

Manger ou être mangé : enjeux cliniques relatifs à l'incorporation dans l'intervention auprès de patients psychotiques adultes

Alexandre L'Archevêque and Élise Bourgeois-Guérin

Volume 23, Number 2, Fall 2014

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1028924ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1028924ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

L'Archevêque, A. & Bourgeois-Guérin, É. (2014). Manger ou être mangé : enjeux cliniques relatifs à l'incorporation dans l'intervention auprès de patients psychotiques adultes. *Filigrane*, 23(2), 71–86. <https://doi.org/10.7202/1028924ar>

Article abstract

Le sujet psychotique dont le délire est à fleur de peau ne formule pas la demande que s'opère chez lui une transformation. Celle-ci s'avère d'autant plus menaçante pour le Moi fragile qu'elle n'est tout simplement pas mentalisable lorsque prédomine l'oralité au sein du fonctionnement psychique. Fondé sur des observations cliniques, cet article situe les modalités manger/être mangé dans le contexte de l'intervention auprès de patients psychotiques adultes. L'incorporation du sujet au sein d'un espace symbiotique, puis transitionnel, est comprise comme préalable au processus d'individuation.



Manger ou être mangé : enjeux cliniques relatifs à l'incorporation dans l'intervention auprès de patients psychotiques adultes

Alexandre L'Archevêque
et Élise Bourgeois-Guérin

Le sujet psychotique dont le délire est à fleur de peau ne formule pas la demande que s'opère chez lui une transformation. Celle-ci s'avère d'autant plus menaçante pour le Moi fragile qu'elle n'est tout simplement pas mentalisable lorsque prédomine l'oralité au sein du fonctionnement psychique. Fondé sur des observations cliniques, cet article situe les modalités manger/être mangé dans le contexte de l'intervention auprès de patients psychotiques adultes. L'incorporation du sujet au sein d'un espace symbiotique, puis transitionnel, est comprise comme préalable au processus d'individuation.

Introduction : qu'est-ce que la psychose ?

Perte de contact avec la réalité, confusion dedans/dehors, morcellement de l'image du corps, estompage des repères spatiaux et temporels; tant de manières de résumer la psychose à un simple dénominateur. Or, la pratique clinique nous apprend vite que ces raccourcis ne sont que d'un modeste secours lorsque l'on tente de décrire un phénomène aussi complexe que celui-ci. Saisir la psychose dans toutes ses déclinaisons serait par ailleurs une tâche trop ambitieuse pour orienter la présente démarche. S'il fallait tenter de résumer la psychose en quelques mots, nous insisterions sur la place centrale du délire dans l'économie psychique.

Et qu'est-ce que le délire? Définissons-le comme une construction singulière — parfois cohérente, d'autres fois informe — dont la principale fonction est de pallier le défaut du Moi d'organiser le réel. Le caractère idiosyncrasique du délire se révèle lorsqu'on le comprend comme une néo-réalité à l'interface de l'individu et du monde social ou, encore, d'un langage

de soi vers soi, d'un soliloque posant une frontière — une muraille, plutôt — entre soi et l'autre. Le délire signe ainsi le défaut de la parole, l'échec du sujet à prendre place parmi ses semblables. Il est à la fois le point de départ d'une solitude et l'achoppement de la rencontre de l'autre ; il est la faille sur laquelle le sujet vacille.

Bien que nous puissions faire ressortir quelques constantes, notamment au niveau des thèmes du délire — vocation messianique, origines divines ou extraterrestres —, celui-ci est essentiellement polymorphe et ne saurait être compris sans passer par l'histoire spécifique du sujet. Néanmoins, sa fonction défensive est commune, et implique de protéger le narcissisme, entre autres en « mettant hors de soi » la part de mauvais, de toxique ou de défaillant. Par exemple, un homme qui entreprendrait la conviction délirante que la Gendarmerie Royale du Canada le traque dans ses moindres déplacements, afin d'induire un état de stress et de panique dans le seul but de le faire échouer dans ses tentatives de concubinage et d'insertion professionnelle, pourrait correspondre à ce cas de figure où le délire vise à préserver le narcissisme du sujet.

Avant d'aller plus loin, soulignons le paradoxe au cœur de la démarche de ce texte : le délire, en tant que dialecte privé, ne peut venir à la rencontre du langage social, de la parole signifiante. Nous tenterons néanmoins de lui accoler mots et images afin de le rendre intelligible ou, dit de manière plus juste, comestible à l'entendement. Des emprunts théoriques seront nécessaires, mais nous appuierons en bonne partie la discussion sur notre expérience d'intervention auprès de patients psychotiques, principalement ceux rencontrés en clinique externe de psychiatrie, de même qu'à la Communauté thérapeutique La Chrysalide¹. Ce faisant, nous adopterons une démarche inductive, empirique, qui nous permettra de révéler les lignes de force sur lesquelles nos interventions futures pourront s'appuyer.

Par ailleurs, il importe de préciser que notre propos concerne, d'abord et avant tout, le sujet adulte dont la personnalité s'est échafaudée autour des enjeux du stade oral. Plus précisément, nous nous attarderons au cas particulier de la structure psychotique² dont l'équilibre — la compensation — repose en bonne partie sur des défenses archaïques (e.g., hallucinations, déni, dissociation), révélant ainsi divers signes plus ou moins patents de la présence d'un délire. Chez les sujets qui présentent un tel aménagement psychique, l'incorporation prédomine en tant que modalité de contact, au point où il serait essentiel, selon nous, de considérer ce facteur comme une pierre d'assise de la réflexion clinique.

