

Psychanalyse et schizophrénie

B Dalle
M Weill

Résumé. – L'articulation entre psychanalyse et psychiatrie a longtemps alimenté, malgré les frictions inévitables qui en ont résulté, une réflexion théorique d'une extrême richesse parallèlement à la construction d'une nosographie cohérente. L'ouverture de la notion de démence précoce (DP) vers celle du groupe des schizophrénies de Bleuler est, de ce point de vue, paradigmatique. Les élaborations théoriques et thérapeutiques suscitées par cette confrontation tout au long de ce siècle, depuis les travaux princeps de Freud jusqu'à la conception psychanalytique moderne de la schizophrénie, n'ont cessé de tenter de répondre aux questions posées par l'étiogenèse, la structure du processus psychotique et celle du sujet souffrant. Plus pragmatiquement, c'est aussi la question de la thérapeutique qui s'est imposée comme centrale. Le modèle duel dérivé de la prise en charge des patients névrosés a ainsi su s'enrichir des développements de Jung, Ferenczi, Abraham, Klein, Bion ou Lacan, mais aussi de Ey ou Minkowski ainsi que des expériences de thérapie institutionnelle, pour évoluer vers une prise en charge plus globale de l'individu nécessaire à l'appréhension d'une pathologie aussi polymorphe qu'aliénante. L'apparition d'une réflexion plus biopsychosociale, l'appréhension transconceptuelle des psychoses et le développement des neurosciences qui marque les 15 dernières années doivent-ils pour autant reléguer la psychanalyse à une simple place de grille de lecture clinique ou de rang de page, tournée, de l'histoire du traitement des malades mentaux ? Nous ne le pensons pas. La théorie psychanalytique décrit schématiquement deux périodes évolutives de la schizophrénie. Une première phase régressive, apparentée aux observations de Klein sur la période schizoparanoïde, serait justiciable d'une prise en charge hospitalière, maternante, groupale, parfois longue, incluant une approche familiale autant qu'individuelle et réalisant un cadre thérapeutique pluriel. L'autre, permise par les ouvertures évolutives créées lors de la précédente, relèverait alors d'un cadre plus classiquement duel mais toujours référé sur un extérieur, le plus souvent institutionnel, afin de pallier les éventuelles carences mutuelles du patient et de son analyste.

Introduction

« En m'inspirant des idées des autres, en étudiant et observant mes malades, en réfléchissant sur les données ainsi recueillies, je me suis trouvé un jour, sans m'en apercevoir moi-même, en présence d'une conception de la schizophrénie qui faisait corps avec toute ma pensée scientifique, que je serais hors d'état de détacher de ma personne... » (Minkowski).

Ce qu'écrivait Minkowski dans son introduction de 1953 à la réédition de *La Schizophrénie* (1926) est ressenti par tous les psychiatres et psychanalystes qu'un long parcours avec des schizophrènes a mûris dans un fascinant malaise : trouble qui ne s'est jamais allégé depuis que Bleuler, invité à traiter le chapitre « Démence précoce » pour le traité d'Aschaffenburg (1911), l'intitula « Groupe des schizophrénies » pour mieux rendre compte du caractère de dislocation psychique qui, selon lui, fondait cette affection mentale.

Déjà difficile lorsqu'il s'agit des psychoses, l'articulation psychiatrie-psychanalyse l'est particulièrement dans le champ de la schizophrénie. Et pourtant, c'est d'un échange (souhaité et accepté) entre psychiatres et

psychanalystes (Bleuler, Jung, Freud, Federn et Abraham) que s'est forgée, à distance progressive des thèses kraepelinienes, la notion de schizophrénie.

À quoi tient donc cette difficulté ?

Elle relève de différents facteurs dont le seul énoncé suffit à montrer que la notion de schizophrénie demeure encore ambiguë.

– Chacune des deux disciplines élabore une méthodologie qui, elle-même, crée son objet. Deux méthodes d'inspiration différente étant peu susceptibles de poursuivre le même objet, la logique simple tend à nous faire « refuser de donner un baptême freudien aux concepts kraepelinienes » (Bolzinger).

– Le développement de la psychiatrie neurobiologique favorise la mutation des nosographies qui, de cliniques qu'elles étaient, deviennent progressivement transconceptuelles. Le maniement actuel des outils de classification à chacune des étapes du diagnostic et la recherche prioritaire de l'abrasion des symptômes par l'apparition des psychotropes étayent davantage les démarches épidémiologique et thérapeutique qu'une approche du sujet dans sa spécificité.

– La recherche psychiatrique actuelle autorise des comparaisons validables sur certains axes internationalement acceptés. Le voudrait-elle que la psychanalyse ne pourrait même pas avoir cette prétention relative. En effet, son objet est « la reconnaissance des processus, mécanismes et contenus de l'inconscient » (Pontalis) ; son champ, celui du sujet souffrant et de l'échange qu'il établit avec son analyste (ou son groupe de thérapeutes en institution psychiatrique) dans une histoire individuelle « traitée » dans sa particularité. Particularité qui ne dispose pas à la transmission conceptuelle, même si chacune de ces histoires évolutives est offerte aux thérapeutes dans un champ analogique où s'élabore la théorie des modèles psychopathologiques. Dans le champ d'intersubjectivité où il lui est nécessaire de s'accepter dans ses limites le psychanalyste devrait donc connaître, mieux que quiconque, les difficultés d'une « théorie de la pratique » (Bourdieu).

Benoît Dalle : Ancien psychiatre des Hôpitaux, ancien chef de clinique-assistant, 48, rue Monsieur-le-Prince, 75006 Paris, France.

Marc Weill : Praticien hospitalier, ancien interne des hôpitaux de Paris, service du docteur Massé, centre hospitalier spécialisé Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Dalle B et Weill M. Psychanalyse et schizophrénie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-291-A-10, 1999, 10 p.

– Au demeurant, l'histoire du « mouvement » psychanalytique est, en elle-même, une paradoxale illustration de ce que sa recherche met en relief. De la même façon que Bleuler (1911 et 1926) observe que « tous les mécanismes décrits par Freud » sont confirmés dans la schizophrénie, les historiens de la psychanalyse les retrouvent « mis en acte dans le collectif analytique [...] sous une forme assurément moins masquée qu'ailleurs » (Pontalis).

– La recherche théorique peut, certes, s'exercer à partir d'un texte (le cas Schreber) ; mais, dès lors qu'il s'agit d'une rencontre et d'un échange (de longue durée) entre un psychotique et un analyste (voire entre deux analystes), la difficulté de la transmission (par le discours) de ce qui pourrait asseoir une théorie s'accroît inexorablement.

– S'agissant de la schizophrénie, la difficulté n'en apparaît que plus grande. En effet, la seule évocation de son diagnostic amène à s'interroger simultanément sur :

– l'étiopathogénie des troubles ;

– la structure spécifique de son processus psychotique (Racamier) : schizophrénie ou schizophrénies ?

– la « structure du sujet psychotique » (Wiener) : celle du sujet souffrant approché dans son histoire personnelle ;

– la compréhension corollaire de sa psychogénèse.

Quatre questions indissociables auxquelles s'ajoute celle d'un projet thérapeutique psychanalytique articulable avec ceux qui relèvent de la psychopharmacologie, de l'approche cognitive ou des travaux de l'École de Palo Alto (génération du courant de la seconde génération des thérapies familiales).

Force est de constater que l'avancée des recherches dans tous ces domaines éclipse l'intérêt que la recherche psychanalytique aura suscitée tout au long de ce XX^e siècle.

En témoignent, notamment, les travaux de Lalonde, Grunberger et Sidoun qui mettaient en relief, dès 1988, les tendances progressives d'une approche multifactorielle de la schizophrénie dans laquelle l'abord par la psychanalyse est évincé au profit d'un soutien psychopédagogique à visée réaliste. Et depuis 10 ans, cette tendance évolutive semble s'appesantir davantage si l'on en juge par les recherches de Kerr^[54] qui aboutissent à mettre en relief le fait qu'aucun des articles les plus importants parus sur la schizophrénie de 1976 à 1986 ne ressortit à la psychanalyse. Sans être aussi catégoriques, nos propres recherches menées en 1994 et 1997 tendent à conclure dans le même sens. Tout se passant comme si l'extraordinaire foisonnement des théories psychanalytiques sur les psychoses et leur intérêt spéculatif n'avaient pas apporté, sur le plan thérapeutique, ce que les autres courants cités offrent dans un registre réduit, peut-être, mais en tout cas plus concret.

Symptômes de la schizophrénie, ou souffrance du sujet qui en est affecté ? Tel est, en tout cas, le questionnement psychanalytique fondamental sous-tendu dans les développements historiques, théoriques et psychothérapeutiques que nous explorons successivement.

Fondements psychanalytiques de la notion de schizophrénie

C'est en 1906 qu'est publiée pour la première fois (Jung) le traitement par la psychologie des profondeurs d'une démente paranoïde (le cas de B St) dont l'analyse, inspirée par les travaux de Freud, avait débuté en 1903. Initiative importante parce qu'elle constituait, avec la caution de psychiatres connus (Bleuler, directeur de la clinique du Burghölzli de Zurich et Jung, son assistant), l'introduction officielle des thèses freudiennes dans le domaine de la psychiatrie kraepelinienne. Elle représentait ainsi la promesse thérapeutique d'une modification favorable de l'évolution des DP irrémédiablement vouées alors à une « faiblesse psychique » terminale quelle qu'en ait été la forme d'entrée : hébéphrénie de Hecker, catatonie de Kahlbaum, DP (chapitre V du traité de Kraepelin dans sa 6^e édition parue en 1899). Cet événement mérite d'être replacé dans son contexte dont on retrouvera les éléments essentiels dans trois séries d'ouvrages⁽¹⁾.

Cette lecture est essentielle à qui voudrait saisir comment, au-delà des enjeux politiques (l'entrée officielle de la psychanalyse dans le champ de la psychiatrie) et des balancements théoriques de Jung entre Janet et Freud d'un côté, et Bleuler et Freud de l'autre, le concept de schizophrénie a pu s'élaborer.

On ne trouve dans l'histoire de la psychanalyse aucune affection mentale dont l'invention n'ait surgi de tels déplacements transférentiels et conflits ineffables (Freud-Fliess, Freud-Jung, Jung-Abraham, Freud-Bleuler). On n'en trouve aucune autre qui ait été conceptualisée ainsi dans la brume affective produite par les patients « échangés » (Mme B St, O Gross, Mme C) et dans le désordre d'erreurs diagnostiques aussi fécondes (le patient de

Gorlitz, 1907). Or, c'est justement du flottement nosographique autour d'un patient psychotique que Freud tire la mise au point de ses « quelques opinions théoriques sur la paranoïa » (1907) : résultat fondamental des parcours personnels de Freud et Jung autant que de leurs discussions.

Pour Freud, héritier à la fois des « psychologues » allemands du XIX^e siècle et d'Helmholtz, l'œuvre de deux maîtres inspire le texte fondateur des *Psychonévroses de défense* (1894) : Griesinger, dont certaines observations annoncent les concepts d'*Ichspaltung* et de défense par projection, et Meynert, le maître direct (même si Freud n'a séjourné dans sa clinique que quelques mois), dont « la confusion hallucinatoire » décrite dans l'« amentia » s'oppose à la « folie sensée » de Griesinger ; « amentia » dont le manque essentiel n'est pas le réel mais la possibilité d'un travail associatif coordonné dans un tableau clinique qui n'a rien du rêve accomplissant un désir mais met en scène un patient dépossédé de son corps parce que la folie le désagrège (Dayan). C'est sur l'« amentia » que s'appuie le texte freudien de 1894. Succinctement : le Moi, menacé par « la trace mnésique d'un affect attaché à une représentation ineffaçable, s'en défend par un clivage du contenu de la conscience » ; il le fait en transformant cette représentation forte en faible, par arrachement de son affect, de la somme d'excitations dont elle était chargée. Toutefois, le Moi ne sera libéré que parce qu'il aura, ce faisant, dirigé cette somme d'excitations vers une autre utilisation : le corporel chez l'hystérique, la représentation obsédante chez le névrosé de contrainte (*Zwangneurose*). Et chez le psychotique ?

