé de ses échecs. Elle dit en effet avoir connu "beaucoup d'échecs" dans sa vie et "peu de bonheurs". Elle évoque vaguement son enfance, disant ne pas avoir de "problèmes de ce côté là". Ses parents étaient "aimants et câlins", ils l'auraient "toujours beaucoup gâtée".

Elle évoque également son mariage, suite auquel elle a eu un fils, âgé d'une trentaine d'année aujourd'hui, et son divorce sept ans après, disant qu'elle avait "un mari violent". "Les choses se sont gâtées après la séparation" ajoute Madame D, puis "je veux aller vers le haut et des forces me tirent vers le bas". Elle me confie ne plus se "sentir en sécurité nulle part", pas même à l'hôpital. Elle dit ne pas réussir à ne pas penser à ce qu'elle ressent car "cela fait partie de mon corps". Elle termine ses propos en me disant que c'est l'heure du goûter pour les patients, puis me remercie de l'avoir écoutée. Je suis étonnée de la manière si terre-à-terre par laquelle Mme D termine cet échange. J'entrevois ici la nécessité pour Madame D de la présence de l'autre, à ce moment l'hôpital, même si elle dit ne pas s'y sentir en sécurité. La fonction contenante de l'hospitalisation serait-elle un substitut à la fonction contenante primaire? Cela serait-il en lien avec une défaillance des premières relations objectales?

Je suis interpellée par la façon dont Madame D passe sur son enfance, disant ne pas avoir de "problèmes de ce côté là", ce qui est paradoxal avec son idée qu'elle a connu "peu de bonheurs". S'agit-il d'un mécanisme de déni?

Madame D ne parle pas de son fils, parle très peu de son mari et de leur relation empreinte de violence. D'ailleurs, à cette évocation, elle ne montre pas d'affect particulier. Elle dit néanmoins que "les choses se sont gâtées après la séparation"; ferait-elle référence au début des persécutions?

Elle dit ne plus se sentir en sécurité nulle part; d'un côté, elle l'explique par le fait que ce qu'elle ressent est selon ses propos, dans son corps. Le corps paraît donc central dans l'énigme que propose Madame D, mais en quoi? Je repère à nouveau un paradoxe car Madame D parle de "forces extérieures", finalement à l'intérieur d'elle-même.

Quelques temps après cet échange, je rencontre le psychologue de Madame D afin d'en discuter. A ce moment, il me dit ne l'avoir vu qu'une seule fois, du fait de contraintes temporelles, mais le suivi doit se mettre en place de façon plus assidue. Lorsque je lui explique que Madame D me sollicite pour faire des tours de parc à ses côtés, il me dit avoir pensé à cette possibilité également. Ainsi, Madame D en provoque quelque chose. Quel sens cela a-t-il pour elle?

4- Présentation clinique

Une présentation de malade est organisée dans le service et il a été proposé à Madame D d'y participer, ce qu'elle a accepté. Ainsi, je la rencontre dans un cadre bien différent du

cadre habituel. Je ne suis pas très à l'aise au début, je crains de gêner la patiente si elle m'aperçoit. En fait, je me rends vite compte que la gêne vient de moi. Je me sens presque voyeuriste, intruse dans le récit que Madame D fait de son histoire, ce qui semble paradoxal puisque nous sommes une vingtaine à l'écouter. Je réalise que cette gêne me vient du fait que j'espère en savoir plus sur Madame D, parce que j'ai la sensation que son discours est régi par la répétition lors des tours de parc.

J'apprends effectivement quelques éléments nouveaux par rapport au passé de Madame D. Ainsi, elle est d'origine portugaise; sa famille a migré en France lorsqu'elle avait 8 ans, suite à l'incendie de l'épicerie de ses parents. Madame D raconte: "je rentrais de l'école et j'entendais la sonnerie des pompiers. Tout le monde me disait cours vite chez toi, il y a le feu". Madame D ne montre pas d'affect particulier à l'évocation de cet événement.

Elle dit également faire partie d'une fratrie de 4 enfants, 3 filles et 1 garçon, Madame D étant la seconde. Elle se décrit comme étant "la plus fragile psychologiquement de la famille". A l'instar de ce qu'elle m'avait dit lors d'un tour dans le parc, elle précise avoir eu "une enfance heureuse, sans histoire", que sa "scolarité s'est toujours bien passée". Cependant, j'apprends que la petite sœur de Madame D "a été assassinée, sauvagement" il y a 13 ans. Elle dit que ses parents, particulièrement son père qui s'est mit à boire plus que d'ordinaire, "ne s'en sont jamais remis". Elle insiste sur le fait que son père "n'est pas alcoolique", "avant, il buvait normalement". Elle précise qu'il a une cirrhose du foie, "pas à cause d'un abus d'alcool mais parce que ma sœur est décédée". A nouveau, Madame D parle sans expression d'affect.

Un ou deux ans avant le décès de sa sœur, peu après son divorce, les "phénomènes de rayons" ont commencé "sans être aussi envahissants" à l'époque. Madame D raconte qu'elle était poursuivie par "des centaines de gens" en permanence, elle se sentait "harcelée". Elle dit avoir alors fait "appel à un journaliste pour qu'il mette fin à cette situation", mais "pas à la police, ils ne m'auraient pas crue". Elle pense en effet que le journaliste pouvait "écrire quelque chose sans me nommer et les gens se seraient reconnus". Sa tentative médiatique a échoué mais les poursuites ont fini par cesser: "comme un fait exprès, à la mort de ma sœur, ces gens ont arrêté de me suivre". Cependant, elle donne là une esquisse d'explication au fait qu'elle se sente persécutée: "ces gens ont arrêté de me suivre" mais pas les médias, "peut-être parce que je me suis trop intéressée à mon sort par les médias". "Ils arrivent à déceler ce que je pense, imaginez comme la technologie humaine est avancée". Il y a quand-même une énigme pour Madame D: "pourquoi moi? C'est la question que je me pose". Elle se décrit comme "quelqu'un de doux et gentil", "je ne suis pas méchante". Elle ajoute: "j'ai rien fait. Arrêtez de me faire du mal".