Le texte qui suit traite donc de l'intervention auprès de cette population bien précise chez qui le délire n'est jamais tout à fait encapsulé de manière durable. Le sujet bien compensé qui ne présente aucun symptôme psychotique saillant et qui ne côtoie pas son délire est exclu de la discussion.

Symbiose et processus d'individuation chez le sujet psychotique

La personnalité du sujet psychotique s'est structurée à partir du processus achoppé de séparation/individuation. Il en résulte un Moi faible, incapable de jouer son rôle. Tel le nourrisson, l'adulte psychotique recherche l'apaisement de ses tensions en rétablissant la symbiose, sentiment d'unité fondamentale hors de l'espace et du temps. La symbiose originelle est, en quelque sorte, le « Big Bang du Moi »; rien d'autre n'existe en-dehors de cette enclave.

Une autre caractéristique importante de l'aménagement psychotique réside dans le mode relationnel oral, plus précisément l'incorporation, souvent comprise comme le « prototype corporel de l'introjection et de l'identification » (Laplanche et Pontalis, 1997, 200), laquelle se subdivise en deux modalités complémentaires: la première — manger — correspond au pôle actif; la seconde — être mangé — correspond au pôle passif. Ces deux « modalités orales » nécessitent un examen plus approfondi.

Modalité active : manger

L'incorporation — qu'il s'agisse de la succion, de l'aspiration, de la morsure, etc. — renvoie à l'appropriation, la mise en soi agréable ou, encore, à la destruction de l'autre, du mauvais objet frustrant voire menaçant (Laplanche et Pontalis, 1997, 200). En incorporant, le nourrisson tente de réguler lui-même les tensions qui perturbent son homéostasie. D'abord réflexes, ces actions deviendront, grâce aux forces conjointes de la maturation et de l'apprentissage, des gestes conscients et volontaires.

Nous ne pourrions insister suffisamment sur le rôle crucial de la modalité active dans l'ontogenèse du Moi. En effet, c'est grâce à elle que se profile l'épicentre de l'univers individuel — le lieu du Moi primaire — et que se déploie le temps, dont l'unité de base, paradoxalement irrégulière, est le délai variable entre tension et satisfaction³. L'incorporation peut donc être décrite comme une (em-)prise de parole, une construction du Moi par grandes bouchées, lesquelles serviront de briques à l'édifice ou, plus précisément, de solage. Ainsi, le nourrisson advient à travers son rôle de maître

d'œuvre, de « Grand horloger » ; celui qui instaure l'ordre dans le chaos, qui répond à l'angoisse en suscitant le plaisir.

Pour dire les choses autrement, la naissance psychologique du sujet implique l'illusion primordiale de toute-puissance. Aux antipodes de cette illusion, la réalité crue, c'est-à-dire la dépendance totale du nourrisson par rapport au monde extérieur. Son seul pouvoir, son seul contrôle, réside dans une capacité qu'il ignore et ne maîtrise pas encore, celle de formuler une demande⁴ pouvant être entendue par le parent, entité capable de bonté comme de cruauté à son endroit. La prise de conscience par le nourrisson de son impuissance à évacuer seul la tension est un deuil fondamental, nécessaire à l'instauration de l'altérité. Dès lors, le Moi n'est rien sans l'autre alors que, auparavant, il était tout sans lui.

Or, tous ne parviennent pas à réaliser le deuil de la toute-puissance. Bien que notre compréhension des troubles psychotiques puisse bénéficier d'un éclairage sur la raison de cet échec, un tel examen s'avère des plus complexes. Précipiter la tâche risquerait de réduire l'explication à une seule cause spécifique pour l'ensemble des cas, voire un seul « coupable » : le nourrisson incapable de supporter l'absence de l'entité maternante, ou l'entité maternante incapable de supporter la présence du nourrisson. Aussi, nous laisserons à d'autres l'exposé des divers parcours individuels afin de poser directement la question de l'incorporation chez le sujet psychotique adulte : en quoi ressemble-t-elle ou se distingue-t-elle de ce que nous observons dans la prime enfance ?

À l'instar du nourrisson, le sujet psychotique connaît parfois des élans d'avidité orale lors desquels il mange à la manière des reptiles (ce qui inclut les oiseaux), c'est-à-dire en « avalant tout rond ». L'activité est sous-corticale, « reptilienne », pour emprunter une image de la théorie du cerveau triunique (MacLean et Guyot, 1990, 46). Insistons sur ce point : le sujet psychotique préfère engouffrer plutôt que de déguster. Le plaisir ne vient pas *de facto* de ce qui est ingurgité ; l'effet est, entre autres, d'origine psychomotrice, puisque engloutir réactive les traces mnésiques associées aux premières expériences de satisfaction, de plaisir. Néanmoins, la substance mise en soi recèle diverses propriétés susceptibles de modifier le psychisme, de créer une fixation sur cette substance et d'inciter à la consommation compulsive. C'est le cas notamment de la nicotine absorbée en fumant la cigarette. D'ailleurs, il est intéressant de noter que la consommation de tabac apaiserait bel et bien la symptomatologie psychotique, plus particulièrement les symptômes négatifs et les déficits cognitifs de la schizophrénie (Légaré, 2007, 148).