Démence précoce et paranoïa

Le mécanisme de défense est comparable, par transposition, écrit Freud ; il l'illustre de deux exemples cliniques : une psychose « par débordement » et une confusion hallucinatoire. À la même époque^[36], Freud précise que, dans la paranoïa, les symptômes délirants peuvent être le substitut de reproches inconscients concernant un souvenir érotique refoulé ; la défense, ici, s'établit par projection dans le monde extérieur du contenu de la représentation inconciliable.

En 1899 (lettre à Fliess) apparaît le concept d'autoérotisme responsable de la paranoïa. Deux remarques :

– Freud attache plus d'importance au symptôme qu'à la maladie elle-même (Bercherie) et s'intéresse davantage à l'acquis (la dynamique défensive) qu'au constitutionnel ;

– bien qu'il suggère une distinction entre ce qui revient au sexuel et ce qui est de l'ordre d'une réalité traumatisante que le Moi rejette par dénégation délirante, il lui faut attendre 1914 (théorie du narcissisme) pour en tirer parti ; l'approche de la schizophrénie avec les Zurichois n'y est certainement pas pour rien.

Période 1904-1908

Succédant à la lecture des essais freudiens de 1900-1905 (le rêve, la sexualité), le chassé-croisé d'idées entre Zurich et Vienne se développe ; Freud est avide d'apprendre beaucoup sur la DP, dont il reconnaît en 1906 ne pas bien faire la distinction d'avec la paranoïa (aveu justifié d'un flou nosographique qui dure). Jung l'entretient du « contenu de la psychose », des « transferts sans résistance des DP », de l'« abaissement du niveau mental, de Janet » ou de l'« abrutissement » caractéristique de la DP. Le « complexe » serait-il capable de provoquer la sécrétion par les glandes sexuelles « d'un facteur inconnu, peut-être une toxine » dont l'effet serait destructeur (différence essentielle avec l'hystérie) ? Jung le suppose.

Résultat de ces échanges compliqués où Jung biaise avec la libido et dans lesquels Freud ancre sa conviction d'un autoérotisme ravageur : la théorie freudienne de la paranoïa (1907-1911) et le « groupe des schizophrénies » (Bleuler, 1911), dont la rédaction était achevée dès 1908 (des observations tirées du texte de Schreber y apparaissent : Jung et Bleuler l'avaient lu avant Freud mais pas de la même façon).

Élaborations théoriques de Freud (1907)

Nous n'en retiendrons que ce qui concerne la DP par le jeu des comparaisons opposantes. En effet, dans la conception freudienne unitaire de la psychose, le modèle exemplaire est celui de la paranoïa, qui résulte d'un processus pathologique nécessitant le retrait de la libido. La DP n'en constitue, pour Freud, qu'une version clinique. Faut-il y voir une position d'évitement qu'explique la difficulté de son abord ? Cet embarras sera en tous les cas transmis à maints de ses héritiers et non des moindres (Lacan).

D'une façon générale, dans la paranoïa, à la suite du conflit, la libido se retire de l'objet.

Premier temps du refoulement : la perception endogène du désinvestissement libidinal se traduit par une hostilité envers l'objet ; l'investissement retiré à l'objet retourne dans le Moi qui devient autoérotique. « Ainsi le Moi paranoïde est-il surinvesti-égoïste, mégalomane » (Freud). Dès lors, la représentation d'objet dénuée de l'investissement libidinal qui la désignait comme intérieure est traitée en perception et projetée vers l'extérieur, « ou

(1) Pour les éléments nécessaires à la compréhension et la genèse analytique des théories sur la paranoïa et la schizophrénie : les correspondances Freud-Jung, Freud-Abraham et les Minutes de la Société psychanalytique de Vienne (1906-1910) ; pour les témoignages : *Ma vie et la psychanalyse* (Freud), *Ma vie* (Jung) ; pour la « traduction » de l'ensemble : Assoun, Bercherie, Dayan, Lanteri-Laura, Pichot, Roustang. Et, bien entendu, les classiques : Binswanger, Ellenberger, Foucault, Jones et Zilboorg.

elle peut être accueillie froidement pendant un moment » (« On dit de moi que j'aime le coït, eh bien, on le dit, mais ce n'est pas vrai. »).

Second temps du refoulement ; trois cas peuvent être décrits :

– réussite définitive du refoulement : la représentation d'objet projetée ne peut nourrir que passagèrement l'idée délirante. La libido s'épuise, la psyché s'appauvrit. Le processus convient à la DP dans sa forme hébéphrénocatatonique ;

– retour de la libido par échec de la projection : une de ses composantes nourrit l'autoérotisme, l'autre recherche à nouveau l'objet à l'extérieur, devient perception, revient en délire et ainsi de suite. Ce schéma irrégulièrement renouvelé serait applicable à la DP dans sa forme paranoïde ;

– échec complet du refoulement : après une période au cours de laquelle le désir d'objet a pu être projeté, la libido nouvellement arrivante gagne l'objet devenu perception ; d'où les idées délirantes, la croyance puis la transformation secondaire du Moi. En ce cas, il s'agit d'une paranoïa pure. (Bien entendu, « paranoïa pure » est à entendre selon la conception des cliniciens allemands de l'époque.)

Quatre remarques :

– cette théorie de la DP ne se comprend que par les concepts de détachement de la libido et de régression à l'autoérotisme ;

– celui de la régression à l'autoérotisme concerne toutes les composantes de la libido (y compris homosexuelle) ; la régression, en particulier, restitue l'ancienne puissance des zones érogènes (ce qui n'est aucunement le déplacement observé dans l'hystérie) ;

– de la paranoïa pure à la DP complète, la série des formes cliniques possibles est complète ; n'y manque pas non plus le paramètre chronologique accordé au modèle de Kraepelin ;

– avec Freud, le thème de la perte de la fonction du réel se trouve sexualisé ; proposition que Bleuler refuse alors que Abraham, son ancien assistant, la défend en affirmant que « la caractéristique psychosexuelle de la DP est le retour du patient à l'autoérotisme, dans une dynamique d'investissement de toute la libido sur le patient qui devient son seul objet sexuel ».

« *Dementia praecox* » ou groupe des schizophrénies ^[12]

Elle est fondée sur une distinction qu'établit Bleuler entre :

– les fonctions élémentaires altérées (troubles des associations aboutissant à l'incohérence de la pensée ; troubles de l'affectivité entraînant son affaiblissement dans l'indifférence, l'hypersensibilité ou la rigidité ; l'ambivalence corollaire de la dissociation) ;

– et celles qui demeurent intactes (sensations et perceptions, orientation, mémoire, conscience psychologique, motilité).

La schizophrénie est caractérisée par l'altération des fonctions complexes que sont :

– l'autisme que Bleuler décrit comme la perte du contact avec la réalité, du plus léger voire inaperçu au plus grave, un vécu dans l'imaginaire, dans un monde de l'apparence, une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure ;

– l'attention, la volonté, la personnalité, la conduite et l'attitude.

Tous ces éléments cliniques sont rassemblés avec pertinence dans des tableaux cliniques de démences schizophréniques dont les variations et nuances sont recentrées et approfondies par l'un des élèves de Bleuler ^[73].

Quelle place occupe dans cet ensemble la *Spaltung* ? Le terme de schizophrénie l'indique : éminente et centrale. Éminente certes : « Je nomme la *dementia praecox* schizophrénie, écrit Bleuler, parce que... la *Spaltung* des fonctions psychiques les plus diverses en est une des caractéristiques les plus importantes... » ; mais aussi centrale puisque, désignant avant tout un trouble des associations qui régissent le cours de la pensée, elle est produite par l'altération des fonctions élémentaires désignées ci-dessus tout en générant l'autisme.

De l'exposé clinique de Bleuler ressort ainsi une vision neuve par rapport aux travaux de l'époque, et cette originalité est incontestablement liée à l'influence freudienne (Bercherie, Kiehl). En effet, les troubles du cours de la pensée (barrages, stéréotypies, associations étranges, hermétisme, ambivalence, troubles de l'affectivité, signes de la catatonie et hallucinations, sont offerts par l'auteur du « groupe des schizophrénies » à une exploration de l'inconscient et à une interprétation psychanalytique. Ils trouvent leur sens dans la psychologie des complexes affectifs et mécanismes (condensation, déplacement, symbolisation) mis au jour par Freud. Bleuler admet même l'éventualité d'une connotation sexuelle de l'angoisse et le principe d'un déplacement des pulsions sexuelles sur d'autres zones du corps dans une symbolique repérable : concession faite à l'autoérotisme dont le concept n'est cependant pas accepté. Jung dont la médiation était, comme on le sait, équivoque n'avait pu obtenir de Bleuler qu'il renonçât à « l'autisme ou ipsisme » au bénéfice de l'autoérotisme comme le souhaitait Freud.

Bleuler était d'ailleurs ce refus par un point de vue linguistique. Alors que le discours normal repose sur la métaphore, écrit-il, le discours schizophrénique prend souvent « les choses au pied de la lettre », et un même mot peut y

désigner plusieurs choses entraînant une confusion pathologique signifiante. Ainsi Bleuler écarte-t-il la théorie de la libido et préfère-t-il asseoir la conception de la schizophrénie sur un trouble fondamental et global : la *Spaltung* (le trouble générateur de Minkowski) et celle d'un délire fondamental (Grundwahl), « délire fondamental et immuable » dont on peut se demander s'il ne constitue pas le reflet implicite d'une inspiration venue de la « langue fondamentale » de Schreber.

Ainsi se dessine et s'épure, d'un côté, la notion d'un noyau fondamental irréductible aux théories freudiennes : constitutionnaliste, génétique ou neurobiologique (reprise de la toxine de Jung) et, de l'autre, celle d'une enveloppe « pathoplastique » de troubles secondaires éventuellement modifiables par la thérapeutique.

Ainsi encore, les termes du problème sont-ils bien et définitivement posés dès 1908 et le demeurent-ils : la DP, terme clinique de la paranoïa (dans la conception allemande) intéresse moins le théoricien (Freud) que la « paranoïa pure ». La DP ne sert, au fond, qu'à « nourrir la science ».

De son côté, le clinicien (Bleuler) estime que toutes les formes évolutives sont possibles (y compris de substantielles améliorations, exception faite des cas où la régression de l'affaiblissement intellectuel [*Verblödung*] s'est par trop aggravée, et des catatonies qui d'emblée s'avèrent chroniques). N'excluant pas, au demeurant, le principe des guérisons, « tout au moins de guérisons sociales », il considère que la plupart des schizophrénies ne nécessitent pas de traitement. Héritaires ou non, elles ne méritent aucune thérapeutique spécifique. Ce serait sacrifier les intérêts de la famille aux illusions d'un vain espoir. En revanche, l'évitement des longs séjours hospitaliers et les mesures appropriées de réadaptation socioprofessionnelle seront utiles : c'est sa conclusion.

De sorte que Jung semble avoir été le seul des trois à avoir effectué un travail de clinicien fondé sur le principe de la curabilité de la DP... Mais il quitte la Burghölzli et ses schizophrènes pour d'autres champs exploratoires.

Somme toute, à peine conceptualisée dans l'extraordinaire creuset affectif où des géants inconciliables l'ont engendrée, la schizophrénie s'apprête à se réinscrire dans le cours d'une histoire psychiatrique de « récupération » nosographique (la discordance de Chaslin, 1912).

L'élaboration unitaire freudienne ne sera pas adoptée par les psychiatres, dont la plupart, à l'époque, ignoraient ses thèses sur la paranoïa. Les eussent-ils connues, le flou nosographique nimbant le « cas Schreber » n'aurait certainement pas contribué à lever les préjugés des adversaires de la psychanalyse.

Freud et ses élèves (1911-1926)

En 1911, dans deux articles dont celui consacré au président Schreber, Freud définit la ligne directrice de la dynamique libidinale du développement de l'individu depuis l'autoérotisme jusqu'au choix objectal d'une autre personne ; une ligne qui passe par le stade du narcissisme en trois étapes invariables : rassemblement des pulsions sexuelles d'ordre érotique (prise du corps comme objet d'amour), choix homosexuel de l'objet, hétérosexualité. Cette invention venue de l'interprétation du texte de Schreber permet à Freud de préciser sa conception personnelle de la schizophrénie tout en se rapprochant de Bleuler, puisqu'il admet alors que l'étiologie sexuelle de la paranoïa n'est pas aussi directe qu'il l'avait pensé.