A un moment pendant la présentation, Madame D demande à sortir pour "prendre l'air", précisant que "la chaleur me fait tourner la tête". A son retour, elle dit: "je ne vais pas pouvoir rester très longtemps, parler m'enlève ma force vitale et j'ai besoin d'être réénergisée".

Lorsque le psychanalyste lui demande ce qu'elle fait en dehors de l'hôpital, Madame D répond qu'elle est "très engagée dans des associations", qu'elle fait "des activités de bénévolat". Elle explique alors que "par exemple pour Noël, on fait un grand repas, on prépare le repas, on fait des guirlandes". La description qu'elle donne des associations dont elle fait partie me fait penser à des associations de charité pour personnes isolées socialement. Ce qui viendrait en contradiction avec ce qu'elle dit concernant ses parents, à savoir qu'ils ont besoin d'elle; pourtant, elle conclut la présentation en disant qu'elle a été récemment chez ses parents: "comme par hasard, j'étais bien, j'étais motivée, j'étais souriante".

A l'issue de la présentation, une discussion s'engage entre ceux qui y ont assisté. Ainsi, j'entends une personne dire que Mme D avait déjà été présentée lorsqu'elle était hospitalisée dans un autre secteur, et qu'à l'époque, elle était agressive et revendicatrice envers le personnel soignant, ce qui n'apparaît pas lors de l'hospitalisation actuelle. La personne ajoute que c'est le même psychanalyste qui avait fait la présentation à l'époque; celui-ci n'en a aucun souvenir... Il me semble que beaucoup de solitude entoure Madame D.

Après la présentation clinique, Madame D me demande à plusieurs reprises "à quoi ça a servi". Elle semble soucieuse de comprendre, ou plutôt de vérifier. En effet, lorsque je lui réponds que l'un des buts de la présentation est de réfléchir à plusieurs sur la situation d'un patient, elle cherche à savoir si son "cas est difficile".

La semaine d'après, je revois Madame D lors d'une promenade organisée avec des patients. Je lui demande comment elle va et au ton de sa voix lorsqu'elle me répond, je perçois qu'il est plus opportun de ne pas trop l'inciter à verbaliser autour de son délire.

5- Face à face

Il se passe ensuite quelques jours pendant lesquels Madame D ne me sollicite pas pour marcher avec elle. Malgré tout, nous nous croisons régulièrement dans le service et nous nous saluons. Elle est toujours plaintive auprès des soignants mais capable de se concentrer sur autre chose si on la sollicite. Lors d'une promenade avec d'autres patients, elle me parle de son goût pour la cuisine, des recettes qu'elle aime faire et qu'elle réussit. Ses propos sont assez

auto-dévalorisants toutefois car elle répète à plusieurs reprises qu'elle ne fait rien de compliqué, qu'elle ne sait faire que des choses simples.

La semaine d'après, je suis installée dans le bureau dans lequel je propose une permanence d'écoute pour les patients, lorsque Madame D entre et s'installe. Pour la première fois, elle semble désireuse d'un face à face. Elle semble très inquiète, s'exprime de manière très plaintive. Elle me raconte que sa psychiatre lui a prescrit une augmentation d'un médicament: "je crains les réactions de mon corps". Elle dit que son "état empire" et qu'elle est "entièrement envahie". Elle m'explique qu'au moment où elle me parle, elle ressent des sensations dans les jambes. "Je ne sais plus où me mettre" me précise-t-elle. Elle dit avoir confiance en sa psychiatre et ajoute "c'est les réactions de mon corps en quoi je n'ai pas confiance". Selon elle, augmenter ce médicament ne va rien changer, elle semble désespérée. Elle quitte le bureau rapidement pour se diriger vers le réfectoire, c'est en effet l'heure de la collation proposée aux patients.

Ici, il me semble percevoir une discordance. En effet, Madame D semble très inquiète de l'augmentation de son traitement et elle tient des propos contradictoires; d'un côté elle craint les réactions de son corps face à ce changement, de l'autre elle paraît convaincue que cela ne va rien changer. Si madame D pense qu'augmenter son traitement ne va rien changer, pourquoi est-elle si inquiète? Il y a beaucoup de paradoxe dans ce qu'elle dit et je m'interroge sur la fonction que prend le délire chez elle. Est-elle désireuse de s'en débarrasser, comme elle a pu l'exprimer lors des tours de parc que nous avons fait ensemble? Je n'en suis pas si sûre. Probablement, le délire tient Madame D, peut-être contre l'effondrement.

SYNTHESE

Madame D est une patiente hospitalisée en unité d'admission psychiatrique suite à un délire de persécution après avoir pris connaissance de l'accident d'un pilote automobile célèbre. Nos rencontres s'effectuent dans le parc de l'hôpital, lieu propice à Madame D pour la description minutieuse de sa construction délirante. Au fil de nos rencontres, un élément paradoxal essentiel semble surgir de son discours. En effet, la temporalité de Madame D est comme figée sur ce temps de mise en mouvement du délire actuel, avec quand-même la verbalisation d'un désir de retrouver un état antérieur, sa "vie d'avant", malgré un parcours marqué d'expériences tragiques, pourtant désaffectées: l'incendie, le mari violent, l'assassinat de sa sœur. Le paradoxe semble continu dans la mobilisation de l'appareil psychique de Madame D: concernant son délire, son corps, l'hôpital, ses parents et moi-même. Plusieurs interrogations s'élaborent à partir de sa clinique; comment comprendre le contenu du délire de

Madame D? En quoi les paradoxes qui affectent sa psyché sont-ils révélateurs de son fonctionnement psychique?

PROBLEMATIQUE

La clinique élaborée précédemment, avec toutes les questions qu'elle pose, m'interroge du côté d'une défaillance relationnelle primaire, qui aurait empêché Madame D d'accéder à la métaphore paternelle et au symbolique. **Ainsi, en quoi le délire de persécution de Madame D dévoile-t-il un fonctionnement psychique marqué par une défaillance narcissique primaire, et comment lui permet-il de s'en défendre?**

Hypothèse 1: Le traumatisme de l'incendie révélerait un fonctionnement psychique marqué par le clivage du moi.

Hypothèse 2: Le divorce de Madame D est l'événement qui révélerait une forclusion du Nom-du-Père (carence des processus de symbolisation).