Si l'avidité orale s'applique de temps à autre à la nourriture comme telle (combien de fois avons-nous observé du gavage de yogourt, de fumée ou de boisson gazeuse?), phénomène pouvant être expliqué alternativement par les effets métaboliques de la médication antipsychotique (Healy, 2009, 38), les manifestations les plus frappantes interviennent à un autre niveau. Par exemple, un de nos patients, à l'orée d'une crise, passa de longues heures à visionner des vidéos sur l'Internet, dont le reportage d'une journaliste germanophone. Au terme de sa séance de visionnement, notre patient nous a confié avoir en son torse la journaliste du reportage. Elle était captive, et lui-même n'arrivait pas à la libérer, à la mettre hors de lui. Fait à mentionner, notre patient n'avait l'air en rien troublé par la présence de l'intruse dans son corps. En fait, sa seule véritable surprise était de ne pas parvenir dès lors à parler allemand. Notons l'étanchéité de l'objet incorporé, laquelle tranche avec la relative perméabilité des frontières du sujet psychotique avec les autres.

Un autre exemple de ce type d'incorporation a pu être constaté chez un de nos patients qui, lors de ses rages de lecture en période pré-décompensatoire, a coutume de faire provision d'ouvrages compliqués, parfois rédigés en langue étrangère, d'autres fois en formules mathématiques. Qu'il n'ait pas les notions nécessaires à la lecture du matériel n'apparaît pas comme un problème car, plutôt que de consacrer ses efforts à la lecture — donc à l'assimilation du texte —, ce patient cherche à incorporer le précieux savoir, à mettre le livre dans son corps. Est-ce moins menaçant, pour le Moi précaire, de placer ainsi une chose entière à l'intérieur, au lieu de l'assimiler à soi? Peut-être, mais cette option n'est pas sans péril. Il suffit d'ouvrir des livres de contes pour enfants ou de parcourir divers récits mythologiques afin de retrouver des exemples de ce que l'incorporation peut avoir comme effet sur l'identité de celui qui engouffre⁵. Pour ce qui est de notre patient, lorsqu'il incorpore de la sorte, l'angoisse diminue, du moins, initialement. Le temps — si précieux, si problématique — s'écoule de manière supportable, jusqu'à un éventuel « trop-plein ».

Nous reviendrons plus loin sur les écueils à éviter en contexte d'intervention. Dans l'immédiat, attardons-nous à la modalité passive de l'incorporation.

Modalité passive : être mangé

La modalité passive est visible lorsque le sujet adopte une position de retrait par rapport à ce qui l'entoure, au point de devenir lui-même un

aliment susceptible d'être incorporé. Contrairement à l'action de manger, être mangé constitue un recul du sujet, une réclusion pouvant aller jusqu'à effacement. Dans quels contextes une telle posture est-elle adoptée ?

En ce qui concerne le nourrisson, celui-ci pourrait se mettre dans une position passive, de totale soumission, lorsqu'il éprouve une tension qui le menace d'éclatement, de morcellement, et que la réponse à l'angoisse — la satisfaction, le plaisir — ne parvient pas à être suscitée par ses propres efforts. Impuissant à conserver la bonne substance à l'intérieur ou à se défaire de la mauvaise en la projetant à l'extérieur, il s'offre alors en sacrifice à la mère afin d'être dévoré par elle. Bref, le Moi devient objet — nourriture — au moment où l'angoisse déborde. Être avalé par la mère équivaut à être contenu par elle⁶. Disparaissent ainsi temps et lieu ; le Moi s'estompe.

Ultimement, être avalé peut signifier le retour à l'homéostasie pré-utérine. Précisons toutefois qu'un tel retour ne saurait équivaloir à faire table rase ; au contraire, la régression laisse des ruines : le Moi dissous porte dès lors en lui, en sa génétique, un souvenir pénible, un savoir cruel, celui de son incapacité à susciter seul le plaisir. Il sera appelé à revivre éventuellement, et à plusieurs reprises dans sa régénérescence, cet échec. Tel qu'abordé plus haut, l'enjeu consistera alors à faire le deuil de ce pouvoir, et à instaurer de manière durable l'altérité bienveillante capable de l'aider à contenir et à transformer la tension éprouvée. Nous y reviendrons.

La position passive du nourrisson peut également survenir en situation inverse, c'est-à-dire par l'absence de tension, de manque, de scission due à l'omniprésence de la figure maternante. Formulé d'une autre façon, la mère peut empêcher la brèche nécessaire au Moi en maintenant la fusion ; elle est déjà là où le manque, sorte d'espace matriciel, aurait permis la gestation du sujet. Le Moi est alors réduit à n'être qu'un germe dormant, un potentiel en hibernation, et ce, jusqu'au point de rupture (« point de fusion » ?) où les capacités d'association autonome ne sont plus mobilisables, où l'embryon du Moi se fossilise pour de bon. Une telle issue mortifère est catastrophique mais, heureusement — du moins, nous osons le croire —, somme toute assez rare.