Chez le paranoïaque, écrit-il, intervient « le facteur [...] actif des blessures sociales » lié à la « composante homosexuelle de la vie affective » ; dans la schizophrénie, la régression archaïque à l'autoérotisme y rend compte du caractère accessoire de l'homosexualité. On relève que Freud n'utilise pas ici le concept d'introjection que Ferenczi venait de décrire (1909) ; mais il l'adoptera ultérieurement.

Autoérotisme et narcissisme

Ainsi Freud a-t-il intégré, en 1911, ses intuitions non exploitées de 1894 (différences dans les stades de la régression libidinale, distinction des mécanismes de projection paranoïaque et des mécanismes défensifs d'ordre hallucinatoire de l'hystérie et de la DP). Aussi lui est-il désormais possible de maintenir la psychose (ou les psychoses) dans une unité conceptuelle que, paradoxalement, le cas Schreber lui-même, par la diversité de ses formes intermédiaires, semblait contester (Bercherie). Puis, en 1914, Freud différencie nettement l'autoérotisme et le narcissisme.

L'autoérotisme, fait remarquer Laplanche, comporte quatre types de satisfaction : plaisir d'organe, plaisir non unifié (s'épuisant là où il naît : « polypier de plaisir »), plaisir sans objet extérieur, plaisir lié à une représentation fantasmatique. Le lien au fantasme est souligné la notion d'une mémoire ; en effet « trouver l'objet sexuel [...] est le retrouver » ; le sein de la mère (objet perdu) a lié, dans la succion, la satisfaction sexuelle et l'absorption des aliments ; sa perte explique le devenir autoérotique d'une pulsion qui n'est pas première « tout en étant le premier stade indépendant de la sexualité » (Freud).

Dans le texte freudien de 1914, le narcissisme est ainsi défini comme une unification de l'autoérotisme sur un objet unique, toujours interne,

« réfléchi »... qui, dans une série d'emboîtements successifs, devient le corps propre ou une certaine image unifiée du corps propre ou encore le « Moi » (Laplanche). Il s'agit donc d'une séquence explicitement temporelle dans la corrélation entre la naissance du narcissisme et celle du Moi. Séquence dont Tausk^[87] va reprendre le modèle pour traiter de la schizophrénie en 1919.

Le narcissisme primaire (par différenciation du secondaire, où « la libido afflue vers le Moi par les identifications ») succédant à l'étayage, l'autoérotisme représente donc une étape évolutive structurante dont l'un des moments mutans, prototypique, est le stade du miroir de Lacan (formation du Moi par identification à l'image d'autrui).

Si Freud s'en était tenu là, les choses auraient été claires et, dans la mesure où le choix d'objet narcissique devait coexister en l'étayant avec le choix d'objet dans une visée spécifiquement sexuelle, la théorie autoérotique freudienne (de 1907) des avatars évolutifs observés dans la paranoïa et la schizophrénie se trouvait confirmée et approfondie par cette théorisation sur le narcissisme. Cependant, quoique séparé de Jung, Freud n'en avait pas moins été ébranlé par ses objections et la formulation de son concept de « libido du Moi » intégrant la faim (autoconservation), la libido sexuelle et l'amour.

De sorte que les textes de 1911 à 1915 qui « encadrent » celui de 1914 expriment une relativisation de l'acte sexuel au bénéfice de celui de l'autoconservation. Ultérieurement, Freud se rétablira de ce retrait en opérant un déplacement de la problématique : pulsions du Moi-pulsions sexuelles vers celle des pulsions de vie-pulsions de mort^[21, 44].

En tout état de cause, le résultat du rabattement freudien de la genèse de la sexualité sur le développement de la relation perceptivomotrice au monde ou à l'environnement qu'évoque Laplanche se traduit dans les controverses par les concepts de choix d'objet, hallucination primitive et symbiose : concepts que les héritiers de Freud développeront dans des débats inachevés.

Contribution théorique des élèves de Freud

Quatre d'entre eux ont particulièrement contribué à la connaissance de la schizophrénie :

– Tausk dont l'œuvre sur le sujet tient en un article-testament^[87] dense. Il faut particulièrement retenir : la régression libidinale au stade où le corps entier est organe génital, la distinction narcissisme psychique-narcissisme organique, et la distinction entre le choix objectal et la trouvaille de l'objet. « Un objet, écrit-il, est trouvé par l'intellect, choisi par la libido » : ce qui signifie que la projection du corps propre est rapportable à l'époque où le nourrisson découvre son propre corps de façon morcelée en tant que monde extérieur, le Moi se formant par rassemblement et identification au corps propre, dans un processus associant l'intellect et la libido. Ainsi, le processus de la projection apparaît-il chez Tausk en deçà de la libido ;

– Ferenczi^[30], dès 1909, avait décrit l'introjection comme un processus fantasmatique d'investissement de l'objet extérieur et défini le transfert par la répétition du premier amour ou de la première haine ; ce qu'il désigne en 1933 par le terme de premières « relations d'objet ». Puis, instruit par les avatars de « techniques actives » qui l'amènent à anticiper la compréhension d'une identification projective dans l'analyse d'une dynamique de transfert où la relation du soigné au médecin devient « le pivot du matériel analytique », Ferenczi donne progressivement à la relation d'objet son axe transférentiel. En 1929 (*Confusion de langues entre les adultes et les enfants*), il témoignera aussi des dommages contretransférentiels causés par la répétition de la relation parents-enfants dont les effets d'autodéchirure, d'éclatement et de fragmentation sont constituants de moments psychotiques ;

– Abraham (1924) explore les pulsions masochistes (nostalgie de succion, fantasmes de morsure et dévoration liés à l'âge de la formation des dents et générateurs de l'ambivalence dans le rapport infantile à l'objet (stade antérieur donc au sadique anal ou à l'excrémentiel). Dans la suite de Ferenczi, Abraham introduit son concept d'incorporation (introjection régressive d'objet perdu), expliquant ainsi comment le narcissisme peut être bipartite (objet d'amour introjecté-haine de soi). On en vient donc aux pulsions de vie et de mort. En tout état de cause, quoique dépassant la position freudienne, Abraham ne remet pas en cause la théorie de la pulsion, puisque les stades de développement libidinal sont décrits à partir des zones érogènes et non à partir de l'objet ;

– à Federn enfin (1926) revient le mérite d'avoir mis l'accent sur les limites du Moi en distinguant l'étrangeté et la dépersonnalisation aux franges d'une psychose conçue alors en termes de déficit.

Réalité - perte - déni - clivage

Des travaux de Freud étayés par ses élèves ressortaient donc des éléments de théorie qui, s'ordonnant progressivement, commençaient à fonder une compréhension spécifique des troubles mentaux observés dans la schizophrénie. Et l'état de ces travaux psychanalytiques à l'époque où se tint un congrès de psychiatrie consacré à la schizophrénie (Genève-Lausanne ; 1926) aurait dû intéresser ses participants car Freud, dès 1924, avait cerné

clairement les notions de perte de réalité et de déni de cette perte : tous éléments théoriques directement applicables à la schizophrénie. À savoir que :

- le déni de la réalité dans la psychose s'observe à l'âge adulte ;
- il n'y a pas de perte radicale de la réalité mais celle d'un fragment ;
- la projection enrichit le réel de ce qu'elle vient arracher au Moi ou au Moi-Ça ;

- le psychotique éprouvé par le processus séparatif que lui impose son affection mentale ressent le besoin d'une réparation : il s'efforce donc de construire une néoréalité fondée sur les restes psychiques de ses relations anciennes au réel perdu.

En 1927, Freud adjoint à ses travaux sa conception personnelle du clivage dont on remarque qu'elle ne recoupe pas celle de la *Spaltung* que Bleuler, avant lui, avait mise en relief. Chez ce dernier, la *Spaltung* représente une dissociation psychique réalisée par une faiblesse associative primaire ; chez Freud, le clivage désigne un mécanisme de défense opposé à une réalité extérieure contraignante pour la pulsion par le Moi qui laisse persister côte à côte deux attitudes psychiques : l'une qui en tient compte et l'autre qui la dénie.

Ces avancées théoriques ont-elles été réellement évoquées au Congrès psychiatrique de 1926 ? Il ne le semble pas. Car Claude^[17] y développe une thèse organoconstitutionnaliste ; Bleuler^[13] y affirme le primat d'une base organique et le corollaire d'une « structure psychogène » où le rôle de la sexualité est, certes, expliqué par des mécanismes freudiens, mais de la première période. Minkowski y axe, de son côté, la compréhension de la schizophrénie par celle de la perte du contact vital avec la réalité. Tandis qu'Hesnard et Laforgue^[48], membres fondateurs, la même année, de la Société psychanalytique de Paris et collaborateurs directs de Claude, l'universitaire de l'hôpital Sainte-Anne, apportent à leurs collègues une contribution assez prudente et somme toute convergente.

Cette convergence facilitée par l'effet interrupteur des communications de la Première Guerre mondiale explique qu'en France une génération de psychiatres remarquables (Ey, Minkowski...) ait pu concilier longtemps, au sein du groupe de l'Évolution psychiatrique et à distance de la tradition illustrée par Claude, différentes thèses : constitutionnaliste, phénoménologique, organodynamique héritée de Jackson (Ey^[25])... et analytique. Mais les travaux analytiques de l'époque : Nacht^[75] et Laforgue^[63] font paradoxalement ressortir que, sous l'influence grandissante d'Ey, la référence essentielle pour les psychiatres français est celle de l'organodynamisme, une théorie qui n'accorde aucune importance à la psychanalyse pour la compréhension des troubles schizophréniques.

En fait, écrira Garrabe^[43], Ey ne reconnaît la valeur des thèses psychanalytiques que dans le domaine des névroses et des états maniacodépressifs : preuve qu'il avait bien lu Abraham et Klein dont l'œuvre alors mal connue chez nous devait aboutir au tournant capital de 1946.

Klein et son école

Klein

En 1926, Klein, qui avait été formée successivement par Ferenczi et Abraham, avance que ce n'est pas la libido qui porte au désir de savoir, mais le sadisme précoce de l'enfant qui entame, en s'en emparant, le corps de la mère qu'il commence à connaître, signifiant ainsi que le rôle de la castration est tardif dans le développement. Elle précise, en 1945, que les angoisses précoces interviennent encore au cours de la période œdipienne aux côtés des angoisses de castration ; la mort renverrait donc davantage à l'annihilation qu'à la castration. Puis, en 1946 : elle cesse de se référer aux stades du développement pour décrire les angoisses psychotiques et les défenses ; elle leur substitue des notions de positions (schizoparanoïde et dépressive). Elle invente aussi le concept d'identification projective.

Identification projective

Il est logique que ces concepts aient été découverts à la même époque. En effet, l'identification projective apparaît comme un processus d'aménagement défensif face aux attaques sadiques fantasmatiques que le petit enfant dirige contre le sein au cours de la première de ces phases. « L'identification projective, écrit Bion (1956), consiste dans le clivage par le patient d'une partie de sa personnalité et la projection de celle-ci dans un objet où elle s'installe, parfois en tant que persécuteur, laissant la psyché dont elle a été séparée appauvrie d'autant ».

Positions schizoparanoïde et dépressive

Elles sont, assure Klein, parties intégrantes du développement. En effet, les circonstances les plus favorables que sont la relation à la mère, au sein ou à sa représentation symbolique qu'est le biberon, ne peuvent empêcher l'angoisse persécutive d'apparaître. Cette angoisse culmine au cours des 3 premiers mois. S'installe alors la position schizoparanoïde, fruit des conflits opposant les instincts de vie aux instincts de mort. Chaque fois que les pulsions destructrices apparaissent avec intensité, mère et sein sont, par projection,

perçus comme persécuteurs. Le Moi précoce doit donc utiliser les processus de clivage (bons-mauvais objets partiels) pour tenter de diminuer son sentiment d'insécurité. Processus qui, temporairement efficaces, rendent impérative l'intégration du Moi pour atténuer la haine par l'amour et réduire la violence des pulsions destructrices.

La position dépressive qui lui succède « au second quart de la première année » s'installe au moment où le Moi, capable d'introjecter l'objet complet (les aspects aimés et haïs de la mère ne sont plus sentis comme séparés radicalement), craint de le perdre (dans un état voisin du deuil et dans la culpabilité venue de la pulsion destructrice dirigée contre l'objet aimé). C'est de cette expérience dépressive que le Moi tire le nécessaire pour mieux comprendre la réalité psychique, mieux percevoir le monde extérieur et mieux assurer la synthèse entre les situations interne et externe.

