

ERIC LAURENT

Aux limites de la psychose discussion de trois cas*

Dans le compte rendu d'un congrès tenu en 1984 (1), qui se veut un examen des données actuelles de la pratique psychiatrique et de l'extension de la psychanalyse à des indications dites atypiques, qui jusque-là n'étaient pas le coeur de son expérience, Wildocher écrit que la psychanalyse est maintenant rarement pratiquée dans des états névrotiques francs, beaucoup plus souvent dans des pathologies de caractère, des troubles de la personnalité et des états limites. Inversement, ajoute-t-il, les états névrotiques francs sont souvent traités par la chimiothérapie, les thérapies comportementales centrées sur le symptôme ou les thérapies systémiques centrées sur les interactions familiales. C'est donc une thèse simple, par où l'intérêt porté aux cas limites se généralise jusqu'à l'absurde, laissant le sentiment qu'il y a de moins en moins de névrosés chez le psychanalyste, ce qui n'est tout de même pas évident du tout.

ôpital psychiatrique des personnes qui, après plusieurs années d'analyse, déclenchent une psychose ou présentent des bouffées délirantes qui surprennent les analystes. La question se pose des raisons de ces situations, spécialement dans la dimension de la surprise.

Pour répondre à ces deux constats de la pratique, les analystes de l'I.P.A. élaborent et étendent la notion de phénomène limite avec toute une série de propositions sur les rapports de ces états limites aux, névroses et psychoses. Ainsi, dans la dernière mise à jour de l'E.M.C. (2) sur les états limites, J.F. Allilaire fait le recensement des positions des auteurs français et anglo-saxons pour constater que ces états sont Soit considérés comme des psychoses atténuées, Soit comme des psychoses à mécanismes de défense névrotique, Soit comme des névroses avec des phénomènes psychotiques limités, soit venant d'un tronc commun entre névrose et psychose. Cette dernière position, dite évolutionniste, est celle de J. Bergerie (3)

Face à ce phénomène, l'enseignement de Lacan dans les années 1970 inaugure un tournant, que J.-A. Miller développe dans son cours, par où l'accent est mis sur l'importance de l'Un tout seul. Ceci nous donne, lorsque nous avons affaire à des phénomènes psychotiques, une indication de travail, consistant à produire pour le sinthome psychotique des réaménagements du symptôme, que Lacan a dit jusque-là névrotique dans son essence. Mais cela reste à mettre à l'étude.

Considérons néanmoins pour l'instant que, lorsque nous avons affaire à des phénomènes psychotiques ayant la consistance de phénomènes élémentaires, il s'agit alors de sujets psychotiques dont les suppléances et les procédures de supplémentation se sont trouvées mises en défaut, plutôt que d'envisager que ces sujets sont des névrosés présentant des bouffées délirantes. En effet, on ne voit pas pourquoi, à un moment donné, le symptôme névrotique lâcherait, alors que sa caractéristique est qu'il ne lâche pas, même lorsque le réel, le symbolique ou l'imaginaire se rompent. Ceci est la perspective générale de mon cours de cette année. Je veux vous présenter à ce propos la façon dont, à partir de là, on peut éclairer trois cas tirés de l'ouvrage *Quarante-deux vies en traitement* (4)

Ce qui est frappant, de l'avis des auteurs de cette étude qui s'est étendue des années 1950, où ils ont commencé à prendre leurs quarante-deux cas, aux années 1980, où ils ont terminé, c'est le consensus nouveau qui s'est établi autour du concept de *borderline*. C'est avec cela qu'ils ont essayé de rendre compte de leurs difficultés diagnostiques. Ils prennent ces cas à partir des statistiques. Vingt-deux ont été recommandés pour faire des psychanalyses. Parmi ceux-ci, neuf ont des traits paranoïdes. C'est le rapport entre ceux qui ont des traits paranoïdes et ceux qui ont déclenché pendant leur analyse un « transfert psychotique », qui les intéresse. Les trois cas que nous allons examiner se situent dans cette perspective.