Chez le sujet adulte, nous retrouverons également cette propension à adopter la posture d'incorporé ou d'incorporable. Pour les fins de notre propos, nous nous contenterons de décrire brièvement deux contextes — deux niveaux, plutôt — où ce mouvement est observable. D'abord, à l'échelle du « corps à corps », nous avons été témoin d'une situation singulière dans laquelle un patient a signifié, sans ambages, son souhait d'entrer dans l'espace utérin, qualifié d'« hôtel cinq étoiles », d'une intervenante, alors que

cette dernière était visiblement enceinte de plusieurs mois. Ce commentaire fut accompagné d'une gestuelle éloquente par laquelle nous avons à nouveau pu constater le plaisir éprouvé par ce patient à l'idée de retourner à l'état foetal.

Ensuite, à un autre niveau, celui du « corps à l'habitation », il arrive fréquemment que l'on ait à discuter en équipe, dans le cadre de notre travail à la Communauté thérapeutique La Chrysalide, du degré de confort d'un résident au sein de son milieu de vie. Concrètement, cet indice réfère à la capacité de cohabitation et de coexistence avec les autres résidents, capacité appréciable, entre autres, par des signes comme l'accomplissement des tâches d'entretien, la qualité de la participation aux activités obligatoires et facultatives, de même que par le maintien de l'hygiène corporelle. Ainsi, ces différents signes nous aident à évaluer si les fonctions du Moi permettent d'endiguer suffisamment l'angoisse et les contenus délirants, et d'ouvrir sur un quelconque espace subjectif, porte d'entrée vers l'individuation. Si un confort suffisant est souhaité, il est nécessaire que subsistent certaines contraintes et frustrations car, sans elles, pour citer les propos d'un collègue psychiatre, un résident pourrait trouver en la Chrysalide un « utérus [trop] confortable ». Dès lors, pourquoi prendre le risque de naître ?

Un troisième niveau devra éventuellement être développé, celui du « corps à la société », et ce, dans le cadre d'une réflexion plus large au sujet de la psychose. Mais d'abord, précisons que la modalité passive ne représente pas une impasse lorsqu'on intervient auprès de sujets psychotiques. En effet, à la lecture des lignes qui précèdent, certains pourraient déduire que la position passive du sujet est à éviter à tout prix, car elle représente une menace parfois fatale au processus d'individuation. Malgré les périls encourus par le Moi, il n'en demeure pas moins qu'un certain mouvement de régression puisse être souhaitable en cours de traitement ; nous y reviendrons.

À l'instar de la modalité active, la modalité passive comporte ses écueils, mais également ses leviers pour l'intervention. Nous verrons, dans les paragraphes qui suivent, à quoi ceux-ci peuvent correspondre.

Enjeux cliniques reliés à l'incorporation

Les cas de figure et les exemples décrits plus haut ne seraient que des anecdotes s'ils ne comportaient pas d'implications cliniques particulières. En fait, les thérapeutes qui interviennent auprès des sujets psychotiques gagnent à considérer l'incorporation dans la réflexion clinique, de même que dans la mise en œuvre de plans d'intervention adaptés à cette population.

La « contention/exclusion » du délire

Historiquement, le traitement des sujets psychotiques a connu ses avancées, ses reculs et ses hésitations. Sans faire l'inventaire de l'ensemble des courants théoriques et des thérapies qui en découlent, mentionnons un trait commun dans l'abord de la psychose, c'est-à-dire le double mouvement de « contention/exclusion ». En effet, tant l'enfermement asilaire que la camisole chimique, par exemple, impliquent un double mouvement : le « fou » et/ou son délire sont emmurés vivants, de telle sorte que le monde social n'est que minimalement dérangé par cette réalité choquante qu'est la folie. À l'instar de la psychose, le social clive, projette et dénie.

Le xx^e siècle a connu la psychochirurgie, la sismothérapie et, plus récemment, au cours des années 1950, l'essor de la pharmacothérapie, laquelle ne cesse de gagner en importance dans le traitement de diverses affections psychologiques, dont les diverses formes de troubles psychotiques (Granger et Jalfre, 2010, 15). Jusqu'à présent, ces méthodes invasives, bien que souvent utiles (il serait impensable, chez certains sujets, d'envisager une quelconque forme de psychothérapie sans le renfort des neuroleptiques), ont donné plus d'espoir que de solutions au traitement de la psychose.

Qu'en est-il de ce que propose la psychothérapie ? En quelques mots, mentionnons deux conceptions à l'opposé l'une de l'autre : d'abord, l'anti-psychiatrie radicale, laquelle prône l'arrêt de toute médication afin que se déploie le délire, porteur de sa propre solution à la *métañoïa* (Laing, 1969, 88) ; ensuite, certaines psychothérapies psychodynamiques dont le but consiste à renforcer l'appareil défensif et, ultimement, à « encapsuler » le délire afin que l'individu puisse prendre place dans le social.