Soulignant en 1959 que les angoisses paranoïdes et destructrices ne peuvent être entièrement surmontées chez le sujet normal, Klein estime logique qu'elles se retrouvent avec une force accrue chez le schizophrène qui souffre d'échouer dans son effort d'intériorisation des bons objets.

À la même époque, Hermann développe en Hongrie une conception qui recouvre celle de Klein en l'intégrant dans une théorie de l'unité duelle mère-enfant et du cramponnement (1943).

Cette théorisation est d'autant plus intéressante qu'elle ouvre sur l'ontophylogénétique, élargissant le champ de l'archaïque exploré avant lui par Ferenczi (*L'inconscient biologique des êtres vivants*), Rank (*Le traumatisme de la naissance*) et Tausk (*Le langage des organes*) jusqu'à « l'infantilité de l'espèce »^[21]. Champ de l'archaïque qui est aussi champ potentiel des « effondrements schizophréniques »^[92].

Retour sur l'autisme

Les travaux kleinien expliquent le renouvellement de l'intérêt porté à l'autisme à partir du moment où Kanner décrit le syndrome d'autisme infantile précoce, qui porte son nom. Certes, ses signes manifestes dès la première année de la vie (coupure avec l'autre, retrait, solitude extrême) ne peuvent être directement comparés au retrait autistique des schizophrènes dont les phases de l'enfance et de l'adolescence auraient connu un déroulement sans faille apparente. L'affection décrite par Kanner n'en pose pas moins la question parallèle du contraste existant chez l'enfant autiste entre la dotation convenable des capacités cognitives et le caractère insupportable de la présence de l'autre qui ne serait reconnu que comme « partie ou chose » et chez le schizophrène, celui que l'on remarque entre le maintien d'un potentiel convenable et l'incapacité à en user.

De même, la position adoptée par Mahler^[68] pour expliquer l'autisme (développement pathologique d'un autisme inévitable lors des premières phases du développement) met l'accent, comme chez le schizophrène, sur les difficultés d'adaptation à la réalité et soulève la question du bien-fondé de l'offre d'un contact objectal pour y remédier. Mieux encore, Tustin^[88] estime qu'il n'existe qu'une différence de degré entre l'autisme primaire (normal) et l'autisme pathologique. Sa théorie fondée sur deux concepts kleinien (dépression psychotique et objet autistique) se réfère à des vécus buccaux de « trous », des expériences de trous corporels menaçants, orifices dont l'enfant souffrant tente désespérément de combler la béance par des objets autistiques (le bouton).

Avec Meltzer^[70] enfin, l'autisme doit être différencié du postautisme qui laisse un enfant souffrant de sa difficulté à se défusionner de l'objet, un objet sans limites (ni dehors, ni dedans, objet anorificiel, ouvert). On voit ainsi à quelles sources Anzieu^[3] puise pour élaborer son concept de « Moi-peau ». Et comment, dans cette approche dynamique de l'image du corps et ce qu'il en advient dans la psychose, Pankow^[76], depuis 1956, fait figure de pionnier.

Pour Hermann, il existe deux sortes d'angoisse :

- celle qui menace le clivage de la psychose, renvoyant à la reviviscence d'archiperceptions phylogénétiques refoulées ; liée à la « voix tonnante du père-en-colère », à son regard redoutable (les « yeux luisants »), elle menace l'enfant d'arrachement à la mère, de décamponnement (angoisse d'esseulement) ;

- celle qui assimile le Ça à une mère cramponneuse et égoïste qui cherche sa satisfaction immédiate sans égards pour l'enfant (le Moi) (angoisse de régression ou de séduction par l'instinct).

Le schizophrène, remarque Klein, est constamment menacé de morcellement faute de pouvoir compter sur un bon objet interne ou externe. Mais cette difficulté ne lui ôte jamais un désir intense d'intégration et de relation rudimentaire au bon objet et au bon soi ; ce qui rend optimiste sur le résultat de la psychanalyse chez eux. Cet optimisme est partagé par ses élèves, dont Segal et Rosenfeld, auxquels on doit la relation circonstanciée d'analyses de longue durée et, pour le dernier, la description de la « psychose de transfert » (1946-1956).

Autre élève de Klein, Bion, nous offre de 1953 à 1956 une analyse pénétrante de l'effet des pulsions agressives sur l'activité mentale. Destructrices, les pulsions le sont d'autant plus qu'elles attaquent chez le schizophrène le lien interne et externe avec l'objet. « Le schizophrène, écrit Bion, est aux prises

avec un conflit jamais résolu entre la destruction et le sadisme. » Le concept de « pensée attaquée » est une des contributions les plus intéressantes de Bion, parce qu'elle ouvre la voie à une théorisation psychanalytique de la pensée : succinctement, la pensée s'édifie par éléments bruts puis élaborables puis élaborés à l'aide d'un « appareil à pensée » (pensoir) propre à les agencer et les contenir ; la schizophrénie est destruction de ces liens internes.

De ces travaux sur l'autisme infantile surgissent des questions que Freud n'avait pas explicitement abordées même si son œuvre en apporte le frayage : les rapports de l'infans à la psychose et la question du verbe, dont l'enfant schizotique pâtit autant que le schizophrène adulte.

Lacan

Dès le début de son enseignement, Lacan a déplacé l'attention de l'ordre imaginaire à l'ordre symbolique et toute son œuvre s'inscrit dans l'articulation des trois instances : Réel, Imaginaire et Symbolique.

S'agissant de la schizophrénie, il est malaisé de saisir la position que Lacan lui aura attribuée dans le champ de la psychose. Clinicien remarquable (cf ses présentations de Sainte-Anne et Henri-Rousselle), Lacan ne se laissait pas entraîner sur le terrain de la schizophrénie. S'il a clairement exprimé que le psychanalyste ne doit pas reculer devant le paranoïaque, il semble que le schizophrène n'ait eu droit à son attention que par son statut de parlêtre (tout parlêtre « méritant » qu'on l'écoute). C'est donc par son apport théorique au fonctionnement psychotique qu'il faut aborder avec Lacan ce qui serait transposable à la schizophrénie. La remarque peut être formulée en d'autres termes : la théorie lacanienne est-elle susceptible d'apporter un éclairage sur ce qui serait le noyau fondamental de la schizophrénie ? Dans sa thèse de 1932, Lacan étudie bien, en effet, les rapports cliniques et pathogéniques des psychoses paranoïques avec la dissociation mentale des psychoses paranoïdes ; mais il le fait « d'après les auteurs » pour reconnaître que si l'on a vu des psychoses paranoïdes se muer en paranoïas et des paranoïas avérées se dissoudre dans un affaiblissement démentiel (*Verblödung*), il n'y a rien à gagner à en étendre le cadre clinique (Lange). Par ailleurs, remarque-t-il après Guiraud, la clinique montre que la prévalence de l'état affectif, qui mène à l'interprétation et à la perte localisée du sens critique, n'a rien de commun avec le trouble associatif qui produit la *Verblödung*.

La psychose, pour Lacan, relève d'une cause qui ne se situe pas dans l'ordre de l'imaginaire (imago insatisfaisante du père) mais dans un défaut d'ordre symbolique (forclusion du Nom-du-père : rejet primordial d'un signifiant aussi fondamental que le serait le phallus par rapport à la castration).

De sa thèse qu'il développe dans le *Séminaire livre III*^[62], de 1955 et 1956, dont il reprend l'essentiel dans les *Écrits*^[60] de 1966, Lacan pose que l'inconscient est une structure symbolique ; d'où la prééminence de son rapport au langage.

La destinée du sujet de l'inconscient s'ordonne sur des choix et selon les trois modalités possibles de la négation : névrose par refoulement (*Verdrängung*), perversion par déni (*Verleugnung*) et psychose par forclusion (*Verwerfung*). Dans la psychose, la négation se réalise donc sur le signifiant qui est frappé de nullité quant à sa fonction d'organe de représentation du sujet. Autre contribution théorique de Lacan applicable à la schizophrénie : l'holophrase, ou concept de solidification du couple des signifiants. Lorsque cette solidification se produit, les lois du langage (métaphore et métonymie) sont suspendues par la suppression de l'intervalle qui doit exister entre eux pour que l'un puisse venir à la place de l'autre pour représenter le sujet. S'opposant à l'effet métaphorique, l'holophrase marque donc le fonctionnement mental du schizophrène sur le registre de l'aliénation (le sujet est présent dans le champ de l'Autre à cause du signifiant qui le représente et absent parce qu'il n'y a pas d'identité entre le sujet et le signifiant) ; sur le registre de la séparation aussi, car c'est dans l'intervalle entre les signifiants que le sujet peut trouver sa coordination avec l'objet. Ainsi Lacan décrivait-il comme primordiale la coupure dans le rapport au signifiant et, simplement corollaire, la perturbation du lien associatif qui est primaire dans la conception bleulérienne. En tout état de cause et quelles que soient les questions soulevées par la possibilité d'une thérapeutique de la psychose, la béance, le trou laissé par la forclusion imposeraient à l'analyste la prise en considération d'un lieu, le tiers-lieu de l'Autre, où il aurait à s'inscrire pour aider le psychotique à rétablir la fonction de sa parole. C'est par le transfert que cela se ferait.

Question du transfert dans la schizophrénie

La question du transfert que la notion de schizophrénie soulève n'a jamais été d'un abord aisé. « Transfert sans résistance » pour Jung, perplexité de Freud, glissements confusionnels vers le sentiment et l'émotion dans la foulée des techniques actives de Ferenczi, problématique de la « demande » du schizophrène, retournement habile de cette demande en désir d'analyste (Lacan), existence même du transfert psychotique contestée^[66, 77], psychose de transfert (Rosenfeld) : toutes ces positions prises depuis que la psychanalyse existe témoignent simultanément de l'intérêt qu'on lui porte et de l'embarras qu'il suscite. Et pourtant, après que Ferenczi eut tracé une voie hardie pour le sujet, Klein introduisait, dès 1935, une perspective théorique

fondamentale en situant dans l'imagination de l'enfant « la figure combinée des parents » : fantasme précoce qu'un autre objet (qui sera le père) reçoit de la mère ce que la mère refuse au même moment à l'enfant.

En 1952, alors que la notion du contretransfert était déjà élaborée et connue [6, 47], Klein, revenant sur la question des origines du transfert, évite de s'impliquer dans cette mouvance affective particulière et soutient que le transfert trouve son origine dans les processus mêmes qui, aux stades les plus précoces, déterminent les relations objectales : elle indique encore que les connexions entre la haine et l'amour suscitent des transferts positifs aussi bien que des transferts négatifs dont l'analyse est indispensable. Enfin, elle insiste sur les « situations de transfert » renvoyant aux stades les plus précoces du développement et dans les couches les plus profondes de l'inconscient. Il était donc nécessaire que se développât, après elle, la notion de contretransfert.

Transfert et contretransfert

Quatre analystes anglaises, quatre femmes, le font de 1949 à 1966. La première, Heimann [47] use du terme pour indiquer la totalité des sentiments éprouvés par l'analyste vis-à-vis de son patient ; elle désigne aussi le contretransfert comme instrument de recherche dans l'inconscient du patient. Pour Little [47], le contre-transfert qui serait refoulé endommagerait le processus analytique ; mieux vaut donc que le thérapeute analyse son empathie et son détachement de l'identification au patient. Opération supportable, après tout, puisque l'analyste a l'avantage de vivre cette séquence affective dans le décalage temporel de son expérience. Mais il est évident aussi que le risque d'infiltration confusionnelle angoissante dans cette empathie s'aggrave avec l'accroissement de la désintégration du patient ; l'analyste doit donc être solide, et particulièrement s'il s'occupe de schizophrènes. Tower [47], de son côté, inscrit tous les mouvements contre-transférentiels dans une réaction de l'analyste à son angoisse. Enfin, Reich [47] subordonne la compréhension au passage de la problématique du patient dans l'inconscient de l'analyste exposé à en accepter la nécessité sans pour autant y demeurer impliqué ; et en 1966, dans *Empathie et contre-transfert*, elle précise la différence entre l'usage empathique de son propre inconscient et un *acting-out* dans le contre-transfert.

Restait à analyser les échanges transférentiels du schizophrène et de son analyste dans un fonctionnement de dépendance « jusqu'à la recherche d'un contact psychique » et de harcèlement « affolant » (Searles).