Le Docteur alcoolique

Médecin raté, il arrive en traitement à 43 ans avec un symptôme majeur, dix ans d'intoxication alcoolique avec diverses additions de drogues - amphétamines, barbituriques, tranquillisants -, des épisodes de querelles sous alcool et des troubles de la puissance sexuelle. De plus, une tendance homosexuelle est réveillée par sa femme, qui le pousse à avoir un tel comportement sexuel. C'est à ce moment qu'il vient demander un traitement. Les auteurs remarquent d'emblée que, bien qu'il se révèle être un des patients les plus paranoïdes de tout le projet, sa paranoïa était au départ bien cachée et on ne le situe pas au départ comme *borderline*, mais on le diagnostique plutôt comme quelqu'un de passif et soumis avec un caractère de type «complaint compulsive», contraint à la

soumission, c'est-à-dire un caractère obsessionnel passif. Il est, de ce fait, proposé pour une psychanalyse. Il reste sept ans en analyse, c'est-à-dire jusqu'à sa mort. L'analyste a fait ce qu'il a pu, étant donné l'intoxication. Il est d'abord hospitalisé treize mois. Il est ensuite réhospitalisé quatre fois, toujours après une alcoolisation massive, puissante et désorganisée. Entre les hospitalisations il prend diverses drogues, sans que jamais on ne soit arrivé à le lui interdire.

Dans ce traitement, le travail interprétatif a été limité par deux facteurs. La pente du patient à des régressions désorganisantes dans le transfert a mené très rapidement l'analyste à cesser ses efforts d'interprétation intense. De plus, la présence d'*acting out* très destructifs a porté l'analyste à se centrer sur les conséquences des actes du patient dans la réalité et sur son adaptation au travail, aux dépens d'une interprétation plus profonde en termes de transfert et de conflits infantiles. A travers tous ces efforts, le patient en vient à pouvoir mener sa vie plus facilement. Il sort de l'hôpital, ensuite de l'hôpital de jour, réussit à avoir un emploi de médecin de laboratoire dans une ville voisine. Là, il tient honorablement sa place, regagne l'estime de ses confrères et de ses patients. Sa femme, qui est en train de terminer par ailleurs sa propre spécialité médicale, le rejoint et ils ont pendant un moment la plus heureuse période de leur vie maritale.

Ensuite, quand le patient et sa femme décident d'installer ensemble un cabinet et de reprendre près d'eux leurs enfants, deux petits et deux grands, les choses commencent à aller de plus en plus mal. Ils ont beaucoup de difficultés à établir leur pratique médicale privée et sont des parents erratiques. Ils sentent que l'établissement d'un foyer est une tâche trop dure. Dès lors ils se remettent à boire beaucoup et à se quereller. C'est à ce moment que sa femme le pousse, et même l'encourage, au nom de la liberté et d'un droit de jouissance, à poursuivre des épisodes homosexuels. Elle le pousse d'une part à des rencontres anonymes aux toilettes publiques, et d'autre part à ramener à la maison l'homme ainsi rencontré pour faire de petites séances à trois.

L'histoire du patient est très détaillée à partir de sa petite enfance. Après une séparation très précoce d'avec la mère pendant un an, leur réunion se forme dans un lien symbiotique. Sa mère lui met des vêtements de fille et l'encourage à jouer avec des poupées. Elle se montre souvent nue et change sa garniture périodique devant lui. Il est ainsi pris dans l'intimité même de sa mère. Quand il a cinq ans, son père le fait circoncire par un oncle, en insistant sur le fait que cette circoncision lui fera passer l'irritation qu'il a au pénis. Après cela, le patient est toujours resté troublé par un point. Il a le sentiment qu'ils ont coupé un peu trop. Le père est un homme aux conduites cruelles et le patient l'a toujours craint. A douze ans, il est séduit dans une relation homosexuelle par l'homme à tout faire de la maison. Il poursuit ensuite ses activités homosexuelles pendant ses années

de collègue. Immédiatement après le mariage il tombe malade, est ramené à la maison par sa mère et laisse sa femme en plan. Le déclin accéléré du patient se produit avec les premiers succès de sa pratique médicale.

Le début du travail analytique se centre sur les peurs de transfert et sur le père cruel. Le patient se lève un jour du divan pour chercher autour de lui s'il n'y a pas un couteau caché, car il craint que l'analyste en ait un et en fasse usage sur lui. L'analyste interprète

« Ne serait-ce pas le couteau de la circoncision ? » Et, dans cette ligne, une nouvelle proximité s'établit pour le patient avec son père. Le processus n'est cependant pas aidé par le père. Voyant son fils s'approcher de lui, celui-ci saisit l'occasion pour confesser tous ses échecs et lui demande par surcroît s'il a vraiment voulu coucher avec sa mère. On comprend que l'idée de l'analyste de fabriquer un bon père n'est pas vraiment une réussite. Il vaut mieux savoir maintenir à distance et ne pas vouloir à tout prix que tout le monde se réconcilie.