Si laisser le délire trouver ses propres frontières ne figure plus parmi les avenues de traitement envisagées de nos jours — entre autres à cause de la rareté des cas ayant connu une évolution concluante, de même qu'à cause des risques potentiels de chronicisation associés à une psychose non traitée (Perkins et al., 2005, 1797) — la volonté de muscler le Moi afin de mieux contenir le délire figure parmi les formes de psychothérapies les plus fréquemment rencontrées. Mais qu'implique de vouloir ainsi encapsuler le délire ? Dit simplement, un tel objectif favoriserait l'incorporation du délire par le Moi, puis rendrait possible l'incorporation du Moi par l'appareil social. Formulé ainsi, le délire serait mis à mal : lui-même signe d'un échec de séparation/individuation, il se retrouverait confiné, encloué, aphone.

Que pourrait alors viser la psychothérapie, outre l'offre d'un autre type de réclusion ? En effet, sans dire qu'il faille laisser le délire ouvert, et retirer

les digues chimiques servant à prévenir son déferlement — ce qui représenterait un retour à l'antipsychiatrie radicale de Kingsley Hall —, pourrait-on envisager qu'il puisse prendre place dans une activité mobilisant le désir du sujet, et offrir ainsi un accès à l'individuation ?

Avant de s'attarder à cette question épineuse, il est essentiel de se pencher sur l'amorce du traitement : quelle demande thérapeutique le sujet psychotique formule-t-il à un intervenant, que celui-ci soit psychologue, psychiatre ou autre ?

La demande du sujet psychotique

Lorsqu'il prédomine dans la dynamique psychique, le délire, à défaut de se dire, cherche à s'imposer « tel quel » au réel. Plus précisément, le sujet psychotique croit que la solution du problème (pas le sien, mais celui de l'humanité, sinon de l'univers) réside dans la mise au monde de son délire. Il en résulte qu'il ne vient pas chercher d'aide afin de « secondariser » sa mission divine en une fantaisie consciente ou un conflit oedipien. La demande que s'opère une transformation de son vécu psychique est absente ou, formulé de manière plus juste, indicible. Ajoutons que, le plus souvent, le sujet psychotique ne reconnaît pas de savoir à son vis-à-vis ou, lorsqu'il le fait, ce dernier est investi comme « être tout-puissant », accoucheur de délires, capable d'un amour divin et exclusif à son endroit ou, à l'inverse, d'une malice sans borne vouée à le détruire, notamment en amputant (ou en l'avortant de) son délire.

L'adulte psychotique qui entre dans notre bureau se plie, le plus souvent, à des pressions extérieures (p. ex., initiative de l'entourage, prescription médicale suite à une hospitalisation). S'il est là, face à nous, c'est parce que son délire ne (se) tient plus. Il est essentiel de répéter que, contrairement au sujet névrotique, le sujet psychotique ne formule pas la demande inconsciente que s'opère chez lui un changement ou une réparation⁷ ; c'est son environnement qui, réagissant au débordement du délire, tente d'endiguer celui-ci. Cet environnement s'adresse à nous, formule la demande ; le sujet psychotique, quant à lui, est le porteur plus ou moins consentant de cette demande. Le clinicien doit conserver à l'esprit ce contexte particulier dans lequel s'amorce le suivi, et ce, tout au long de la démarche de thérapie ; en intervenant, il répond à la demande de l'entourage et non à celle de son patient.

Par ailleurs, notons que l'offre thérapeutique est contraignante pour ne pas dire, dans certains cas, persécutoire, car elle implique la reconnaissance

du temps et de l'espace, donc de la réalité; il s'agit d'une invitation à la séparation/individuation, voire d'une injonction à quitter l'espace symbiotique⁸, dans la mesure où le sujet n'y consent pas de son plein gré. Comment l'individu en thérapie répondra-t-il à cette injonction? Entre autres par diverses manœuvres défensives à contre-courant et qui visent à calmer l'angoisse. Ces manœuvres peuvent se résumer à une recherche de fusion avec le thérapeute (le mode «résident»: habiter ou être habité) ou, encore, à l'adoption de la fuite perpétuelle (le mode «errance»: éviter d'habiter ou d'être habité), telle qu'on l'observe chez certains itinérants.

La mise à l'intérieur et non la mise en lien

Chez le sujet psychotique, en accord avec ce que nous avons vu à propos de l'incorporation, à défaut d'une mise en lien s'opère une mise à l'intérieur. Plus précisément, il importe ici de distinguer la liaison additive — typique d'un fonctionnement psychotique — de la liaison qui mène à une transformation, c'est-à-dire à une propriété émergente de l'ensemble — comme nous l'observons chez les sujets névrotiques lorsque ceux-ci reconnaissent et intègrent à leur Moi le contenu d'une interprétation, par exemple.

Ainsi, le sujet psychotique peut se lier pour devenir un, mais cette entité fondamentale, une fois constituée, cesse d'évoluer, du moins, sur le plan structural. Plus concrètement, la mise à l'intérieur des paroles du thérapeute ne mène pas à une intégration, mais plutôt à un assemblage, voire une greffe. En fait, nos observations portent à croire que, lorsque l'oralité domine chez un sujet, nos interprétations connaissent souvent le même destin que les éléments incorporés dont il a été question plus haut. Un exemple éloquent de ce phénomène d'incorporation des contenus verbaux provient d'un patient «ouvert à la psychanalyse» et qui affirma, à plusieurs reprises, se faire «inséminer par nos paroles». Au lieu de l'aider à mieux se comprendre, nos interventions ont surtout contribué à nourrir la confusion identitaire tandis que, chez un sujet névrotique, l'identification à nos paroles — donc l'assimilation — aurait été possible.