Ainsi se dessine-t-il progressivement, à partir de Ferenczi et Klein, un espace potentiel [91] psychothérapeutique convenant aux schizophrènes. Espace thérapeutique qu'organisent avec constance leurs élèves d'Angleterre, à l'époque même où, aux États-Unis, Sullivan, qui connaissait les grands psychotiques pour en avoir traité beaucoup dès le début de sa carrière, développe avec succès la thèse d'une schizophrénie n'émanant pas d'une causalité interne mais d'une réaction à des processus et événements intervenant d'un individu à son environnement, d'une schizophrénie reflet d'une grave perturbation dans la capacité d'établir un rapport à l'autre. Il est hors de doute que les idées de Sullivan en général et son concept opérationnel d'« observateur participant » impliquant que « toute communication est une participation qui change la communication et donc la participation » influencent les chercheurs de l'École de Palo Alto, dans un mouvement d'idées qui fera retour en Angleterre avec un courant « antipsychiatrique », référé à Laing et Cooper, pour s'épanouir ultérieurement dans le développement des thérapies familiales.

Une clinique modifiée par la psychanalyse ?

À la fin de ce siècle serait-il possible d'affirmer que la psychanalyse a modifié la clinique psychiatrique de la schizophrénie par la compréhension spécifique qu'elle en offre ? La question se doit pour le moins d'être étudiée à un triple niveau :

- celui des symptômes ;
- celui des fonctions (affectivité, pensée et langage schizophréniques) ;
- celui des syndromes décrits depuis Bleuler.

Symptômes et fonctions

On a vu comment Freud et Jung avaient influencé Bleuler dans la présentation des fonctions altérées et symptômes qu'il attribuait aux schizophrénies constituées. À distance, ces suggestions interprétatives peuvent sembler superficielles ; il n'en demeure pas moins qu'elles innovaient une approche que la psychanalyse a considérablement approfondie. Nombreux sont les symptômes qu'au cours des ans les psychanalystes ont soumis à la pénétration de leur visée :

- les stéréotypies (Fromm-Reichmann, 1943) ;
- la dépersonnalisation (Federn, 1953 ; Rosenfeld, 1965) ;
- l'agitation (Skanton, 1954) ;
- les hallucinations (Modell, 1958 ; Katan, 1961) ;
- la confusion (Rosenfeld, 1965) ;
- le mutisme (Meltzer, 1973).

Toutefois, quoique propices à réflexion, ces études de psychanalyse appliquée sont d'un intérêt limité lorsqu'on les extrait d'un contexte global. En effet, s'agissant de la schizophrénie, parler des fonctions et symptômes est d'autant plus malaisé qu'ils ne sont jamais simples ; somatiques ou psychiques, ils se sont constitués pour désigner et fixer une souffrance ; pour signifier un malaise lié à un signifiant égaré : un signifiant à égarer désespérément dans la lutte contre l'angoisse térébrante que manifeste et masque à la fois le rempart qu'ils édifie. Première ambiguïté schizophrénique donc : les symptômes, les fonctions, les syndromes apparaissent dans la schizophrénie comme des reconstructions défensives obligées de survie. Nécessaires comme compromis entre le sens et le non-sens, comme message et comme écran (la « fonction-écran du délire » [19]). Seconde ambiguïté : aucune affection mentale n'illustre mieux que la schizophrénie le décalage conceptuel existant entre les médecins et les psychanalystes dans l'abord du symptôme.

Exprimés négativement en termes de déficit, de perte, de dommage et dol par les médecins, ils apparaissent au psychanalyste dans un versant positif : position d'affrontement inutile, au demeurant, puisque c'est dans l'ambivalence, la coexistence, la paradoxalité (Racamier) que les schizophrènes nous les donnent. N'en apercevoir qu'un versant nous expose inmanquablement au piège inconscient qu'offrent les schizophrènes enfoncés dans une solitude défensive : celui d'une approche caricaturale donnée en miroir au retrait morbide. Il n'existe pas d'autre solution thérapeutique que l'acceptation de l'ambivalence de ces symptômes jusqu'à ce qu'un « travail transférentiel impliquant » autorise leur dissolution dans une circulation affective désangoissante.

Troubles affectifs selon Bleuler

L'affaiblissement affectif, l'indifférence, le défaut d'une capacité de modulations affectives, la rigidité affective, les démonstrations affectives non naturelles, exagérées ou théâtrales, les défauts du rapport affectif, la perte d'unité des affects (annonçant la discordance de Chaslin), sont à l'évidence susceptibles de donner lieu à des descriptions symptomatiques d'un parcours insidieusement offert à la démence. À les considérer comme compromis ambivalents de survie dans l'attente d'une aide qui ne vient jamais (puisque l'adhésion à la notion du trouble fondamental interdit de croire à son efficacité), on verrait mieux l'énergie investie dans la désespérance momifiée qui les anime.

« Pensée schizophrénique »

Elle serait le résultat altéré du trouble fondamental des associations, exprimé en termes de déficit chez les psychiatres. Chez les psychanalystes, on a pu voir avec Bion que la pensée peut être attaquée, empêchée. Elle est captive pour Racamier, déformée à son origine dans les avatars d'une relation à une mère « porte-parole » à partir d'un éprouvé corporel et d'énoncés favorisant la distorsion [15]. Pour graves qu'en soient les formulations, elles n'en sont pas moins porteuses d'une certaine promesse thérapeutique de libération. Il en va de même avec les communications en double-lien dont le blocage mental qu'elles entraînent peut se dénouer si exemplairement dans les thérapies familiales.

Langage schizophrénique

À lire Bleuler, découvrant les joies de l'interprétation d'un langage hermétique dont Jung venait de lui offrir les clefs pour un décodage, nous pouvons aisément anticiper sur ce que Freud confirmera : le schizophrène traite les paroles comme des choses. Le schizophrène, devait écrire ultérieurement Bion, a peur de parler, de dire ; la cause de cette peur serait liée à la difficulté de l'émergence de la période dépressive kleinienne. L'indication est intéressante mais mal fondée : le schizophrène, objecte avec pertinence Mannoni [69], a plutôt peur que les mots aient un sens.

Effectivement, la littérature psychiatrique regorge d'observations où le prolix le dispute à l'hermétique, au point que les processus de néologisation, condensation, associations phonétiques modifiant le langage des schizophrènes établis en leur état sont systématiquement interprétés, au niveau psychiatrique, comme le signe pathognomonique de l'avancée vers le démentiel. Mais c'est une position réductrice.

En effet, c'est essentiellement pour se protéger que le schizophrène échappe aux exigences de la signification, qu'il échoue dans ses efforts de métaphorisation, qu'il se tisse un délire néologique infiltré d'effets de synthèse et de retournement des règles grammaticales, d'assonances, contiguïtés et ritournelles : « un langage dont les signifiants isolés récusent le contexte » [14]. Ne nous égarons pas sur le pas-de-sens si aguichant de ce langage : le néologisme est destiné à se concasser ou se dissoudre, le tissu d'assonances est un voile : dessous gisent le sens, la métaphore et le potentiel symbolique. En voici, parmi tant d'autres, deux formulations signifiantes :

- d'un adolescent : « J'ai le souvenir d'enfance des taches dans lesquelles sont empilés des sons et des objets et j'essaie de ne pas m'en rappeler. Il me faut garder cette richesse dans sa potentialité...arrêtez...je ne veux pas que vous m'en parliez. Elles réanimeraient les taches » ;

– d’une adolescente « murmurant cet avis de recherche » : « Je suis née de n’importe quel-con-que qui s’appelle sans nom... Je suis zéro-nom. J’ai perdu mon nom quelque part, mon nom est un objet... maintenant je suis ni chez les uns... nichée les autres... ».

Syndromes schizophréniques

On sera bref sur le sujet. C’est au psychiatre, en effet, qu’il appartient d’ordonner les symptômes en syndromes et de dégager des tableaux cliniques les cadres d’une nosographie. Le rôle du psychanalyste est, sinon de les contester, du moins de les réduire à des modèles propices à nourrir sa réflexion et aider « un schizophrène » à devenir Sujet souffrant mais Sujet.

Succinctement, l’attention mérite simplement d’être portée ici sur les trois grands syndromes évolutifs que la tradition psychiatrique nous lègue : hétérophrénie, catatonie, délire paranoïde. Sortent en effet de ce cadre de référence les « états limites » dont la centration sur la relation d’objet à partir de Fairbairn aura eu pour intérêt de cerner la problématique des personnalités schizoïdes [27], les états limites [10], les organisations narcissiques de la personnalité [53], les personnalités narcissiques [57] : toutes personnalités qui, aux franges de la pathologie, évoluent sur une ligne subtile de relation particulière à autrui.

De la catatonie, on remarque que, depuis le début du siècle, les grandes manifestations en ont disparu. Certes, on pourrait y voir le reflet de l’efficacité des neuroleptiques. Dans la mesure, toutefois, où elle s’offrait davantage à voir qu’à entendre : message du sujet « faisant l’objet » devant un psychiatre ébahi, pour être assuré qu’il n’ait ni à parler ni à entendre, elle n’est pas sans rappeler sous son vernis hystérisé les grandes cérémonies, qui, en son temps, ont forgé le succès théâtral de Charcot.

De l’hétérophrénie et de la démence paranoïde des classiques, on observe ensuite qu’elles ont assurément constitué les modèles dont Klein a tiré ses positions paranoïdes et dépressives. Constataction intéressante : dans la théorisation de Klein, le nourrisson s’introduit dans la position paranoïde des objets partiels aimés ou haïs, avant de gagner la période dépressive d’unification, synthèse et séparation. Tausk est encore plus audacieux que Klein, puisqu’il ose imaginer que l’identification représente un intermédiaire entre le sentiment d’aliénation et le délire d’influence, dont la « machine » est une représentation de soi du patient, assez fine pour établir des correspondances précises entre les lieux piqués de l’appareil et ceux du corps correspondant : façon brillante, au demeurant, de lier le corps souffrant, morcelé au total, à un esprit torturé : de reporter aussi la projection du corps au stade précoce où le nourrisson se saisit de son pied comme d’un objet étranger.

Le clinicien du schizophrène adulte en retient donc que la dépression suit nécessairement la régression paranoïde dans les formes délirantes et que l’hétérophrénie représente la régression douloureuse à une phase où le refus d’évoluer est un moyen de retarder la séparation inéluctable : un moyen aussi de se cramponner dans le figement protecteur avec l’angoisse de connaître les affres d’une régression paranoïde dissociante. Ainsi perçue, la forme d’entrée dans la schizophrénie serait indicatrice d’une approche psychothérapeutique spécifique.

Psychanalyse évincée ?

En 1975, Ey qui avait toujours attribué une origine commune à la psychiatrie et à la psychanalyse (« La psychiatrie moderne tout entière orientée par la dynamique de l’inconscient, se confond avec le champ d’application de la psychanalyse », avait-il écrit en 1957) tint à Thuir un séminaire axé sur la notion de schizophrénie [24]. De ce séminaire publié, ressort une vision globale dont l’actualité n’est pas démentie par les tendances contemporaines : biologiques et sociales. Ni, faut-il l’ajouter, par l’ambiguïté concernant les données évolutives relatives à la schizophrénie.

Ey nous rappelait alors que la notion de schizophrénie qui concerne 1 % de la population globale, correspond à une réalité empirique, une maladie de la réalité. En son début comme à sa fin, écrit-il, la schizophrénie n’est pas un désir déçu mais une réalité perdue dans le cours d’une existence à la fois lyrique et énigmatique. Le schizophrène est une personne qui se meut dans un parti pris d’hermétisme (Wyrsh) [93], un sujet dont le contact avec le monde, incertain et symbolique, est altéré par un trouble fondamental : l’autisme, et exprimé par cette maladie de la réalité que constitue le délire. La schizophrénie est un itinéraire orienté par la finalité même du monde autistique « au gré [...] de ses désirs, mais aussi de ses possibilités par le double nœud (*double-bind*) d’une connexion de travail (positif) de la sphère inconsciente au désir et de la désorganisation (négative) de l’intégration au système de la réalité ».