L'analyse se déplace ensuite vers le transfert maternel et le patient revit des peurs intenses de séparation avec sa mère. Son impuissance à abandonner les sédatifs et l'alcool est liée par l'interprétation au lait de la mère, vital pour sa survie. Ses angoisses sexuelles, ses rêves aux vagins dentés et son activité homosexuelle sont interprétés comme diverses façons de dénier un intérêt sexuel pour la mère. Il tombe progressivement dans un état infantile de dépendance, devient malade, prend sur lui tous les symptômes abdominaux de la mère et utilise les mêmes médicaments qu'elle. Il est terrorisé quand ce fantasme d'union symbiotique devient vraiment clair. Il imagine que Si elle tombe gravement malade et meurt, lui aussi doit mourir. Peu à peu, toute activité sexuelle même homosexuelle disparaît et le patient passe tout son temps à fantasmer sa mort et la manière de l'accomplir.

L'évolution de cette analyse peut être décrite en trois temps. Premièrement, puisqu'il a un père cruel, la stratégie du traitement est de le réconcilier avec le père cruel. Stratégie de réconciliation qui fuit que le père lui confesse toutes ses saloperies, ses propres échecs en tant que parent, en les faisant porter par son fils. Deuxièmement, un parle alors de l'abandon de la mère, puisqu'il est resté séparé un an de celle-ci. En quoi est-ce un abandon ? On ne le sait pas, mais les auteurs en déduisent que la drogue et l'homosexualité sont une dépendance envers la mère absente. Mieux vaudrait sans doute lier cela avec les propos tenus par le père sur sa jouissance. Troisièmement, cela aboutit à la mort par où le sujet est identifié à la mère. On voit là le point de coinçage de cette analyse. D'une part toute interprétation du côté du père amène une impasse avec le père sans arriver à déjouer la présentation obscène de la jouissance paternelle. D'autre part, toute interprétation du côté de la mère fait voir l'abandon et la mort.

Pendant cette dernière phase, au moment où il a tous les symptômes abdominaux et stomacaux de sa mère, il s'achète un fusil pour se tuer. Il a l'intention de se tirer une balle dans l'estomac, pour se débarrasser de sa mère et de lui-même en même temps. Les frontières entre fantasme et réalité s'effacent tandis que le patient n'a plus la distance pour traiter les choses sur le mode du « comme Si ». Il appelle l'analyste, ivre mort, pour lui dire « ce soir, je vais vous tuer ». Il peut parfois aussi marcher à quatre pattes en présence de l'analyste pour qu'on lui tape sur le dos, qu'on lui fasse de petites caresses, ou dire qu'il souhaite que l'analyste soit un kangourou avec une poche dans laquelle il pourrait rentrer. Il fait le rêve récurrent d'un esprit désincarné consistant en quatre noyaux qui doivent être ordonnés pour qu'il puisse vivre en paix avec lui-même un noyau est son père, un autre sa mère, un troisième sa santé et le quatrième son esprit. Il a des épisodes de somnambulisme au cours desquels il descend à la cave, s'y barricade et s'assied sur la chaise de sa mère.

Les auteurs font preuve d'un très spécial aveuglement quand ils considèrent que s'il descend à la cave, c'est pour se barricader. Ce n'est visiblement pas du tout ça. S'il va à la cave, c'est pour se mettre dans le fauteuil de sa mère. Cela évoque tout à fait « Psychose », le film d'Hitchcock.

Dans les derniers six mois du traitement, et de sa vie, le patient est extrêmement déprimé, entrant presque dans une retraite autistique, avec des colères intenses envers sa mère. Il augmente sa consommation de drogue, achète un fusil, envoie de petites notes suicidaires, a trois accidents d'auto et se blesse en tombant dans un escalier. Il arrive désespéré à ses séances d'analyse en déclarant de façon répétée qu'il veut mourir. Sa mère est en train de mourir. L'analyste veut le réhospitaliser mais le patient résiste, menaçant de se tuer à l'hôpital dans ce cas. Les circonstances de sa mort et de la fin du traitement sont les suivantes. Le patient devient malade au travail, une espèce de rhume, il a des douleurs partout, des nausées et des vomissements. On le renvoie à la maison vers midi. Au milieu de l'après-midi, il reçoit un message téléphonique pour sa femme et le lui transmet par téléphone. Elle ne repère rien d'inhabituel dans sa voix. Quand elle rentre le soir, il est cyanosé et mourant. A l'autopsie, on détermine que le patient est mort étouffé d'encombrement bronchitique par régurgitation. On n'a pu établir s'il était déprimé ou drogué ce jour-là, ni ce qui a joué entre son intoxication et son affaiblissement lié à l'affection virale. L'analyste a appelé cela un suicide inconscient. C'est déjà beaucoup de l'appeler inconscient, alors qu'il a menacé pendant six mois de se suicider.