Hypothèse 3: La construction délirante viendrait colmater la béance du symbolique.

ARTICULATION CLINICO-THEORIQUE

Avant de commencer, il est important pour moi de préciser que les rencontres avec Madame D ont été courtes, peu nombreuses, et se sont terminées rapidement avec sa sortie d'hospitalisation. Son discours parcellaire, presque anecdotique, comme "une accumulation de remarques qui ne participent à l'élaboration d'aucune histoire" (Mervant, 2011, p. 22) sera donc analysé comme emprunt d'expériences indicibles. Je soutiendrai mes hypothèses à partir de ces fragments, en tentant de faire du lien dans le hors-sens auquel elle est en proie. Je suis néanmoins consciente de la relativité de mes propos et du déploiement de ma pensée.

1- Un fonctionnement psychique marqué par le clivage du moi

1-1 Surgissement d'un brasier

Lorsque Madame D parle de son enfance, elle n'entre pas dans l'historisation. Elle peut en dire quelques généralités, comme avoir eu "une enfance heureuse", "une scolarité qui s'est bien passée", mais elle ne donne aucun détails, aucun éléments particuliers, outre celui de

l'incendie de l'épicerie de ses parents. Nous pouvons alors penser que cet événement a été signifiant pour Madame D, et qu'il a pu prendre part dans la construction de son fonctionnement psychique. Concernant cet élément de sa vie, Madame D reste cependant très évasive; elle explique les conséquences que cela a eu pour sa famille, à savoir leur départ pour la France, mais ne dit rien de ce qu'il s'est passé exactement, ni de la façon dont elle l'a vécu. En somme, son discours est désaffecté, privé du moindre affect. Nous écartons l'hypothèse qu'elle n'en a pas de souvenir, car elle en remémore un lorsqu'elle dit: "je rentrais de l'école et j'entendais la sonnerie des pompiers. Tout le monde me disait cours vite chez toi, il y a le feu". Par conséquent, il semblerait que Madame D n'a aucune représentation de cet événement, et qu'elle a barré le processus de décharge de l'énergie pulsionnelle qui lui est lié.

Nous pouvons supposer qu'un tel événement produit plusieurs effets. D'une part, des effets immédiats tels que la vision du feu ravageant l'épicerie, la crainte peut-être que l'intégralité de la famille n'en soit pas sortie avant le déclenchement, l'impuissance de la famille et l'atteinte narcissique devant la constatation des dégâts. D'autre part, des effets collatéraux, concernant l'économie de la famille, l'épicerie étant probablement la principale source de revenus, le changement de pays, le changement de langue et de codes culturels, et l'éloignement de l'entourage familial. Tout ces éléments nous font penser que Madame D et sa famille ont vécu un traumatisme lors de l'incendie de l'épicerie parentale, un "traumatisme secondaire" affectant "l'intégration de l'expérience dans la secondarité" (Roussillon, 1999, p. 16). Ainsi, il semblerait qu'il n'y ait pas eu de travail de réappropriation de cette expérience par la subjectivation, de la part des parents de Madame D. C'est eux en effet qui par ce travail, auraient pu décrypter le traumatisme afin de le transmettre à leurs enfants, dans une parole incarnée. Ce défaut de transmission montrerait qu'ils n'ont pu s'extraire de leur histoire traumatique pour se soustraire à son emprise, sans la refouler, afin de la considérer, de l'élaborer, de la subjectiver et de l'inscrire. Ce refoulement à l'œuvre chez les parents de Madame D a pour conséquence un défaut d'inscription du traumatisme dans la psyché de Madame D, qui viendrait révéler un fonctionnement singulier dans la dynamique psychique de cette dernière.

1-2 Mode de structuration

A plusieurs reprises dans le discours de Madame D, nous avons repéré des paradoxes. "Une enfance heureuse, sans histoire", malgré l'incendie et le départ brutal pour la France; un père qui "n'est pas alcoolique" malgré le fait que quand Madame D évoque son père, c'est pour dire qu'il boit et qu'il a une cirrhose du foie. De plus, à travers l'énonciation de Madame

D, nous l'entendons qui se cherche, trouvant difficilement l'énoncé qui exprimerait sa détresse: "dêque", "chouine", "j'y suis allée de mon gré mais par force"; Madame D se dit "bien portante", puis "malheureusement, il y a les sensations que je ressens"; elle dit ne pas être la seule heurtée par son délire, invoquant l'impuissance des psychiatres. Lorsqu'elle parle de sa mère, c'est sur un versant identificatoire qui n'est pas sans rappeler l'idéal du moi: "je n'arrive pas à faire pareil", "être une femme, comme dit ma mère". Ces différents éléments nous font penser que le discours de Madame D serait révélateur de mécanismes de déni, de projection et d'idéalisation, qui sont des mécanismes de défense archaïques. Or, Bayle nous dit que "le clivage est un résultat, le déni et l'idéalisation des processus défensifs" (2012, p. 43). Ainsi, il semblerait que l'élément majeur structurant la dynamique psychique de Madame D soit le clivage du moi. Selon ce même auteur, le clivage du moi est le résultat d'une défense "contre une carence narcissique par défaut de symbolisation et de subjectivation" (p. 195), et d'une défaillance dans la "constitution du pare-excitation du sujet" (p. 198). Cette mise en place d'un clivage du moi nous questionne quant à ce qui aurait pu empêcher la constitution d'un pare-excitation suffisant.