À la « puérité » des relations d’objet, Ey oppose, en s’y ralliant, la forclusion lacanienne parce qu’elle met au jour une faille irrémédiable dans la structuration ontologique du schizophrène. Insistant, par ailleurs, sur le fait que la schizophrénie est moins une dénégation de la réalité qu’elle n’est engendrée par sa condition négative, Ey concède à Racamier qu’une organisation psychodynamique subsiste dans la désorganisation de l’être

schizophrénique, mais il n’en insiste pas moins sur le fait que la désorganisation est principielle ; elle constitue la trame fondamentale d’une existence vouée à la béance du désir et à l’impuissance d’être quelqu’un de conscient et d’organisé ; un être livré, sa vie pathologique durant, au trouble fondamental que constituent pour lui son autisme et son délire.

En termes clairs, Ey signait ainsi là son pessimisme personnel sur la thérapeutique des schizophrénies dans un parcours qui, quoique fondamentalement différent de celui de Lacan, le rejoignait. Un pessimisme qu’il avait contradictoirement contribué à atténuer puis qu’avec Ciompi et Muller [16] il pouvait avancer, statistiques à l’appui, qu’une proportion remarquable des schizophrènes non traités évoluent vers une stabilisation satisfaisante, sinon mieux. Et l’on n’ignore pas non plus que des formes de passage vers la paranoïa sont observables aussi bien que des mutations de la paranoïa vers la psychose paranoïde.

Tendance actuelle : une clinique biopsychosociale

Dans sa rudesse, la position de Ey laissait une place à la perspective psychanalytique dans le champ psychiatrique. Elle ne tardera pas à être balayée par de nombreux chercheurs et cliniciens américains et canadiens. Pour eux, en effet, la schizophrénie serait le produit d’une combinatoire d’ordre biopsychosocial qu’une évaluation clinique attentive peut préciser de la façon suivante :

- vulnérabilité biopsychologique mise en relief par la génétique, la fragilité du Moi, les troubles cognitifs et d’attention, le scanner et les médicaments ;
- vulnérabilité associée aux stress socioenvironnementaux dont maintes expériences montreraient qu’ils endommagent davantage le schizophrène que les autres au niveau des émotions exprimées, des événements de vie, des tensions au travail et de la baisse du soutien social.

Le handicap réalisé chez le schizophrène : détérioration, invalidité, symptômes négatifs, exige pour sa réduction, qui est le seul objectif raisonnable, un programme de traitement et de réadaptation des jeunes psychotiques. Tel qu’il est appliqué au Canada chez Lalonde [64], et bien entendu aux États-Unis, ce programme s’effectue dans l’acceptation élaborée avec le groupe thérapeutique par le patient, sa famille et son environnement, du caractère fatal d’une affection mentale dont l’évolution est seulement canalisable, par l’exécution d’un programme orchestré par son psychiatre-directeur associant la médication neuroleptique constante à un suivi (individuel, familial, groupal) et à une démarche réadaptative prudemment étagée. En somme, la sémiologie vise moins à situer, entendre et comprendre un sujet souffrant qu’elle ne cherche à substituer à un individu malade de la réalité une prothèse réalitaire, dans le registre d’une psychiatrie engagée dans le champ économique global. Cette position qui se développe depuis les années 1980 représente le paradoxe achevé d’une médicalisation affichée de la schizophrénie. Un paradoxe fondé à la fois sur le succès des neurosciences accepté comme seul possible dans son aspect réducteur, et sur la marginalisation des avancées psychanalytiques utilisées dans une dérive structurée par le foisonnement de « nouvelles psychothérapies » visant le court terme. On remarque toutefois que les publications qui les concernent se préoccupent de moins en moins de la schizophrénie (le relevé des *Psychological Abstracts*, de 1992 à 1997, le confirme).

La version biopsychosociale de la schizophrénie doit son succès à différents facteurs que Barrett met bien en relief [7]. Car outre qu’elle satisfait le psychopharmacologue et le psychiatre « réalitaire », elle contribue aussi à déculpabiliser nombre de familles de malades mentaux (80 000 personnes à la *National Alliance for the Mental Ill* aux États-Unis). Elle renforce aussi la portée de l’imagerie médicale (schizophrénie comparée au diabète, origine génétique de la maladie...).

Ainsi peut-on comprendre que Barrett, qui est à la fois anthropologue et psychiatre, ait pu récemment construire un essai remarquable traitant d’une construction sociale de la schizophrénie dans un processus de figement. Un figement d’autant plus inexorable qu’il découlerait du fait que le trouble schizophrénique est incompréhensible en dehors de nos appareillages conceptuels qui, construits pour le comprendre et le guérir, ne seraient susceptibles que de l’influencer dans un remodelage. Ainsi pourrait-on comprendre, et de ce point de vue l’observation pratiquée par Barrett dans un hôpital psychiatrique australien moderne est saisissante, comment le patient devenant objet de la schizophrénie qu’on lui impute devient un schizophrène.

S’agissant de la psychanalyse dans le champ de la schizophrénie, le constat de Barrett est rude : la psychanalyse, méthode « empathique », « littéraire », et attachée au cas par cas, serait d’autant moins utile qu’avec les concepts de régression, de clivage, de surgissement des pulsions instinctuelles normalement réprimées et de domination du magique sur le rationnel de la pensée, elle ne se démarquerait pas des fragments théoriques d’une construction clinique associée aux idées de ce siècle.

Une approche thérapeutique psychanalytique

Les fondements d'une telle approche doivent être considérés à deux niveaux : le trouble fondamental et l'enveloppe symptomatique pathoplastique. La psychanalyse est-elle apte à offrir une réponse théorique et thérapeutique sur ces deux points ? Et à supposer aussi que la causalité psychique ne puisse être retenue pour la compréhension du trouble fondamental : est-elle au moins capable d'orienter une thérapeutique de fond et un accompagnement spécifique qui soient bénéfiques aux schizophrènes ? Voilà ce qui lui est demandé de justifier maintenant.

Champ conceptuel

Les lignes d'approche d'un tel champ conceptuel apparaissent assez dans l'exposé historique par lequel ce travail a débuté pour que l'on se contente ici d'en reprendre les notions les plus claires, les mieux éprouvées par l'expérience ; les plus opérantes aussi dans le contexte du possible (le cadre pluriel de l'institution psychiatrique ; le cadre duel dans les cas moins récents). On fera donc brièvement remarquer les lignes de force que la recherche psychanalytique a progressivement mises en relief.

Depuis les premiers travaux des psychanalystes sur le sujet, on observe donc que :

- Freud a privilégié les topiques (systèmes inconscient, préconscient, conscient ; instances Surmoi, Moi, Ça) ; Abraham, les stades donc le temporel ; Klein, les positions schizoparanoïde et dépressive ; Lacan, la forclusion. Aux thèses préhistoriques, ontophylogénétiques (Rank, Ferenczi, Hermann) et ontogénétiques, s'opposent des thèses structuralistes où le secret du manque se déchiffre dans l'ordre symbolique plutôt que dans l'ordre historique ;

- Freud s'est constamment référé à une notion de sexualité large mais spécifique opposant ainsi le contingent pulsionnel de la sexualité à celui de l'autoconservation, du narcissisme et des pulsions de vie-mort. Une position que l'introduction du concept de relation d'objet modifie foncièrement puisqu'avec lui, la sexualité n'apparaît plus que comme l'un des moyens possibles de la relation. De plus, la sexualité peut être liée (objet d'amour, sexualité de vie) aussi bien qu'elle peut être déliée (destructrice, sexualité de mort) ;

- sexualité et relation d'objet sont corrélatives et participent toutes deux, dans leur ambiguïté, du biologique et du psychique^[87] ;

- la perte de la réalité dans la psychose est susceptible de s'exprimer à trois niveaux : castration, mort et vie, annihilation. S'agissant de la schizophrénie, la régression qui la marque est telle qu'elle en situe bien l'origine en deçà de la castration et de l'homosexualité.

Il s'en déduit que :

- le support théorique analytique de la schizophrénie est incontestablement à rechercher du côté de l'archaïque, avant et avec la mère. Même si l'autisme infantile ne peut être comparé à celui des schizophrènes, ne serait-ce que par la période de la vie à laquelle leurs pathologies s'observent, il offre un cadre de référence explorable pour le manque dans la communication et l'impossibilité d'accéder à la symbolisation dans un langage dont la parole est (et n'est) qu'un des éléments ;

- le caractère accentué de l'autisme de maints schizophrènes et le caractère « catastrophique »^[92] de l'effondrement des autres qui étaient apparemment adaptés jusque-là, témoignent dans ces situations du défaut structurant marquant des phases ultérieures du développement, faute pour les stades les plus précoces d'avoir été convenablement engagés.

C'est dire, succinctement, que quelle que soit la façon dont elle se présente en son début, la phase des troubles qui bascule un sujet dans les affres de la schizophrénie le précipite vers l'archaïque de son existence ; vers la phase d'inscription de son trouble originel.

- Il apparaît donc moins important, sauf pour le plaisir de la spéculation théorique, d'opposer Klein à Lacan que de faire s'affronter leurs théories dans le champ précis où elles s'articulent. Chacun de ces auteurs est indispensable à la compréhension du trouble schizophrénique. Cependant Klein précise elle-même que le champ privilégié de son attention se porte dans les premiers mois de la vie de l'enfant alors que la théorie de Lacan s'ordonne essentiellement à partir d'un moment plus tardif (le stade du miroir et la phase de symbolisation de l'accession à la parole).

- On peut raisonnablement en déduire qu'il ne serait pas illogique de fonder le champ psychothérapeutique de la période primaire et aiguë de l'affection sur une référence kleinienne et la période qui la suit sur l'attention portée à la modification par la psychanalyse de ce qui renvoie en signifiant fondamental forclos. Ce serait dire, en d'autres termes, que la première étape thérapeutique est à vivre dans un creuset affectif maternel, et la seconde dans la triangulation qui favoriserait, sur la base d'une métaphorisation opérante, la réaccession au symbolique occulté dans la psychose et le délire. Klein en a, semble-t-il, elle-même anticipé la possibilité en introduisant dans le champ théorique le concept de « figure combinée des parents », qui serait à tout prendre la forme du passage du registre dyadique au registre triangulé.

- En termes simples, cela signifierait que dans la majorité des cas possibles, la cure psychothérapeutique analytique d'un sujet souffrant de schizophrénie (clinaquement révélée par une dépression, un délire, un acte suicidaire ou un comportement antisocial) s'effectue en deux étapes successives :

- la première dans l'hospitalisation psychiatrique où l'apparition d'un trouble majeur précipite le patient. Une hospitalisation qui a la double caractéristique de représenter la demande « implicite » des soins et de se vivre dans un cadre pluriel (espaces thérapeutiques, groupe de soignants, groupe de soignés) ;

- la seconde espérée à partir de cette première étape dans la conjonction des approches psychiatriques et psychanalytiques et rendue possible par la démarche personnalisée que le patient serait capable de faire dans le cabinet d'un psychanalyste (cadre duel avec ses particularités).

Comme il est effectivement rare que des sujets souffrant de schizophrénie puissent pénétrer chez l'analyste avec une demande formulable (étant donné aussi que l'éventuel impétrant, sans sensibilisation préalable, a des motivations floues ou qu'il les subordonne à la pression inquiète de son entourage), tous éléments incitant à la prudence (Winnicott), la question de l'implication analytique dans le traitement de la schizophrénie se déplace vers le champ institutionnel. Y a-t-il place pour un tel projet, comment faut-il le concevoir ? C'est du côté des théories de la psychothérapie institutionnelle que l'on se tournera pour en extraire les éléments les plus fiables.

Création d'un espace psychothérapeutique pluriel

« Une schizophrénie, a écrit Racamier, est à la fois la plus évolutive des structures psychotiques et le plus organisé des processus psychotiques. » Dans sa concision, cette formulation a le mérite indirect d'énoncer les deux risques majeurs que feraient peser sur un sujet souffrant de schizophrénie un groupe soignant mal préparé au traitement de cette psychose :

- celui d'une implosion annihilante dans la machinerie délirante d'un corps morcelé et flottant ;

- celui du figement défensif révélateur de l'inertie active où peut survivre un schizophrène : ambivalence au croisement de ses oppositions existentielles et affectives : mort-vie ; fusion-défusion ; dépendance-autonomie ; annihilation-structuration ; haine-amour ; projection-introjection : tous éléments matriciels où, au-delà des tableaux cliniques qu'il peut offrir, un schizophrène tente de maintenir, sauf aide conséquente, ce que Resnik^[82] désigne comme l'espace autistique.