Il y a une honnêteté à publier ce cas alors que c'est une catastrophe. Cela mérite d'être salué. C'est un cas extrêmement grave, il n'est pas sûr qu'on aurait fait

beaucoup mieux. Mais les repères pris uniquement par les traits de personnalité et l'abandon de toute référence à l'enveloppe formelle du symptôme, aux phénomènes élémentaires à isoler, rendent ce cas imprécis. Ce qu'on appelle là un transfert psychotique et une régression psychotique est induit par l'interprétation elle-même. C'est l'interprétation liée à la mère qui provoque la régression en question pour l'auteur. La psychose n'est présentée ici que comme une régression à un processus ancien, graduelle au long de ces sept ans, et il n'y a pas du tout de description d'un moment de catastrophe. On voit la différence avec ce que Lacan a introduit en parlant de déclenchement. Nous pouvons supposer que le moment déterminant est le passage au rôle de père. Au moment où on a voulu lui faire occuper le fauteuil du père, il s'est précipité à la cave dans le fauteuil de la mère. C'est l'hypothèse que je donnerai. Et à partir du moment où le patient s'est installé vigoureusement dans le fauteuil de la mère, il n'en a plus bougé jusqu'à la mort.

L'économiste

Ce patient arrive en thérapie à 31 ans et y reste pendant 28 ans. Il vient à la Menninger Clinic, parce qu'il a des problèmes répétitifs avec les femmes.

Son premier mariage a été une catastrophe et comme une autre femme veut l'épouser, il est préoccupé par le risque de se retrouver dans les mêmes ennuis. Il s'est marié à 23 ans sans en avoir vraiment envie, parce que son père qui est banquier lui demande Si ses intentions sont sérieuses envers cette jeune fille. Sur sa réponse affirmative, son père ajoute qu'il a mis de côté de l'argent pour qu'il puisse aller au collège et subvenir aux besoins de sa femme s'il le veut. Le patient accepte, et précise «c'est comme Si on m'avait offert un nouveau jouet». C'est exactement cela. Dès le début du mariage ils se querellent. Elle lui fait des infidélités et le patient, soupçonneux, se met à la suivre, se fait détective, et la surprend dans un flirt poussé avec un autre homme. Chacun des membres du couple obtient ensuite le divorce de son côté, mais sans reconnaître le divorce de l'autre. Deux ans avant l'arrivée à la Menninger Clinic, il rencontre une jeune femme avec laquelle, très vite, il se dispute parce qu'il sent que les parents de cette femme ne l'aiment pas. Cela aboutit à une séparation.

C'est pourquoi il se décide à faire une analyse. Il est repéré comme souffrant d'une névrose de caractère, obsessionnelle compulsive, marquée par un ajustement hétérosexuel inadéquat, la quête d'une mère adéquatement nourricière, une peur du rôle normalement agressif et compétitif du mâle, et sa lutte contre des tendances homosexuelles larvées. Ce qui n'est pas pris en

considération, c'est que, lorsqu'il voit une femme, la seule personne qui l'intéresse est le père. C'est peut-être cela qu'ils appellent la composante homosexuelle, mais c'est insuffisant de dire cela. Il y a bien une série précise : son père lui fait savoir qu'il a un jouet bien caché ; quand il se marie il prend sa femme et l'argent pour faire plaisir à son père et, quand il en rencontre une autre, ce dont il se plaint, c'est que le père de la fille ne l'aime pas.

Le pronostic émis par les premiers consultants est qu'il cherchera une relation de transfert dépendante et passive de nourrissage, et que l'analyste aura de grandes difficultés à s'en sortir. La réalité a dépassé toutes les espérances puisqu'il est entré dans un transfert qui a duré trente ans, moyennant quoi, il y a une amélioration. Après dix ans, lors d'une première évaluation, le patient a passé six ans en analyse, soit 1384 heures, et trois ans et demi en psychothérapie, soit 2,37 heures. Pendant tout ce temps, la vie du patient a moins été une vie qu'un traitement. Presque toutes ses activités se sont arrêtées et il a cessé pour de bon de sortir avec des femmes. C'est ainsi que les auteurs se rendent compte que ce qu'ils prenaient pour une névrose obsessionnelle est en fait un «état narcissique» lié au développement d'une psychose de transfert.