Par ailleurs, bien que l'on reconnaisse la pertinence de créer une alliance thérapeutique avec nos patients, nous croyons qu'il est nécessaire d'insister sur le fait que cette alliance n'est que rarement un espace de rencontre intersubjective et de co-construction, tel qu'on le retrouve entre deux individus pour qui l'altérité est bien instaurée. En effet, le sujet psychotique n'est pas «en lien avec nous»; il est en nous et/ou nous sommes en lui; nous bouchons le vide qui, en même temps, menace constamment de nous aspirer. En

bouchant ce vide, nous lui permettons d'exister au sein de l'espace symbiotique ; il parvient à être un.

La prédominance de la liaison additive sur la liaison transformative nous pousse à renoncer aux interprétations directes du délire. Puisque ces interventions verbales constituent une menace à l'intégrité identitaire du sujet — et représentent donc une source non négligeable d'angoisse —, nous préconisons une approche d'accueil et de soutien par rapport aux contenus délirants. Ainsi, plutôt que d'user de la parole pour décortiquer le délire, nous nous en servons afin de faciliter son élaboration. Ce faisant, la compréhension introspective par le sujet n'est pas recherchée non plus car, chez le sujet psychotique, le langage tourné vers soi découpe davantage qu'il ne tisse. Ceci étant dit, un effort de mise en lien rudimentaire est néanmoins entrepris lorsque nous cherchons à amener certains de nos patients à relier leur angoisse et leurs symptômes à la survenue d'évènements stressants. Ces associations simples sont essentielles au développement d'un répertoire défensif plus adapté et efficace.

De l'espace symbiotique à l'espace transitionnel

L'objectif, dès le début du suivi, consiste à favoriser l'*implantation* du sujet dans un espace symbiotique⁹. À la Communauté thérapeutique La Chrysalide, cette implantation survient après l'admission du candidat — disons plutôt son incorporation — et passe par la reconnaissance de la subdivision de la semaine en jours, et des jours en phases diurnes et nocturnes¹⁰. Le résident nouvellement admis doit aussi apprivoiser le cadre, les règles et les responsabilités de la communauté thérapeutique.

En général, un tel processus est caractérisé, dans un premier temps, par une longue période de repli¹¹ lors de laquelle la ressource est investie comme un refuge d'où le résident ne sort pas ; puis, dans un deuxième temps, par une période d'exploration de l'environnement extérieur. Comme exemple, un de nos résidents, après une réclusion de plusieurs mois, a entrepris d'amener à l'intérieur de la ressource des éléments du dehors (objets trouvés dans la ruelle) avec lesquels il a redécoré les lieux. Dans son cas, les mouvements de l'extérieur vers l'intérieur ont précédé et favorisé son passage de l'intérieur vers l'extérieur, c'est-à-dire son implication dans des activités hors des murs de la Chrysalide, notamment des groupes d'ergothérapie, à l'hôpital.

Gisela Pankow (1987, 2006, 17) a décrit la psychose en insistant sur le morcellement identitaire. La « structuration dynamique » qu'elle propose implique la consolidation de ce qui semble avoir été désassemblé, en

l'occurrence l'image corporelle. C'est par l'unification du corps que la temporalité est introduite et qu'une analyse par la parole devient possible. Pour notre part, en cherchant à favoriser l'implantation dans l'espace symbiotique, nous invitons le sujet à faire corps avec la résidence, à resituer ses limites spatiales et temporelles en passant par elle.

Après cet investissement d'un espace symbiotique, celui-ci peut être aménagé en espace transitionnel, c'est-à-dire en une aire de symbolisation et de jeu (Pankow, 1987, 2006, 22), permettant la « gestation du délire » ou même seulement l'expression de l'angoisse. Afin de favoriser ce passage, les intervenants doivent autoriser une certaine bizarrerie, voire une désorganisation sporadique chez le résident. Ainsi, tandis que le Moi demeure sous contention relative — grâce au cadre thérapeutique et à la médication psychiatrique —, le délire est libre de poindre, à condition qu'il y ait « assez de manque » pour le susciter.

Il importe donc que la ressource ne soit pas un lieu « tout bon » où le sujet croupit dans l'attente passive d'une satisfaction; elle doit frustrer le besoin de dépendance et contraindre à la réalité (dans des limites tolérables, bien entendu). La frustration et la contrainte inciteront le délire à sortir de sa tanière ou, encore, le résident à sortir de la ressource. Par ailleurs, nous n'offrons pas d'activités récréatives à la Chrysalide; il en revient au résident « frustré » d'aller chercher certaines sources de plaisir à l'extérieur.

Ajoutons que c'est entre autres dans l'espace transitionnel que le sujet pourra se questionner et chercher à comprendre ce qui l'anime. Mais pour cela, il faut d'abord qu'il soit capable de se dire. Et puisque la parole implique l'existence d'un langage, l'intervention dans l'espace transitionnel devra permettre le façonnement de celui-ci. Tel que précisé plus haut, le recours au langage verbal, surtout en mode interprétatif, est périlleux. Avec le sujet psychotique, des interventions formulées au moyen d'un langage paralinguistique personnel semblent davantage de mise.