"L'analyse des conjonctures narcissiques-identitaires fait remonter le temps en direction des temps - hors temps qui sont impliqués dans le clivage et les défenses contre l'agonie, en direction de l'expérience du manque à être, du manque de soi dont elles sont à l'origine, elles invitent à une sorte de voyage dans le temps et hors du temps" (Roussillon, 1999, p. 34). Nous nous appuyons sur ces propos pour émettre l'hypothèse selon laquelle Madame D, dans sa vie de nourrisson, a vécu un "traumatisme primaire" (p. 16), ayant eu pour conséquence une carence du pare-excitation. D'après Roussillon (1999), la notion de traumatisme primaire s'étaye en trois temps. Lors du premier temps, l'appareil psychique du nourrisson est menacé par un déferlement pulsionnel, auquel il s'efforce de faire face dans une tentative de liaison ou de décharge du trop d'excitation. Dans un deuxième temps, du fait de l'immaturité psychique propre à l'enfant en bas âge, cette tentative échoue, ce qui provoque en lui un "état de détresse" (p. 18), proche de l'*hilflosigkeit* freudien, un état de désaide, état de tension et de déplaisir extrêmes. Si le sujet ne trouve pas de répondant dans l'objet premier que constitue la mère, si celui-ci n'apporte pas la satisfaction qui s'impose, alors il ne peut être investi comme "objet du manque" (p. 18), aimé par sa présence et haï par son absence. Survient alors le troisième temps lors duquel l'état de détresse n'est plus supportable, l'état de manque se détériore et "il dégénère en un état traumatique primaire" (p. 19), laissant une marque indélébile dans la psyché de l'enfant, qui n'est pas sans conséquence. C'est aussi ce que signifie Winnicott lorsqu'il indique que "le défaut d'adaptation de la mère au stade le plus

précoce ne produit rien d'autre que l'annihilation du self chez le petit enfant" (1956, p. 46). Ce délaissement transitoire du rôle de pare-excitation parental entraîne nécessairement un remaniement des processus de défense: "il y a une déstructuration de l'équilibre dynamique, suivie d'une restructuration selon des néoréalités isolantes remaniées" (Bayle, 2012, p. 150). Cela pourrait expliquer pourquoi Madame D, lorsqu'elle parle de son enfance, dit ne pas avoir eu de "problèmes de ce côté là", avoir eu "une enfance heureuse". C'est donc cet insupportable vécu dès l'origine, signalant le réel, qui la pousse à s'inventer une autre vie, à rechercher une suppléance. Dans le discours de Madame D, nous entendons que cette suppléance se construit dans le déni de la réalité et dans le clivage d'une partie d'elle-même liée au déchaînement pulsionnel traumatique.

1-3 Fixation à une position schizo-paranoïde?

Klein (1966) nous enseigne que la première source d'angoisse que ressent l'enfant est une angoisse de persécution car "l'action interne de l'instinct de mort donne naissance à la crainte de l'anéantissement" (1966a, p. 187). Toutes les angoisses ultérieures ressenties par l'enfant seront modelées sur ce premier état de tension. Les relations entre l'enfant et sa mère, au départ, sont des relations d'objet partiel, c'est-à-dire que l'investissement de l'enfant porte sur le sein de sa mère, réceptacle des "pulsions orales-libidinales et orales-destructrices" (1966a, p. 188). Il y a donc un clivage entre le bon objet (bon sein), celui qui gratifie et le mauvais objet (mauvais sein), celui qui frustre. C'est par l'introjection et la projection que l'enfant maintient ce clivage; en effet, il projette ses pulsions libidinales sur le bon objet et ses pulsions agressives sur le mauvais, tout en se constituant un bon et un mauvais objet à l'intérieur de lui-même. Le bon objet primaire tend à devenir l'objet idéal, prototype de l'idéal du moi.

Bien que nous ayons peu d'éléments consistants quant à la relation qu'entretient Madame D avec ses parents, particulièrement avec sa mère, nous pouvons malgré tout nous en faire une représentation, à partir des fragments s'y référant dans son discours. Madame D semble accorder beaucoup d'importance aux "conseils" que lui prodigue sa mère et elle paraît insatisfaite de ne pouvoir les suivre: "je n'arrive pas à faire pareil", "être une femme, comme dit ma mère". De plus, Madame D interrompt l'une de nos rencontres pour téléphoner à sa mère, ce qui pourrait nous indiquer l'existence d'un lien de proximité. Par ailleurs, Madame D tient à plusieurs reprises des propos auto-dévalorisants, ce qui nous fait penser que la projection est chez elle massive avec comme conséquence que les "parties bonnes du moi" sont senties comme perdues, et la mère devient de cette façon l'idéal du moi; ce processus, lui

aussi, aboutit à un affaiblissement et un appauvrissement du moi" (1966b, p. 283). Cette idéalisation peut aboutir à une dépendance exacerbée à l'égard des représentants extérieurs des parties bonnes du moi. Nous comprendrions ainsi pourquoi Madame D nous dit qu'elle ne se sent bien que lorsqu'elle est auprès de ses parents, notamment de sa mère, car une relation libidinale s'est établie avec l'objet idéal. La fixation à une position schizo-paranoïde trouverait donc son expression dans la fixation à un type de relation narcissique avec l'objet, celui-ci représentant avant tout une partie du sujet.

Ces différents composants de la dynamique psychique de Madame D, que sont le clivage du moi, la projection et l'idéalisation narcissique, nous font penser que Madame D n'est pas parvenue à réunir le bon et le mauvais en un seul et même objet, ce qui signifierait l'échec de l'accès à la position dépressive.

2- La carence des processus de symbolisation

2-1 La violence engendre la violence

Madame D aurait vécu sept ans avec "un mari violent", mais selon ses propos "c'est après la séparation que les choses se sont gâtées". A quoi Madame D fait-elle référence? Est-ce aux relations qui ont suivi avec son ex-mari ou aux conséquences que cela a eu pour elle? Nous optons en faveur de cette deuxième éventualité. En effet, elle indique dans la chronologie que c'est peu de temps après qu'elle a commencé à se sentir harcelée par "des centaines de gens". Ces "centaines de gens" nous rappellent les voisins de Madame D, lorsqu'elle vivait au Portugal, qui lui disaient de courir chez elle parce qu'il y avait le feu. Or, cette expérience est inscrite chez Madame D comme du non-représentable, clivé de son moi car révélateur des traces du traumatisme primaire ayant engendré une carence narcissique. Ainsi, nous pourrions déceler dans ces premiers temps de harcèlement, un retour du clivé, "répétition d'expériences n'ayant pas entraîné la satisfaction" (Roussillon, 1999, p. 52). Les "centaines de gens" refléteraient les voisins, en tant que premières figures des persécuteurs, liées à un événement traumatique. Cette mise à jour du nœud de la question centrale (Roussillon, 1999) chez Madame D aurait produit le déclenchement de ce qui du dedans l'aliénerait, à savoir la carence narcissique originale.