Pendant les années de traitement, des données anamnestiques cachées lors de l'évaluation initiale, émergent. On apprend ainsi que pendant l'enfance il a des symptômes et des conduites anti-sociales variées, comme tricher, voler, manipuler les autres. Surtout il présente des peurs paranoïades d'être attaqué, qu'il compense en portant toujours sur lui et dans sa voiture des pistolets et des matraques. Il révèle que, dans son mariage, il a présenté des problèmes d'impuissance qui lui semblent centraux et étaient très humiliants. Les angoisses de départ lui donnent des idées très curieuses. Il a la conviction inébranlable qu'il peut classer les gens et déterminer leur degré de sincérité à la forme de leurs doigts et de leurs gencives. C'est un petit phénomène intéressant, et les auteurs notent que cette conviction est une petite faiblesse du moi.

Les quatre premières années d'analyse se passent essentiellement dans un transfert oral dépendant, l'analyste étant une mère nourricière qu'il ne faut pas quitter. Le patient est préoccupé par l'idée de nourrir et d'être nourri, et par l'image du sein de la mère. Les auteurs ont le sentiment que l'analyste doit lui donner son sein. C'est donc une passivité égo-syntonique dans laquelle le patient souhaite simplement être nourri, soigné, masturbé, et ne rien faire. Les interprétations de l'analyste sont nombreuses, dirigées vers les fantasmes pour les réduire, ce qui déclenche des rages explosives de privation orale.

Les deux années suivantes, l'analyse passe de la dépendance pré-oedipienne aux peurs et inhibitions oedipiennes. L'analyste décide d'interpréter essentiellement

dans une position de père rival qui détient la mère, au lieu de centrer l'interprétation sur l'objet pré-oedipien. C'est sous la pression de cet effort vers l'interprétation oedipienne que la régression psychotique se déclare dans le transfert.

Un épisode caractéristique a lieu le jour où le patient amène sa mère et exige que l'analyste la rencontre à l'issue de la séance. L'analyste refuse, essaie sans y réussir de mesurer l'étendue du sens possible de cette demande, et finalement accepte tout de même que la mère Soit introduite. L'analyste et la mère se serrent la main et échangent quelques remarques sur le temps qu'il fait puis se séparent. Le jour suivant le patient arrive dans une rage épouvantable. Il accuse l'analyste d'avoir tenté de séduire sa mère par cette rencontre et ajoute que la poignée de main est la représentation symbolique du viol désiré envers sa mère. Le patient croit fermement à cette histoire semi-délicirante. Pendant tout un temps il croit que l'analyste entretient une relation avec sa mère et, à d'autres moments, il a la conviction que toutes les femmes du monde appartiennent à l'analyste et lui sont donc interdites à lui. Il refuse alors toute interprétation et crie que lui aussi peut avoir des rapports sexuels avec sa soeur et avec sa mère, car puisque toute femme est un objet incestueux, autant prendre les vrais. Il dit de plus à son analyste «je vais vous tuer et j'épouserai votre femme». Il accuse l'analyste de l'épier, de le suivre et de vouloir le forcer à un viol homosexuel.

En fonction de ce moment paranoïaque non réversible qui apparaît sous la pression interprétative, dirigée vers la dynamique oedipienne, la décision est prise d'arrêter la psychanalyse et de passer à la psychothérapie. Du coup, au lieu d'interpréter, on lui signale à quel point tout va mieux dans sa vie et qu'il est maintenant plus autonome. A coups de conseils de ce type, en évitant toute interprétation l'analyste évite le pire. Après la fin du traitement ils se voient de temps en temps, deux fois par mois, et lorsqu'il parle de son analyste il dit «je l'idéalise, et il m'a donné toutes les raisons pour le faire ».

éalisation le conduit à une identification qui fait qu'il s'habille comme le thérapeute, a les mêmes hobbies que le thérapeute le même intérêt pour les voitures de sport, etc. De tous ces traits de l'analyste, il se fait une prothèse, sort de l'état de revendication et eut dans un transfert dans lequel il est toujours actuellement, trente ans après. C'est un homme de soixante ans qui est devenu «thérapeutic lifer», un homme qui a une vie thérapeutique, qui a passé sa vie sous traitement, et c'est un succès sur le plan de l'intégration puisqu'il dirige un collège. Il a maintenant des responsabilités académiques extrêmement importantes, mais les auteurs le précisent, dans un contexte non compétitif. Il gagne extrêmement bien sa vie. A part ça, si on s'interroge sur le développement de l'analyse, c'est quand même tout autre chose.