En fait, toute l'histoire des institutions psychiatriques met en relief les risques et les difficultés d'y appliquer leurs théories en pratique. S'agissant de la psychanalyse, cette difficulté est d'autant plus nette qu'elle exige une implication bien plus profonde que celle de la seule psychiatrie. Son introduction et chacune de ses étapes conceptuelles ont été révélatrices à ce jour des ouvertures significatives qu'elle suscite et de leurs limites transférentielles (pour le patient autant que ses soignants). Longtemps, elle demeura confinée dans une sorte d'intégration en isolat qui représentait en somme une tentative d'application intra-muros de ce qu'elle avait théorisé intra-muros avec les névrotiques. On sait maintenant depuis un demi-siècle (Rosenfeld) qu'elle peut mener aux avatars d'une psychose de transfert si la relation psychanalytique duelle demeure ainsi engagée dans un cadre institutionnel clivé (l'analyste d'un côté, le groupe soignant psychiatrique de l'autre). Elle ne ferait que trop bien répondre à la dissociation psychique du patient en exacerbant le narcissisme destructeur, la régression autistique ou le délire. Winnicott en retient donc qu'il n'y a pas de réponse thérapeutique possible sans un aménagement thérapeutique particulier : un espace transitionnel qui tienne à la fois du *setting* et du *holding*.

Et c'est à partir de ses travaux que s'instaure progressivement la théorisation des psychothérapies institutionnelles. Certains psychanalystes (dont Racamier) imaginent des modalités d'accompagnement pluriel prudent sous la responsabilité du psychanalyste de l'institution chargé dans l'espace thérapeutique de demeurer « l'ambassadeur de la réalité » avec le psychotique et un guide pragmatique pour les infirmiers exposés aux affects internes négatifs que la psychose est susceptible d'engendrer. Objectif raisonnable et raisonné des psychothérapeutes de cette obédience : donner au psychanalyste la fonction du traitement de l'imaginaire et laisser à l'infirmier la question d'une saine réalité. Il s'agit donc là d'une psychanalyse introduite dans une institution dans le registre freudien. Pour les tenants de la psychothérapie institutionnelle dont le fonds de théorisation se réfère à Lacan, les orientations sont différentes (Tosquelles, puis Oury⁽²⁾) car la psychothérapie institutionnelle est une psychothérapie par et à travers l'institution dans un triple champ d'échanges : champ de parole, champ affectif et champ d'échanges économiques, destinés à responsabiliser les schizophrènes dans les lieux soignants que constitue l'organisation institutionnelle. Elle se fonde sur un corpus théorique rigoureux et a développé ses concepts de sorte qu'elle

(2) Dont les œuvres entières devraient être inscrites dans la bibliographie !

constitue maintenant une discipline exigeant des modalités de fonctionnement telles qu'il est compréhensible qu'elle se soit épanouie dans des lieux reconnus, mais privés, plutôt que dans le champ hospitalier public où, cependant, beaucoup de ses idées sont reprises. Dans cette conception, en tout cas, c'est l'institution elle-même qui devient l'analyste fondamental, à charge pour les soignants d'y faire travailler le transfert.

On remarque ainsi que, quoique fondamentalement différents dans leur lignage théorique, chacun des psychanalystes appelés à travailler dans une institution psychiatrique est exposé aux problématiques incontournables d'une demande de soins non personnalisée à l'admission d'une régression obligée, de la réticence défensive, de la coupure du milieu socioprofessionnel et des transferts difficilement contrôlables que génère la plongée dans le milieu psychiatrique. Toutes difficultés auxquelles s'ajoutent la contrainte des murs et de la réglementation administrative.

Pour pesantes qu'elles soient, ces difficultés interdisent-elles tout effort psychothérapeutique qu'inspirerait la psychanalyse ?

Bien qu'il n'existe ni structure de soins ni théorie véritablement satisfaisante, l'observation et l'expérience nous font apercevoir qu'une institution capable de forger des outils conceptuels dans le champ qu'elle établit en consensus évolutif est une institution soignante. Comment ne rappellerait-on pas non plus que le soin étant (aussi) un acte symbolique, il vaut autant par ce qu'il est que par ce qui lui manque. Ce paradoxe évoqué après avoir souligné les contraintes et pesanteurs auxquelles nous sommes assujettis devrait au moins suffire à induire un axe de relativité partageable avec les sujets souffrant de schizophrénie ; à nous aider aussi à éviter la « paranoïa vertueuse » qui guette tout groupe soignant inapte à se remettre perpétuellement en question. Ajoutons enfin que toute offre psychothérapeutique n'est ici possible que dans la mesure où elle s'exerce dans une petite unité de soins, ouverte sur l'extérieur, tenue par un noyau de permanents opérant en consensus, accueillante à ces passants que sont les internes et stagiaires des différentes disciplines concernées. Dans la mesure aussi où elle s'appuie sur un travail avec les familles.

Espaces psychanalytiques possibles dans une unité de soins

Divers espaces peuvent être proposés au sujet souffrant de schizophrénie⁽³⁾ [18].

Espace collectif

Cet espace-là n'est pas un espace psychanalytique proprement dit, mais il en permet l'instauration et s'en inspire. C'est celui des traitements, médication incluse, et celui de la vie communautaire en connexion avec les autres structures du service. L'unité de soins est un espace collectif dont la vie tient à l'instauration définie, organisée, référée, de différents espaces-temps relevant :

- soit de la vie quotidienne avec la démarche des soins infirmiers, les réunions institutionnelles ou thématiques ;
- soit des réunions informelles destinées à promouvoir avec le groupe soignant une clinique psychanalytique.

À quel niveau cette clinique psychanalytique peut-elle se vivre ? On ne s'étonnera pas qu'il arrive souvent, dans une unité de soins rassemblant des patients psychotiques évoluant à tous les degrés imaginables de retrait, régression, confusion ou délire, qu'il ne soit pas possible d'y faire intervenir l'interprétation identifiante (Rosenfeld) que l'on souhaiterait pratiquer. En revanche, pourvu que le corpus soignant sensibilisé à cette tâche – mais il y faut des années ! – puisse y vivre dans une interintervention avec ses patients dans un espace transitionnel contenant, il en résulte des ouvertures analytiques dont l'effet n'est le plus souvent intégré qu'après coup. C'est dire si ces espaces de transfert ne sont tolérables que s'ils sont médiatisés par la métaphore, l'humour, le jeu des mots et un discours qui s'accommode du gestuel et du comportemental. C'est dans ces moments d'interintervention-là que les soignants peuvent le mieux repérer leurs mouvements transférentiels et leurs propres mouvements d'identification projective.

Espace individuel

C'est celui du petit groupe référent qui, accueillant le patient à son admission, participe à tous les entretiens, les réunions et activités le concernant. Un groupe évidemment amené à établir avec le patient une relation transférentielle qui le destine à être un médiateur privilégié. Et c'est dans cet espace que se développent les circulations affectives les plus intenses : un espace potentiel susceptible d'y susciter les multitransferts (Tosquelles) partageables ou individualisables dans un échange d'autant mieux tolérable par le soigné et les soignants que le responsable de l'unité, psychanalyste assurément, sera capable d'en soutenir l'échange sans se l'approprier dans un rapport de maîtrise.

Espace familial

Cet espace de travail qui nous paraît indispensable a mis beaucoup de temps, dans la référence psychanalytique, à s'imposer dans nos institutions. Le retard est explicable par l'héritage des théories environnementalistes rendant les familles responsables de l'écllosion en leur sein d'une schizophrénie : « mère schizophrénigène » (Fromm-Reichmann), carence du père, psychotique sauveur d'une famille rigide... : toutes ces notions ont été successivement invoquées pour justifier la mise à l'écart systématique des familles de nombre de lieux thérapeutiques (y compris dans les milieux férus de psychothérapie institutionnelle).

Avec le recul dont nous disposons, la résistance qu'ont offerte si longtemps les psychiatres et psychanalystes à l'introduction des familles dans le champ thérapeutique institutionnel ne s'explique que par des difficultés d'ordre transférentiel que notre propre travail de 1992 met clairement en relief : à savoir que le sujet psychotique en général, et le sujet schizophrène en particulier, ont le génie de transformer le groupe soignant, dès l'admission, en famille transférentielle substitutive. L'observation montre alors que le groupe soignant a tendance à se comporter comme la famille elle-même avec son psychotique : situation intolérable si elle se vit dans le conflit, la haine et le rejet. Analysée comme il convient, cette mouvance transférentielle est en revanche inductrice d'ouvertures évolutives intéressantes.

Cadre duel

Ouvertures évolutives

Cette clinique psychanalytique hospitalière a une spécificité qui devrait être encore approfondie. Et son intérêt, qui demeure incontestable pour ceux qui la pratiquent, ne peut être reconnu que si nous sommes capables d'en restituer les histoires cliniques et les évolutions dans des monographies consistantes. C'est ce que nous nous sommes personnellement attachés à faire au terme de séjours hospitaliers dont nous avons accepté avec nos patients et leur famille le principe de longue durée. C'est à ce prix que nous avons pu observer ces moments d'ouverture que Resnik, Aulagnier et Racamier ont traités à leur façon [5, 80, 82], ainsi qu'un « changement » [22].

Mais le traitement psychothérapeutique au long cours en institution a ses indications, ses exigences, ses contraintes et son prix. Nous nous trouvons confrontés maintenant à des projets de soins accrédités qui sont de moins en moins compatibles avec une clinique psychothérapeutique hospitalière opérante. Force est donc d'imaginer à présent la transposition de ce que nous aurons apporté toutes ces psychothérapies institutionnelles dans le cadre des structures extrahospitalières dont (faut-il le souligner ?) nombre d'entre elles ne sont plus faites pour y organiser un temps thérapeutique en rapport avec les exigences de l'analyse. Au moins peuvent-elles fonctionner comme structures accompagnantes dans un réseau transférentiel suffisamment aménagé pour être viable. Encore faut-il qu'il le soit assez pour que, dans un contexte de sensibilisation suffisante, puisse s'élaborer pour ceux des sujets schizophrènes qui y seraient accessibles une demande de cure psychanalytique individuelle formulable lorsque s'engage un processus de séparation avec le groupe soignant institutionnel. Un processus qui, souvent aussi, nécessite l'aménagement d'étapes intermédiaires telles que celle du psychodrame analytique ou de la thérapie familiale.

Cadre duel

On ne naît pas psychanalyste de psychotique, on le devient. Dans un exposé court et dense, Letarte [67] a remarquablement précisé en 1994 la place de la psychanalyse individuelle dans le traitement de la schizophrénie. Et elle ajoute que : « Cette psychothérapie psychanalytique individuelle du schizophrène est souhaitable et souvent nécessaire, mais elle doit s'exercer en collaboration avec un psychiatre chimiothérapeute expérimenté ouvert à la psychanalyse et au travail d'équipe ».

Ces modalités restrictives d'instauration du cadre duel analytique avec un sujet schizophrène, aucun psychanalyste d'expérience ne les contredit. De Racamier à Aulagnier, de Letarte à Widlöcher (1997) chacun convient de la nécessité d'une formation clinique approfondie, fondée sur une psychanalyse personnelle et sur la nécessité d'échanges interdisciplinaires pour obvier à la mouvance régressive qu'induit la relation à deux avec un psychotique.

Comment le cadre duel psychanalytique peut-il convenir à un schizophrène ? La question doit être traitée à plusieurs niveaux que l'on pourrait étayer sur quelques lignes de force :

- le cadre est une mini-institution où se rencontrent un schizophrène (son histoire, sa famille, ses ancêtres) et un analyste qui a lui-même son histoire et ses obscurités. C'est un espace de transferts éprouvants pour l'un comme pour l'autre : un espace de transfert partagé et difficilement impliquant ;
- le schizophrène qui vient rencontrer un analyste à son cabinet est en principe apte à en accepter les contraintes puisqu'il accepte de s'y rendre seul. Mais y est-il poussé par un groupe soignant ou une famille mieux motivés que lui ? Méconnaître cette éventualité est l'exposer à un engagement douloureux et figeant à terme ;

⁽³⁾ Cette interarticulation des espaces psychanalytiques proposés a été longuement décrite par Dalle en 1992 (*Traverser Sainte-Anne*).