En effet, l'expérience nous aura appris que les activités spontanées, lieux où sont posées bien des « actions parlantes » (Racamier, 1990, 228), sont souvent plus efficaces que la thérapie au sein d'un cadre formel. Donnons comme exemple le cas de l'un de nos résidents qui, en se prêtant à la tâche de décorer le sapin de Noël en compagnie d'un intervenant, en profita pour confier à ce dernier quelques arcanes des quêtes qu'il est chargé d'accomplir. Il arrive ainsi que des activités servent de médiateurs, de tiers, et aident à dégager la parole du sujet; dans d'autres cas, la parole s'exprime à travers les actions. Par exemple, lors du souper communautaire hebdomadaire, nous,

les intervenants, sommes parfois en charge de la préparation du repas. Un tel « don de nous-mêmes » a comme incidence fréquente de créer une synergie parmi les résidents, et de favoriser les gestes bienveillants entre eux : cadeau spontané, aide à la réalisation d'une tâche ménagère, etc. Momentanément, la somme des résidents, l'agrégat, devient une entité groupale.

C'est à cette question particulière du développement d'un langage personnel au sein de l'espace transitionnel que nous travaillons actuellement.

Conclusion : sortir de l'éternité

Comme nous venons de le voir, l'incorporation est intimement liée à la problématique identitaire du sujet psychotique. La mise à l'intérieur (qu'il s'agisse de l'« autre en soi » ou de « soi en l'autre ») suscite une relation d'équivalence entre l'incorporant et l'incorporé. En effet, l'incorporé n'est pas assimilé à l'ensemble ; l'emboîtement tend plutôt à instaurer un rapport en miroir dans lequel l'un devient l'autre, ou vice-versa. Si ce surinvestissement narcissique sert de défense face aux dangers de l'altérité, celle-ci est niée au profit d'une périlleuse mise en abîme : à l'intérieur de soi (ou alentour de soi) subsiste l'identique et non le semblable. Ainsi triomphent l'éternité et l'infini sur le temps et l'érosion. Dans ce monde en suspens qui ne reconnaît pas d'altérité, il n'y a ni vie, ni mort.

Afin d'aider le sujet psychotique à quitter les limbes de son délire, nous avons proposé de faire de l'instauration de l'espace symbiotique une priorité de l'intervention. Toutefois, bien que nous croyons que la mise en place d'un tel espace constitue une des étapes essentielles au traitement de la psychose, il n'en demeure pas moins que ce processus est long, fastidieux et incertain ; une portion non négligeable d'individus recherchent la pleine fusion ou, encore, préfèrent l'errance. Qui plus est, les conditions spécifiques pouvant favoriser l'implantation dans un espace symbiotique, qu'il s'agisse de celles propres au cadre thérapeutique ou de celles propres au sujet, restent à élaborer.

Il en est de même des modalités de traitement au sein de l'espace transitionnel. En effet, il serait pertinent de discuter plus longuement du recours à des activités médiatrices et à des objets transitionnels, voies d'accès, selon nous, à un lieu d'échange et l'élaboration pour le sujet psychotique. Mais tel que spécifié plus haut, nous en sommes actuellement à développer un cadre d'intervention favorable à l'émergence de ce langage propre à chacun. Pour le moment, nous avons plus de questions que de pistes de réponses quant à cet aspect de l'intervention.

Pour ce qui est des caractéristiques individuelles qui doivent être prises en considération, notons que nous avons traité de la psychose sans faire état des distinctions importantes entre diverses pathologies spécifiques — psychose maniaco-dépressive, schizophrénies paranoïaque et mélancolique, trouble délirant, etc. Ces affections se distinguent, entre autres, par leur rapport à l'objet, leur niveau d'organisation du délire, de même que par leur posture à l'égard de celui-ci. L'approfondissement de notre démarche impliquerait donc, notamment, d'aborder ces variantes diagnostiques rencontrées en clinique.

Par ailleurs, il importe d'ajouter que nous aurions pu étendre notre propos à d'autres manifestations spécifiques de l'incorporation, telle que la prise de possession de l'incorporant par l'incorporé (p. ex., lorsqu'une entité étrangère commande des pensées et des actions après avoir été mise à l'intérieur), laquelle aurait mené à l'identification d'autres écueils importants à l'intervention. Qui plus est, la régurgitation, c'est-à-dire la mise à l'extérieur, a été peu explicitée; il en est de même de la destruction suite à la mise à l'intérieur¹².

Précisons qu'il serait réducteur de traiter de l'oralité chez le sujet psychotique en se limitant aux modalités active et passive de l'incorporation, telles que décrites dans ce texte. Ces dernières renvoient, d'abord et avant tout, à l'expression de la pulsion de vie¹³. En effet, nous avons éludé la morsure, non pas celle consistant à mastiquer afin de mettre à l'intérieur, mais bien celle visant à déchiqueter et à détruire. Cette modalité orale est propre à la pulsion de mort, ne serait-ce que par la déliaison et la destruction qu'elle implique. La lecture de l'oralité en regard des pulsions de vie et de mort est une autre dimension essentielle qui devra être approfondie dans le cadre d'une réflexion ultérieure.