2-2 Carence des processus de symbolisation

Quand Madame D déclare que c'est après la séparation avec son mari que les difficultés sont apparues, elle dénie les difficultés qu'elle a rencontrées auprès de lui lors de

leur vie commune, qu'elle résume par l'adjectif "violent". Ainsi, il n'y aurait pas eu de travail d'élaboration dans l'après-coup de cette deuxième expérience traumatique par Madame D. L'impossibilité à faire des liens dont elle fait part signerait un défaut de symbolisation. Il semblerait alors que la séparation fasse pour elle événement, emprunt d'une charge de non-symbolisé. Cela aurait provoqué chez elle "un vacillement initial de la réalité" (Maleval, 2000, p. 53), lors duquel "une faille centrale s'ouvre dans le champ du symbolique, générant angoisse et perplexité" (p. 95). Madame D se serait alors retrouvée devant un vécu impensable et indicible, la laissant dans le désarroi face à une énigme indescriptible. Il y aurait alors eu une rupture fondamentale entre son espace psychique interne et la réalité. Cette impossibilité à supporter le trou dans le symbolique serait un indice en faveur d'une forclusion du Nom-du-Père.

Le Nom-du-Père est le signifiant de la fonction paternelle, qui par la nomination permet à l'enfant d'acquérir son identité en intervenant auprès de celui-ci comme privateur de la mère. En effet, l'enfant est dans un premier temps aux prises avec l'énigme du désir de la mère; il tente d'y répondre en étant l'objet qui lui manque, le phallus, et c'est par l'opération de la métaphore paternelle que va s'instituer le Nom-du-Père comme signifiant du désir de la mère. L'enfant quitte alors le statut d'assujet de la mère, il ne se situe plus comme objet de la jouissance maternelle. La métaphore paternelle introduit donc le sujet au statut d'être désirant et de langage, elle le situe dans l'ordre symbolique par la fonction de castration qu'elle admet.

Lorsqu'il y a forclusion du Nom-du-Père, il n'y a pas de coupure possible d'un mode de relation de l'enfant à sa mère caractérisé par le collage; la séparation d'avec l'objet primaire n'a pas lieu, par conséquent l'accès à la subjectivation non plus.

La séparation a donc pu se présenter comme moment inaugural d'une révélation de la forclusion du Nom-du-Père. La carence de la fonction paternelle aurait été entrevue et Madame D se serait trouvée dans la nécessité d'élaborer une suppléance, de se protéger contre les effets traumatisants de la réalité de sa perception. Ainsi seraient apparues les premières idéations délirantes, conséquences de la double temporalité spécifique à la forclusion; un premier temps correspondant au rejet de l'élément fondamental, un deuxième à son retour dans le réel à la suite de la rencontre avec une question qui implique cet élément. Nous faisons l'hypothèse que ce deuxième temps se serait manifesté pour Madame D de la façon suivante. Suite au divorce avec son mari, la partie de son moi clivée dont émanait les pulsions agressives à l'égard de celui-ci se serait retournée contre elle, n'ayant plus de nécessité de se diriger vers l'ex-mari; il y a donc eu un "épuisement des ressources alimentant le clivage aussi [l'a-t-elle doublé] par des formations projectives" (Bayle, 2012, p. 214), pour ne pas sombrer

en contrecoup de la désintrinsication des pulsions. Madame D aurait donc tout d'abord clivé puis projeté vers l'extérieur ses pulsions agressives et haineuses, ce qui aurait abouti au harcèlement par "des centaines de gens". Ainsi, nous constatons que la forclusion a pour conséquence que "les liens nécessaires à la symbolisation sont transformés et remplacés par des liens d'attaque" (Bayle, 2012, p. 198).

3- La construction délirante viendrait comme colmatage

3-1 Logique du délire

Le divorce, par la perte objectale de l'autre qu'il inaugure provoque le désarroi de Madame D, confrontée à l'absence du signifiant paternel, "avec ses conséquences majeures: le déchaînement du signifiant et la délocalisation de la jouissance" (Maleval, 2000, p. 95). Ainsi, il y aurait nécessité pour Madame D de mettre en place une suppléance, une incarnation de cette fonction paternelle carencée. Les premiers éléments délirants seraient donc apparus, mettant d'ores et déjà en scène un autre persécuteur. Madame D se dit "harcelée" par des "centaines de gens", les "phénomènes de rayons" apparaissent. Maleval nous apprend également que le sujet psychotique tient à son délire comme à lui-même, dans le sens où celui-ci est symptomatique d'une tentative d'auto-guérison, de stabilité dans une néoréalité permettant de remédier à l'énigme laissée par le chu du symbolique. Le délire serait donc le témoin d'une nouvelle certitude, que rien ne peut ébranler.

D'après Freud (1924), il y a un conflit psychique entre le moi du sujet psychotique et le monde extérieur, qui se répercute en deux temps. Au premier temps, le moi se clive de la réalité insupportable à l'origine du conflit. Au deuxième temps, il y a tentative de reconstruction d'une néoréalité par le moi pour satisfaire le ça. Cela permet au sujet de combler le vide laissé par le déni lors du premier temps. Ainsi, la folie dans le délire "est employée comme une pièce qu'on colle là où initialement s'était produite une faille dans la relation du moi au monde extérieur" (p. 285).

Chez Madame D, ce premier collage sur sa faille narcissique-identitaire semble encore fragile. En effet, bien qu'elle évoque les médias, disant avoir fait "appel à un journaliste pour qu'il mette fin à cette situation", elle précise ne pas avoir fait appel à la police: "pas à la police, ils ne m'auraient pas crue". La police, symbolique de la loi, incarnant peut-être davantage que le journaliste la métaphore du Nom-du-Père. Nous supposons donc qu'à ce stade, Madame D en était à une première ébauche du délire. Celui-ci se serait potentiellement affirmé par l'événement dramatique qu'est l'assassinat de sa petite sœur. Il y aurait donc bien

une édification du délire, telle que la décrit Lacan: "c'est le défaut du Nom-du-Père à cette place qui, par le trou qu'il ouvre dans le signifié amorce la cascade des remaniements du signifiant d'où précède le désastre croissant de l'imaginaire, jusqu'à ce que le niveau soit atteint où signifiant et signifié se stabilisent dans la métaphore délirante" (1957-58, p. 577). Le nouveau développement du délire trouve donc son ancrage dans le troisième événement traumatique relaté par Madame D, sa petite sœur qui "a été assassinée, sauvagement".