Le masochiste sexuel

Il maintient le contact thérapeutique depuis vingt-huit ans, il a une pratique masochiste sexuelle assez franche mais aussi d'autres petites choses qui le mettent dans une catégorie *border/me* puisqu'il a présenté une psychose de transfert qui intéresse beaucoup nos auteurs. Ce « masochiste sexuel » est venu en consultation psychiatrique à cause de ses pratiques sexuelles, de son alcoolisme et d'attaques de panique aiguë. Sa vie est une exhibition de tout ce qui se fait en psychopathologie.

Ses parents, très riches - le père ne faisant rien que s'occuper de la richesse de sa femme - sont tous les deux des alcooliques sévères comme on en voit dans le Sud des Etats-Unis. Le souvenir d'enfance principal du sujet est de voir son père accablé de stupeur alcoolique sur une chaise, et de conduire aux toilettes sa mère ivre morte pour rester à côté d'elle pendant qu'elle urine.

Les symptômes développés par le sujet commencent très tôt huit ans. Avec sa soeur, il met des petits insectes dans la cuvette toilettes et pisse dessus ou défèque à l'occasion pour les tuer. Comme adolescent, c'est un peu plus compliqué : il met des papiers spéciaux - il tient à ce que ce soit un type de papier bien précis - dans les toilettes sur lesquels sa mère ensuite urine. Bien entendu, l'idée vient d'être lui-même le papier, d'être la page où s'inscrit la lettre. A ainsi le fantasme qu'une femme pisse sur lui, ou bien sur un poisson rouge, une tortue, un chat, un esclave ou lui-même attaché. Comme adulte, il passe son temps à faire la tournée des bars suffisamment tard la nuit pour ramasser un certain nombre de femmes ivres auxquelles il demande de mettre en acte ses fantasmes.

Il commence à boire beaucoup au collège, il prend des barbituriques et surtout il prend l'habitude de tricher, ce qui fait qu'il est mis en quarantaine par tous ses copains. Il arrive quand même, en trichant astucieusement, à passer ses années et il finit par avoir le diplôme.

Dans la période de latence, il a un certain nombre de compulsions - c'est intéressant parce qu'après la perversion sexuelle arrivent les traits obsessionnels. Toucher les choses dans un certain ordre, ouvrir et fermer les portes plusieurs fois selon un rituel particulier, etc. Adulte, ces rituels reviennent : il vérifie sa voiture, la porte de sa maison, se frotte les doigts d'une manière particulière, etc. Il a aussi des attaques de panique en traversant les ponts, mais il ne développe pas à proprement parler une phobie, encore que n'arrivant pas à traverser un pont ou une place, il finit par s'enfermer chez lui avec l'idée qu'il est

de plus en plus difficile de sortir. C'est à partir de là que ses parents l'envoient en consultation.

Les auteurs constatent que, dans ses relations avec les autres, dans ses relations d'objet, il n'a pas l'air aussi perturbé qu'on pourrait s'y attendre. Il se marie et a des enfants. Mais il construit avec sa première femme tout un système assez complexe qui met en jeu ses particularités sexuelles. Sa femme demande le divorce après qu'il l'ait battue. Il en reste étonné et lui en veut de cela parce que, comme il dit, elle ne l'avait pas prévenu.

Quand il arrive à l'hôpital Menninger, il est hospitalisé pendant un an et demi et suivi en traitement au dispensaire pendant huit ans. Pendant ces huit ans il se considère comme un homme d'affaires. Il rend une visite quotidienne à son agent de change pour parler du marché boursier, suivie immédiatement d'une visite à son avocat pour parler de diverses choses et, comme il dit, obtenir quelque conseil légal. Avec ces deux visites par jour et qui n'ont aucune utilité pratique car sa fortune est gérée correctement à minima, il considère qu'il a une vie d'homme d'affaires.