– de son côté, le psychanalyste est-il suffisamment familier des angoisses primitives pour supporter les retombées de celles de son patient ? A-t-il la capacité d'engagement suffisant pour soutenir cet accompagnement thérapeutique le temps nécessaire (10 ans, 20 ans... ?). A-t-il aussi les traits de caractère qui lui permettront de tenir la distance aux moments difficiles (aptitude à l'empathie, acceptation de sa propre vulnérabilité, humour aussi) ;

– enfin, sujets schizophrène et analyste « à problèmes » pourront-ils constituer un « couple convenable » ? Et réaliser une entente efficiente ? Toutes questions que sous-tendent le retrait autistique, la régression, et l'éventualité probable de mouvances transférentielles négatives ou flamboyantes, dépressives ou délirantes.

Voilà ce qui explique que les psychanalystes de psychotiques soient le plus souvent des psychothérapeutes qui travaillent dans, ou en relation avec des institutions qui demeurent des références et des appuis. On n'imagine pas, en effet, qu'un psychanalyste puisse fonder un cadre duel sur la fusion et l'isolat sans ouverture sur des lieux d'échanges et sur le monde extérieur.

•
•
•

La conclusion de cet exposé s'énonce en termes de questions. Y a-t-il place pour le psychanalyste dans la thérapeutique actuelle des schizophrénies ? Ou faut-il accepter que les théories psychanalytiques n'aient au mieux apporté qu'un axe de compréhension affective intelligent à un trouble mental dominé par la biologie ?

Pour y répondre, il serait risqué de se fonder sur des évaluations inappropriées à notre discipline quand elles ne sont pas nourries de subjectivité hostile par a priori.

Mieux vaut et vaudra se référer aux monographies circonstanciées et portant sur le long terme que nous pourrions produire, sans dogmatisme ni hermétisme : des monographies où la parole sera aussi donnée à ceux et celles qui, avec nous, auront pu traverser cette éprouvante psychose.

Références

- [1] Abraham K. Œuvres complètes. Paris : Payot, 1966
- [2] Abraham N. L'écorce et le noyau. Paris : Aubier-Flammarion, 1978
- [3] Anzieu D. Le transfert paradoxal. *Nouv Rev Psychanal* 1975 ; 12 : 49-72
- [4] Arieti S. Une interprétation de la schizophrénie. New York : Basic Books, 1974
- [5] Aulagnier P. L'apprenti historien et le maître sorcier. Du discours identifiant au discours délirant. Paris : Payot, 1984
- [6] Balint A, Balint M. On transference and counter transference. *Int J Psychoanal* 1950 ; 31 : 117-124
- [7] Barrett R. La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie. Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond, 1998
- [8] Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956 ; 1 : 251-264
- [9] Bercherie P. Genèse des concepts freudiens. Paris : Navarin, 1983
- [10] Bergeret J. La dépression et les états limites. Paris : Payot, 1975
- [11] Binswanger L. Discours, parcours et Freud. Paris : Gallimard, 1970
- [12] Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig : Deuticke, 1911
- [13] Bleuler E. La Schizophrénie. In : Congrès Genève Lausanne. 2-7 août 1926. Paris : Masson, 1926
- [14] Bolzinger A. « Délire psychotique, délire sans psychose, psychose sans délire ». In : Phénomènes et structures dans le champ des psychoses. Colloque de la Pitié-Salpêtrière, 6-1988. Paris : GRAPP, 1989 ; 29-37
- [15] Castoriadis-Aulagnier P. La violence de l'interprétation. Paris : PUF, 1975
- [16] Ciompi L, Muller C. L'évolution des schizophrénies. *Evol Psychiatr* 1977 ; 4 : 1212-1241
- [17] Claude H. Démence précoce et schizophrénie. Congrès Genève, Lausanne. 2-7 août 1926. Paris : Masson, 1926
- [18] Dalle B. Traverser Sainte-Anne. Espaces psychanalytiques dans le traitement au long cours des psychoses. Collection Les champs de la santé. Paris : PUF, 1992
- [19] Dalle B, Edel Y, Cousin FR. Une psychotique entre deux familles. *Synapse* 1987 ; 30 : 54-65
- [20] Dalle B, Weill M, Edel Y, Fernandez-Murray A, Isnard P, Gougoulis N. Évaluation des psychothérapies au long cours chez les psychotiques gravement souffrants. Communication au VIIIth World Congress of Psychiatry, Athens, 12-19 october 1989. *Nervure* 1990 ; III : 16-21
- [21] Dayan M. Les relations au réel dans la psychose. Paris : PUF, 1985
- [22] Diatkine R, Quartier-Frings F, Andreoli A. Psychose et changement. Paris : PUF, 1991
- [23] Ellenberger HE. The discovery of the Unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry. New York : Basic Books, 1979
- [24] Ey H. La notion de schizophrénie. Séminaire de Thuir, février-juin 1975. Paris : Desclée de Brouwer, 1977
- [25] Ey H. Une conception psychogénétique. Freud et l'école psychanalytique. Études Tome I. Paris : Desclée de Brouwer, 1952 ; 103-156
- [26] Ey H. Psychiatrie et psychanalyse. *Evol Psychiatr* 1957 ; 3 : 473-487
- [27] Fairbairn WR. An object relations theory of the personality. In : Psycho-analytic studies of the personality. London : Basic Books, 1952 : 3-182
- [28] Federn P. La psychologie du moi et les psychoses. Paris : PUF, 1979
- [29] Federn P, Nurnberg H. Les premiers psychanalystes. Minutes de la société psychanalytique de Vienne (1906-1910). Paris : Gallimard, 1976
- [30] Ferenczi S. (1908-1933) Œuvres complètes. Paris : Payot, 1975-1982
- [31] Freeman Sharpe E. Psycho-physical problems revealed in language : an examination of metaphor. *Int J Psychoanal* 1940 ; 16 : 201-213
- [32] Freud S. Formulations sur les deux principes du fonctionnement mental. London : Collected Papers Hogarth Press, 1911 : 13-21
- [33] Freud S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoïdes) (1911). In : Cinq psychanalyses. Paris : Denoël, 1935
- [34] Freud S. Abrégé de psychanalyse. Paris : PUF, 1938
- [35] Freud S. Complément métapsychologique à la théorie du rêve (1917). In : Gesammelte Werke. Londres : Imago, 1940-1952 : 412-426
- [36] Freud S. Manuscrit H (1895). In : La naissance de la psychanalyse. Lettres à Fliess. Paris : PUF, 1956
- [37] Freud S. Ma vie et la psychanalyse (1925). Paris : Gallimard, 1968
- [38] Freud S. Les psychonévroses de défense (1894). In : Gesammelte Werke. Paris : PUF, 1973 : 1-14
- [39] Freud S. Névrose et psychose (1924). La perte de la réalité dans les névroses et les psychoses. In : Névrose, Psychose et Perversion. Paris : PUF, 1973
- [40] Freud S. Au-delà du principe de plaisir (1920). In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1981
- [41] Freud S, Abraham K. Correspondance 1907-1926. Paris : Gallimard, 1969
- [42] Freud S, Jung CG. Correspondance. Vol I : 1906-1909, Vol II : 1910-1914. Paris : Gallimard, 1975
- [43] Garrabe J. Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 1997
- [44] Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : éditions de Minuit, 1983
- [45] Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig : F Wreden, 1945
- [46] Hecker E. Die Hebefrenie. *Virchows Arch Pathol Anat* 1871 ; 52 : 394-429
- [47] Heimann P, Little M, Reich A, Tower L. Le contre-transfert. Paris : Navarin, 1987
- [48] Hesnard A, Laforgue R. Théorie psychanalytique de la schizophrénie. *Ann Med Psychol*, 1926 ; 2 : 277-278
- [49] Jung CG. Über die Psychologie der Dementia Praecox. In : Ein Versuch. Halle : Marhold, 1907, In : Gesammelte Werke III. London : Imago, 1940-1952
- [50] Jung CG. Der Inhalt der Psychose (1908). In : Gesammelte Werke III. London : Imago, 1952/1940
- [51] Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. Berlin : A Hirschwald, 1874
- [52] Kahn M. Le soi caché. Paris : Gallimard, 1976
- [53] Kernberg O. Les troubles limites de la personnalité. II. Les personnalités narcissiques. Toulouse : Privat, 1975
- [54] Kerr TA, Smity RP. Contemporary issues in schizophrenia. London : Gaskell, 1986
- [55] Klein M. The origins of transference (1939). *Int J Psychoanal* 1952 ; 33 : 433-438
- [56] Klein M. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : Développements de la psychanalyse. Paris : PUF, 1966 : 274-299
- [57] Kohut H. Le soi. Livre des jeux et ses applications à l'école. Paris : PUF, 1974
- [58] Kraepelin E. Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig : JA Barth, 1899
- [59] Lacan J. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Paris : Le François, 1962
- [60] Lacan J. Écrits. Paris : Le Seuil, 1966
- [61] Lacan J. Le séminaire, livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris : Le Seuil, 1973
- [62] Lacan J. Le séminaire, Livre III. Les psychoses. Paris : Le Seuil, 1981
- [63] Laforgue R. Clinique psychanalytique. Paris : Denoël, 1936 : 62-72
- [64] Lalonde P, Grunberg F. Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale. Montréal : G Morin, 1988
- [65] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 1981
- [66] Leclaire S. À la recherche d'une psychothérapie des psychoses. *Evol Psychiatr* 1958 ; 2 : 375-420
- [67] Letarte P. Place des psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique dans le traitement à long terme des psychoses schizophréniques. In : Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Paris : Fédération française de psychiatrie (UNAFAM avec la participation de l'ANDEM), 1994
- [68] Mahler M. Psychose infantile, symbiose humaine et individuation. Paris : Payot, 1977
- [69] Mannoni O. Le langage schizophrénique. In : Le divan de Procuste. Paris : Denoël, 1988 : 140-153
- [70] Meltzer D. Explorations dans le monde de l'autisme. In : Étude psychanalytique. Paris : Payot, 1984
- [71] Meynert T. Die akuten (halluzinistischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrbücher für Psychiatrie. Wien : Toeplitz u Deuticke, 1881
- [72] Meynert T. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien : Braumüller, 1890
- [73] Minkowski E. La schizophrénie. Paris : Desclée de Brouwer, 1953
- [74] Minkowski E. La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Paris : Desclée de Brouwer, 1953
- [75] Nacht S. Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité. Paris : Alcan, 1938
- [76] Pankow G. L'image du corps dans la psychose. *Cahiers Montaigne* 1959 ; 4 : 1-11
- [77] Perrier F. Fondements théoriques d'une psychothérapie de la schizophrénie. *Evol Psychiatr* 1958 ; 2 : 421-444
- [78] Pichot P. Un siècle de psychiatrie. Paris : éd Dacosta, 1983, Les Empêcheurs de penser en rond, 1996
- [79] Racamier PC. Le psychanalyste sans divan. Paris : Payot, 1973
- [80] Racamier PC. Les schizophrènes. Paris : Payot, 1983
- [81] Reider N. Métaphor as interpretation 1972. *Int J Psychoanal* 1972 ; 53 : 463-469
- [82] Resnik S. Un espace autistique. In : L'expérience psychotique. Lyon : Cesura, 1986 : 172-192
- [83] Rosenfeld H. États psychotiques. Essais psychanalytiques. Paris : PUF, 1976
- [84] Rosenfeld H. Impasse and Interpretation. Paris : PUF, 1990
- [85] Roudinesco E. Histoire de la psychanalyse en France. 2 vol. Paris : Le Seuil, 1986
- [86] Schafer R. A new language for psychoanalysis. New Haven : Yale University Press, 1976
- [87] Tausk V. De la genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie (1919). In : Œuvres psychanalytiques. Paris : Payot, 1975 : 177-217
- [88] Tustin F. Autisme et psychose de l'enfant. Paris : Le Seuil, 1977
- [89] Widlöcher D. Place de la psychanalyse parmi les traitements des troubles mentaux. Collection Références en Psychiatrie. Paris : Doin, 1997
- [90] Wiener P. Structure et processus dans la psychose. Paris : PUF, 1983
- [91] Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris : Gallimard, 1971
- [92] Winnicott DW. La crainte de l'effondrement. *Nouv Rev Psychanal* 1975 ; 11 : 35-44
- [93] Wyrsh J. La personne du schizophrène. Paris : PUF, 1956
- [94] Zilboorg G. Freud's fundamental psychiatric orientation. *Int J Psychoanal* 1954 ; 35 : 90-94