3-2 Analyse du délire

En quoi le délire de persécution de Madame D est-il une création singulière? En quoi lui appartient-il? En quoi met-il en jeu ses équations psychiques individuelles?

Nous faisons l'hypothèse qu'à partir du décès de sa sœur, qui est à nouveau la perte d'un autre, la construction délirante se confirme et se stabilise dans des idées dans lesquelles elle est "attaquée par une force humaine, humaine car intelligente" et "manipulée par des forces supérieures, extérieures". Des personnes qui la "connaissent depuis longtemps", qui la "surveillent depuis longtemps", qui lui "envoie des ondes par satellites". Madame D décrit bien l'énigme qui se pose pour elle: "pourquoi moi? C'est la question que je me pose". "Le phénomène central dans les psychoses est [...] un moment lors duquel le sujet éprouve la certitude d'être visé par une signification dont le sens lui est particulièrement énigmatique" (Maleval, 2000, p. 103). C'est ce qui se passerait pour Madame D. Elle sait ce qu'elle vit et ce qu'elle ressent, elle sait que c'est adressé à elle, mais ne sait pas pourquoi. Ce non savoir serait du côté d'un refus de savoir, car finalement, Madame D laisserait échapper qu'elle en sait quelque chose: "ils arrivent à déceler ce que je pense, imaginez comme la technologie humaine est avancée"; "peut-être qu'on pense que je trouve du plaisir à ce qu'une personnalité disparaisse". Madame D nous affirme que les forces dont elle parle peuvent savoir ce qu'elle pense, et sans que cela ne se heurte aux propos précédents, elle fait l'hypothèse qu'on l'accuse de se réjouir de la mort de personnalités. Ce qui a été forclos ne ferait donc pas partie de son inconscient. Il nous semble que la "personnalité" dont elle parle pourrait être la figure de sa sœur, qui ferait éternellement retour dans le réel de Madame D, par le débordement de jouissance provoqué au moment de l'assassinat. Assassinat, déferlement de haine dans la réalité. Ainsi, par un mécanisme d'identification projective, il y aurait un retournement de la haine ressentie à l'égard de sa sœur, sur elle-même. Madame D nous précise que sa sœur a été tuée "sauvagement". Nous pouvons penser que le "sauvagement" de Madame D serait référencé au corps de sa sœur, dans une mise en scène dramatique, ce qui pourrait nous expliquer en quoi le corps est autant investi dans le délire de Madame D: "manipulée",

"attaquée", "la cible". A l'instar du corps de sa sœur, qui a été possédé par un autre jusqu'à la mort réelle, le corps de Madame D serait en possession d'un autre persécuteur.

Avec la forclusion du Nom-du-Père, nous avons vu que ce que le sujet refuse, c'est la castration, incarnée par le signifiant de la métaphore paternelle, en tant qu'elle sépare l'enfant d'une relation de collage à la mère. Il nous apparaît alors que l'assassinat de la sœur de Madame D aurait doublement éveillé le traumatisme primaire. D'une part, il serait venu mettre à jour l'agressivité interne de Madame D, d'autre part il l'aurait à jamais privée d'être le phallus vis-à-vis du premier objet, d'être tout pour l'autre. En effet, Madame D nous dit que ses parents "ne s'en sont jamais remis" "parce que ma sœur est décédée". Elle ne suppléerait donc pas la béance laissée par la perte. Ces mots de Madame D nous font penser que ses parents, confrontés à nouveau à un traumatisme, n'auraient pu le dépasser. L'histoire de la famille de madame D serait donc jalonnée d'événements traumatiques qui ne s'élaborent pas à la première génération, le défaut de symbolisation chez Madame D étant un exemple de réponse choisie à la deuxième génération.

Dans le discours de madame D, nous avons pu repérer des éléments mégalomaniacques. En effet, elle se définit comme "un cas unique", "un cas atypique", "un cas difficile". Elle se positionne comme l'élue, celle qui a été choisie par "une force supérieure", "une force très intelligente". Elle se décrit comme étant "quelqu'un de doux et gentil", qui "n'a rien fait de mal". Elle déclare que sa situation est problématique pour "les médecins qui me suivent" et que "les traitement n'y font rien". Elle dit être "la seule dans cet état désespérant". Ainsi, à l'instar du Président Schreber, chez Madame D "le moi est dédommagé par le délire des grandeurs" (Freud, 1911, p. 445). La cruauté dont elle est l'objet par ses persécuteurs ne ferait que souligner plus encore la gentillesse qui la caractériserait. Ce serait un moyen pour Madame D de se défendre contre le retour dans le réel, de mettre à distance ce qu'elle refuse. Cela nous parlerait également de la fonction de son délire, comme une mise en sens d'une existence marquée par le trauma, par l'indicible, par l'intransmissible. L'Autre persécuteur, par l'omnipotence de son pouvoir sur Madame D, serait celui qui comble le vide, l'absence, la perte et la solitude. Ainsi, le délire participerait d'un processus de guérison, un dispositif signifiant dans le but de remédier à la faille symbolique initiale. "Le délire est une tentative de liaison symbolique secondaire d'une expérience traumatique primaire non symbolisée primairement. C'est aussi un mode de cicatrization par la symbolisation secondaire du retour du clivé de l'expérience agonistique primaire. C'est pourquoi les délires représentent souvent des expériences cataclysmiques, [...] ils tentent de signifier dans le présent ou l'avenir

l'expérience agonistique qu'ils n'ont pu inscrire en son temps dans leur histoire" (Roussillon, 1999, p. 34). Le délire serait le semblant qui rassemble Madame D.

3-3 Relation transféro-contre-transférentielle

Comme nous l'avons précisé précédemment, le délire construit par Madame D a une fonction singulière; il l'anime, animer au sens où pour en parler, elle semble avoir besoin d'en passer par le mouvement.