A part cela, il s'intoxique. Le thérapeute vise à contrôler ses impulsions sur une base de réalité, puisque c'est cela le «moi» qu'il faut renforcer. Il a alors une série de liaisons avec des femmes, se méfie beaucoup d'elles et finalement en rencontre une qui le pourchasse pour l'épouser. Il veut l'en dissuader mais n'y arrive pas. Alors à la demande du patient, elle va voir le thérapeute qui lui fait un exposé complet de la situation, y compris toutes les tendances perverses du sujet pour la dissuader de l'épouser. Cela échoue et le patient met beaucoup de conditions au mariage proposé. Premièrement qu'elle s'engage par écrit à continuer de travailler comme secrétaire ; deuxièmement, qu'il soit responsable uniquement de ses revenus personnels, que les dépenses en nourriture soient divisées exactement par moitié qu'elle abandonne toute réclamation à quelque part de son héritage futur. Elle acquiesce à l'ensemble de ces clauses. Il lui demande de ne plus voir aucun homme et de lui permettre, à lui, de maintenir visites à l'extérieur. Eh bien, là encore, elle acquiesce et signe. A avoir fait tout cela, il demande à son thérapeute de le sauver du piège qu'il s'est tendu lui-même.

Ce qui est extraordinaire, c'est qu'on nous raconte que voilà quelqu'un qui construisait des trucs bizarres pour décourager une fille du mariage, mais que pas un moment ne vient à l'esprit du -thérapeute l'idée que cela s'appelle un pacte pervers, atypique certes, mais cela consiste en effet à engager l'amie à prendre devant la loi des agréments qui excèdent la loi. La construction de cet accord signe une volonté de pacte pervers avec la note masochiste atypique car la

maîtrise du contrat est renvoyée à l'analyste. Ce serait néanmoins hors de lui son destin s'élaborerait.

L'intérêt de la présentation de Masoch par Deleuze, c'est l'accent mis sur le contrat. Avant Deleuze, on comparait toujours le fantasme de Sade et la littérature de Masoch, qui est répétitive autant que celle de Sade certes, mais qui n'a pas les traits fulgurants qu'avait Sade. Ce qui est plus intéressant, c'est de comparer le fantasme et le contrat masochiste, et d'isoler à chaque fois qu'il y a des problèmes de perversion comme telle, le contrat. Il y en a toujours un, il faut parfois le chercher, mais on le trouve. Les procédures sadiques par où le sujet rédige le code de la procédure, qui n'est pas improvisé, montrent un rapport précis à l'établissement du rituel.

Dans ce cas-ci, la précipitation du mariage est due à une intervention du thérapeute. C'est un *acting out*. Après quatre ans de fréquentation de cette femme, il cesse de voir son thérapeute pendant un mois et revient intoxiqué, ayant pris des kilos, et demande s'il doit se marier. Le thérapeute lui dit qu'on ne peut pas prendre une pareille décision dans un tel état. A la séance suivante, le patient revient marié et développe alors une attitude craintive et suspicieuse maintenue en permanence. La croyance paranoïade s'accroît. Il imagine que le thérapeute cache un meurtrier de la police et il le surveille en permanence pour en obtenir des preuves.

Il y a ensuite près de douze ans de *follow up*. Le patient marié se stabilise, ne prend plus d'alcool, fréquente les alcooliques anonymes et, en particulier, un couple d'alcooliques anonymes qui, semble-t-il, l'adopte. Il se retrouve avec sa femme et un autre couple en miroir qui sert de boussole. A partir de là, comme il le dit, il ne pratique aucune perversion, et d'ailleurs aucun rapport sexuel. Sans alcool ni sexe pendant douze ans il a l'air de mener une vie normale. Il a maintenant deux enfants — il doit pratiquer quand même quelques rapports sexuels — dont l'un est handicapé et il est admirable dans son dévouement à cet enfant.

Les auteurs considèrent, à partir de la croyance paranoïde visant le thérapeute, que c'est une psychose de transfert. Ce sont cependant les trois seules lignes dans lesquelles il y a quoi que ce soit qui fonde la psychose. J'aimerais insister sur la stabilisation obtenue par la mise en place par son mariage d'un choix masochiste d'absence de sexe, d'une castration de fait qui stabilise son existence. Dans le premier mariage, il a la position de l'objet qui est dans les toilettes, au fond de la cuvette. Dans le second, c'est une femme qui est maintenue, non pas enserrée par les liens matériels, mais par contrat. Ce contrat est une parodie de contrat pervers qui fait de cette femme une prothèse, la définit strictement, en fait un

objet fixe en l'identifiant. Il faut souligner, ce qui n'est pas vu par les auteurs, que l'urine sur le papier s'est transformée en encre. Le papier au fond des toilettes a fini par s'écrire. La trace sur la page blanche est devenue contrat.