Nous concevons que nos rencontres se sont déroulées dans un cadre particulier, qui laisse en suspens la question de la thérapeutique. Bien que nous nous soyons positionnée comme psychologue stagiaire auprès de Madame D, les tours de parc que nous avons effectués ensemble peuvent être assimilés à des "incursions marginales" (Racamier, 1970, p. 10), dont il nous faut nécessairement en élaborer le sens.

Dans le discours de Madame D, nous percevons qu'elle émet différentes demandes selon son interlocuteur. Vis-à-vis de la psychiatre, celle-ci semble du côté de la médication et du soulagement immédiat. Madame D explique effectivement à plusieurs reprises être "décue du résultat", signifiant par là l'attente dans laquelle elle est plongée concernant les effets de son traitement. Concernant le psychologue, elle dit en espérer de l'aide. Nous concernant, elle ne nous interpellait alors ni du côté du traitement médicamenteux, ni du côté de l'aide. Cette façon pour Madame D de séparer les rôles soignants pourrait être une manifestation de son fonctionnement en clivage. Si elle a pu dire ne pas se sentir en sécurité à l'hôpital, ce pourrait être dû à son impossibilité d'investir le service comme un lieu uni, cohérent et cohésif. En somme, comme un objet total. Or, en favorisant l'aspect informel de ces tours de parc, nous avons pu nous-mêmes nous engouffrer dans un fonctionnement clivant, à l'instar de Madame D, dans le sens où nous avons clivé les espaces de soin. Nous connaissons effectivement avec Racamier (1970) l'importance de la thérapeutique institutionnelle, comme un ensemble continu et coordonné d'éléments interdépendants, et l'importance "de l'équipe traitante, que l'on doit considérer collectivement comme l'auteur de la prise en charge" (p. 66). Ainsi, nous avons pu nous situer parfois en miroir auprès de Madame D, répétant son fonctionnement et reflétant la solitude contre laquelle elle-même se défend.

La fixation à la position schizo-paranoïde chez Madame D nous renseigne quant à une défaillance de l'intériorisation du bon objet. Cela ne lui permet donc pas de contrecarrer les processus de clivage et de dispersion à l'œuvre à cette position. La dispersion se manifeste par les sensations que Madame D ressent dans son corps, elle s'entend aussi lorsque Madame D nous dit "je veux aller vers le haut et des forces me tirent vers le bas". Ceci témoignerait d'une

angoisse de fragmentation, de morcellement, contre laquelle Madame D lutterait en se mettant en marche, dans le parc. Pourrions-nous y voir une tentative de fuir ses persécuteurs? Ces persécuteurs, signifiant le retour du forclos dans le réel. Ainsi, ces tours de parc nous mèneraient aux confins de la pulsion d'emprise, qui est selon Freud (1905) une pulsion de maîtrise sur le monde ou sur autrui, une violence contre le réel. C'est en effet le réel qui ferait retour dans le délire de Madame D. Dans l'expérience d'impuissance et de déplaisir qu'elle vivrait aux prises avec les attaques d'un Autre, c'est dans le mouvement, tant au sens de la mobilité qu'au sens de l'impulsion, donc dans le mouvement de rage impuissante, qu'elle exprimerait d'ailleurs verbalement, que se manifesterait la pulsion d'emprise. Cette mise en mouvement d'un désir de destruction retourné finalement contre elle-même, soumis à la contrainte de répétition, ne laisserait pas de place à l'élaboration et la sublimation et marquerait le manque de lien des idées. Ces tours de parc signifieraient alors que nous tournions en rond.

Finalement, peut-être sommes-nous pour Madame D un "objet-dépotoir soulageant", selon une expression de Racamier, participant à la création d'un "lieu aussi stable que possible à cette personne pour qu'elle puisse parler chaque fois qu'elle le désire" (Mervant, 2011, p. 23). Ainsi, ce lieu de parole que nous avons proposé à Madame D a pu lui permettre de se situer dans son espace singulier délimité par le délire. En nous faisant témoin de son vécu, en accompagnant la verbalisation, en nous mettant à la disposition de la patiente, nous avons pu co-construire avec Madame D un dispositif contenant de sa vie psychique.

3-4 L'autre qui contient

Lors du dernier échange que nous avons eu avec Madame D, elle nous a montré son inquiétude, que nous mettrions en lien avec son sentiment de "ne pas se sentir capable de ça aujourd'hui", faisant référence à une sortie d'hospitalisation. Le changement de traitement prescrit par la psychiatre pouvait signifier pour Madame D une sortie imminente, ce qui s'est probablement trouvé confirmé, car nous ne l'avons plus revue ensuite. Nous nous questionnons quant à cette crainte de quitter l'hôpital, Madame D ayant déjà mentionné le fait de ne se "sentir en sécurité nulle part". Nous nous autorisons à faire des liens. Les persécuteurs désignés par Madame D sont inaccessibles: "forces supérieures, extérieures"; "ondes par satellites". Ce qui semblerait expliquer pourquoi elle ne sent en sécurité nulle part, étant toujours susceptible d'être rattrapée par la jouissance de cet Autre. Mais l'hôpital, en tant que chaque soignant par elle investi, aurait une fonction de pare-excitation; "il n'isole pas: il amortit. Il ne défigure pas non plus: il filtre. Le fracas du monde [du monde interne de

Madame D] ne transperce pas cette enveloppe à la fois vivante et virtuelle; il ne la déchire pas" (Racamier, 2001, p. 55). Ainsi, la plainte de Madame D, ne pas se sentir en sécurité à l'hôpital mais ne pas vouloir en sortir, serait understandable parce qu'elle s'appuie sur la fonction stabilisatrice du lieu de soin, par un appel à l'autre de ne pas la laisser seule encore une fois, seule face à la béance du symbolique. Il est nécessaire qu'un autre soit toujours là, parfois ses parents, parfois les associations dans lesquelles elle s'engage, parfois l'hôpital. Finalement, la sortie de Madame D a été possible par la mise en place d'un étayage conséquent à l'extérieur, preuve de la possibilité et de la continuité du lien et du soin auprès de cette patiente.

SYNTHESE

Le fonctionnement psychique de Madame D, marqué par les mécanismes de défense archaïques que sont le clivage du moi et le déni, serait révélateur d'une fixation à une position schizo-paranoïde. Le divorce avec son mari, par la mise à jour d'un contexte de violence et par la perte d'un autre, aurait provoqué une désorganisation de l'univers psychique de Madame D. L'absence de symbolisation face à ce bouleversement serait un signe en faveur d'une forclusion du Nom-du-Père. La construction d'un délire de persécution par Madame D aurait alors émergé pour pallier le manque à être. Le décès de la jeune sœur de Madame D serait venu alimenter, puis stabiliser le délire.

Madame D, pour mettre du sens là où il pourrait s'échapper, serait dans la nécessité d'en passer par le mouvement de son corps, lieu de convergence des hallucinations sensibles.

Les mécanismes psychiques étudiés nous orientent vers l'hypothèse d'une défaillance narcissique primaire et d'une carence de la symbolisation. Madame D nous interpelle du côté d'un étayage important dans l'accompagnement de son délire, dans son appel à l'autre.

CONCLUSION

"Le clivage dans la relation entre le patient et [le clinicien] laisse ce dernier dans la situation d'un voyageur disposant seulement de la moitié d'une carte pour visiter un pays dont la moitié est terra incognita" (Bayle, 2012, p. 176). Que le clivage en soit l'une des raisons, qu'il y en ait certainement beaucoup d'autres, c'est effectivement en tant qu'exploratrice de l'âme que j'ai vécu cette rencontre avec Madame D. A l'issue de cette note de recherche, des questionnements concernant la problématique de cette patiente subsistent. Tout d'abord, je n'ai pu interroger la fonction de la libido dans son économie psychique, or la prévalence des sensations corporelles sur les jambes et dans le cœur me fait penser que la dimension sexuelle pourrait être à questionner. De plus, Madame D parle très peu des hommes de son entourage: son père, son frère, son mari, son fils. Ensuite, je n'ai fait qu'amorcer ce qui semblerait être investi d'une façon si particulière par Madame D, à savoir le corps. Enfin, je n'ai pu que survoler la question de la thérapeutique. Madame D a vécu de nombreuses hospitalisations et il pourrait être intéressant d'approfondir les éléments concernant l'évolution du délire.

Cette note de recherche n'est donc pas exhaustive mais en partie révélatrice de mes choix théoriques et de mon expérience clinique en psychiatrie. Je suis consciente qu'il n'y a pas de vérité définitive et que penser l'intégralité de la situation s'avère difficile. Il me semble qu'outre la complexité de chaque cas clinique, il reste toujours quelque chose qui échappe, peut-être avant tout parce que cela échappe au sujet lui-même. C'est orientée par cette part de mystère que je souhaite me construire en tant que clinicienne car je crois que c'est guidée par un intérêt innocent mais non dupe que je serai le plus en capacité d'écouter et de recevoir la singularité du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- Bayle G., *Clivages. Moi et défenses*, Paris, PUF, 2012.
- Doucet C., *Le psychologue en service de psychiatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2011.
- Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, tr. fr. Paris, Gallimard, 2005.
- Freud S. (1911), "Le président Schreber", in *Cinq psychanalyses*, tr. fr. Paris, PUF, 2008.
- Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, tr. fr. Paris, Payot, 2010.
- Freud S. (1924), "La perte de la réalité dans la névrose et la psychose", in: *Névrose, psychose et perversion*, tr. fr. Paris, PUF, 1973.
- Freud S. (1924), "Névrose et psychose", in: *Névrose, psychose et perversion*, tr. fr. Paris, PUF, 1973.
- Klein M. (1966), "Notes sur quelques mécanismes schizoïdes", in *Développements de la psychanalyse*, tr. fr. Paris, PUF, 1995.
- Klein M. (1966), "Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés", in *Développements de la psychanalyse*, tr. fr. Paris, PUF, 1995.
- Lacan J. (1953, 1963), *Des Noms-du-Père*, Paris, Seuil, 2005.
- Lacan J. (1957-58), "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose", in *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, pp. 531-583.
- Maleval J.-C., *Logique du délire*, Paris, Masson, 2000.
- Mervant J., *Délires et psychose*, Paris, CampagnePremière, 2011.
- Racamier P.-C. (1970), *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot, 1993.
- Racamier P.-C., *L'esprit des soins. Le cadre*, Paris, Les Editions du collège, 2001.
 - Roussillon R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 1999.

Un délire en mouvement: rencontre avec Madame D

Résumé:

Madame D est une patiente de 52 ans hospitalisée dans un service d'admission dans un centre de santé mentale. Elle fait part d'un délire de persécution dans lequel des forces supérieures lui envoient des ondes par satellites, ce qui provoque chez elle des hallucinations tactiles, ressenties particulièrement dans les jambes. Madame D investit le parc de l'hôpital, marcher et raconter son délire l'apaisent.

La vie de Madame D est jalonnée d'expériences traumatiques telles que l'incendie du commerce de ses parents lorsqu'elle était enfant, le divorce avec un mari violent, et le meurtre de sa jeune sœur.

La clinique de Madame D, témoignant de mécanismes de défense archaïques, nous interpelle du côté d'une fixation à la position schizo-paranoïde et d'une forclusion du Nom-du-Père.

Mots-clés:

Délire de persécution - Position schizo-paranoïde - Forclusion du Nom-du-Père - Traumatisme - Mouvement.

Summary:

Mrs. D is a 52 years old patient admitted to the psychiatric hospital. She relates a persecution mania; she is attacked by a superior force, who send her some waves by satellites. She has a lot of tactile hallucinations on her body, particularly on her legs. Mrs. D appreciates the hospital park to walk and relate her delirium because it is pacifying.

Mrs. D's life is marked with traumatic events. The fire in the family grocery shop when she was a child, the divorce with a violent husband, the murder of her young sister.

The clinical factors of Mrs. D, witness the archaic defense mechanism, call us out to a schizophrenic-paranoïd fixation and the rejection of the symbolic register.

Key-words:

Persecution mania - Schizophrenic-paranoïd fixation - Rejection of the symbolic register - Traumatism - Movement.