Conclusion

Quelles leçons tirer pour nous de ces cas difficiles ? Dans le premier cas, l'analyste ne s'intéresse pas assez aux petits épisodes transitoires. Pourquoi sort-il nu à un moment donné, quand il est médecin ? On ne sait pas, les auteurs ne s'intéressent pas à cela. Les traits de personnalité leur suffisent et ils laissent tomber le petit épisode aigu. Ils considèrent que cela va s'arranger.

Par contre, dans le deuxième cas, ce qui nous frappe, c'est l'absence d'épisode aigu au départ. Quand il arrive à 31 ans, il souhaite que ses relations avec les femmes soient meilleures. Il a l'idée qu'il se met dans les mêmes ennuis parce que les mêmes causes produisent les mêmes effets, ce qui est extrêmement raisonnable. On peut se demander pourquoi les auteurs ne s'intéressent aucunement à la relation au père, qui reste inexplorée. Quand on nous dit ensuite que, petit, il a eu des problèmes dans ses relations d'objet — énérosie, vol, bégaiement, tricher, manipuler, etc. — et des peurs paranoïdes d'être attaqué, qui l'amènent à se promener toujours avec des révolvers sur lui, on se dit que, là aussi, on aurait aimé un examen précis de cela. Quand est-ce apparu pour la première fois, dans quelles circonstances ? Tout cela est gommé au profit des traits constants de la personnalité, du caractère.

C'est sous la pression d'interprétations oedipiennes qu'il déclenche. Ce qui est assez beau, c'est que cela n'apparaît qu'après six ans d'analyse. Or, le patient a été soumis à un véritable bombardement interprétatif.

Dans les deux cas, ils constatent que c'est à vouloir interpréter le père qu'on provoque une catastrophe. Mais il faudrait savoir à quelle interprétation précise, dans quelle position l'analyste s'est mis à un moment donné, quand il est venu en travers, sur quel point exact sur quel signifiant.

Les deux cas s'opposent par le type de catastrophe provoquée. L'aspiration à la mort, une fois la pente prise, ne s'arrête pas dans le premier cas. Dans le deuxième cas, la stabilisation est parfaite, après le déclenchement en analyse d'une psychose très bien constituée. Le point qui nous intéresserait davantage, ce serait de savoir pourquoi comment cette peur paranoïaque a surgi.

Quant au troisième cas, la stabilisation, obtenue par ce mariage pseudo-pervers avec contrat, n'est pas assez située dans son caractère de prothèse, extension du

transfert analytique. Il faudrait insister sur cet usage particulier d'un fantasme pervers.

Dans la perspective qui est la nôtre, il nous semble que l'intérêt porté aux phénomènes élémentaires contre la personnalité se justifierait pleinement par le développement des cas. Quant aux différentes issues des cures, le concept de stabilisation ou celui de suppléance permet d'éclairer plus précisément que celui de psychose de transfert, le décours possible. Enfin, plutôt que d'opposer interprétation de la relation au père et interprétation de la relation à la mère, il faut souligner que c'est en venant en position d'Un-père que les épisodes paranoïaques se déclenchent dans les deux premiers cas. Il est frappant qu'à vouloir se centrer sur la mère, l'analyste ne se met pas à l'abri de cet écueil. Sans doute, parce qu'il ne s'agit pas là de pré- ou de post-oedipien, mais bien plutôt de ce qui vient, non pas en deçà, mais au-delà de la métaphore paternelle. La stabilisation dans la psychose implique cette position de la jouissance au-delà de la garantie paternelle.

NOTES

(1) D. Widlôcher, «DSM III et psychanalyse», *D.S.M. J!! et psychiatrie française*, Masson, Paris, 1984, pp. 76-80.

(2) J.F. Allilaire, « Les états limites », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, Vol. 3, 395 A 10, Paris, 1985.

(3) J Bergeret, *La dépression et les états limites*, Payot, Paris, 1984.

(4) R. Wallerstein, e.a., *42 lives in treatment*, New York, 1986.

(5) C'est une particularité due aux différences de lois entre les différents états américains.

* *Texte écrit à partir des séances des 13 et 25 mai 1987 du Cours tenu par Eric Laurent à la Section clinique du Département de psychanalyse (Université de Paris VIII) sous le titre « Les limites de la psychose ». L'orientation générale du cours a fait l'objet d'un article d'Eric Laurent : « Limites de la psychose », *Les psychiatres et la psychanalyse aujourd'hui*, G.R.A.P.P., Paris, 1988, pp. 88 à 93*