Quelle que soit la portée clinique de ce texte, il apparaît évident que l'étude de la psychose ouvre la porte à une compréhension plus étendue du développement humain, ne serait-ce qu'en se montrant incompatible avec les a priori. Dans le ventre des diverses théories et préconceptions, la psychose peut soit fondre et disparaître, soit révéler l'engramme d'une réalité nouvelle, insolite; l'issue dépendra de notre capacité à tolérer l'angoisse de l'inédit.

Alexandre L'Archevêque
larcheveque.alexandre@uqam.ca

Élise Bourgeois-Guérin

Notes

1. La Chrysalide comprend, entre autres, un foyer de groupe où cohabitent un maximum de cinq adultes autonomes atteints d'un trouble psychotique, principalement la schizophrénie. Les activités cliniques ont lieu sur une base quasi journalière et sont assurées par une équipe de cinq intervenants. Pour des exposés du cadre spécifique de La Chrysalide et de son programme thérapeutique, voir Lecomte et Tourigny (1983) et L'Archevêque (2013).
2. Au sens où Bergeret (2003, 73) l'entend.
3. Il aurait été pertinent d'élaborer davantage au sujet de cette idée d'« unité de base irrégulière » du temps et de ses implications sur la structuration psychique. Ceci étant dit, nous devons ici nous restreindre afin d'éviter de digresser de notre propos principal.
4. Si « formuler une demande » renvoie à une forme achevée de la communication, ne perdons pas de vue que l'être en développement saura s'exprimer dans des modalités diverses, allant de l'emprise à la séduction, en passant par la manipulation la plus instrumentale.
5. Dans les contes et les mythes, il arrive souvent qu'un animal, voire un monstre, incorpore un personnage entier. L'exemple le plus connu dans les contes est sans doute celui du loup qui dévora la grand-mère du Petit Chaperon rouge, usurpant par le fait même l'identité de la proie dévorée. Le loup, devenu « Mère-Grand », appâte le Petit Chaperon rouge, puis dévore celle-ci. Dans la mythologie grecque, mentionnons le cas de Cronos, souverain paranoïaque et père des dieux de l'Olympe, qui engloutit sa progéniture — sauf Zeus, sauvé grâce au stratagème de sa mère Rhéa. Les exemples sont nombreux, et mériteraient, éventuellement, une exploration plus étendue.
6. Ce qui renvoie à la notion de *holding* de Winnicott (1969, 313).
7. S'il s'agit d'une réparation, celle-ci concerne l'univers et non le sujet, et procède par l'actualisation du délire.
8. Il importe de ne pas confondre « espace » et « état » : le premier est un lieu dynamique où coexistent le sujet et l'objet maternant, et en-dehors duquel un monde suffisamment bon reste à explorer (et où se trouve l'objet tiers par lequel l'individuation est envisageable) ; le second est un lieu statique qui condamne le Moi à la torpeur.
9. Par analogie avec l'implantation du blastocyste dans l'endomètre, espace symbiotique primordial. Au départ, le résident peut *s'accrocher*, *s'agripper* à la ressource sans vraiment s'y intégrer, précisément pour éviter de s'y dissoudre.
10. La reconnaissance de cette subdivision n'implique pas que soit reconnue la temporalité, c'est-à-dire la séquence des phases. La subdivision dont il est question ici est plus rudimentaire et s'apparente plutôt à la reconnaissance de « lieux distincts », de compartiments dans la grille-horaire.
11. Notons que le peu de mouvement, voire l'immobilité, s'accorde mal aux exigences actuelles des milieux institutionnels qui veulent que le patient « se réadapte », et celles des familles qui veulent voir sans délai des améliorations palpables.
12. À ce chapitre, l'action destructrice n'est pas sans rappeler celle du gésier, organe présent chez les oiseaux de même que chez certains reptiles, et dont la fonction est le broyage des aliments.
13. La mise à l'intérieur, bien que de l'ordre de la liaison additive plutôt que transformative, correspond davantage à une modalité de l'Éros que du Thanatos.

Références

- Bergeret, J., 2003, *Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1974.
- Granger, B., Jalfre, V., 2010, *Les psychotropes*, Paris, Le Cavalier Bleu.
- Healy, D., 2009, *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 1997.
- Laing, R. D., 1969, *La politique de l'expérience: essai sur l'aliénation*, Paris, Stock.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., 1997, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 1967.
- L'Archevêque, A., 2013, Résider à La Chrysalide: opportunité de protection et d'éclosion?, in Y., Lecomte, F., Maqueda, *Actualité des communautés thérapeutiques*, Paris, Érès, 103-117.
- Lecomte, Y., Tourigny, C., 1983, La communauté thérapeutique: deuxième partie: La Chrysalide, *Santé mentale au Québec*, 8 (1), 122-134.
- Legaré, N., 2007, Tabagisme et schizophrénie: impacts sur la maladie et son traitement, *Drogues, santé et société*, 6 (1), 143-178.
- MacLean, P. D., Guyot, R., 1990, *Les trois cerveaux de l'homme*, Paris, Robert Laffont.
- Pankow, G., 1987, 2006, *L'être-là du schizophrène*, Paris, Flammarion.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., Lieberman, J. A., 2005, Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis, *The American Journal of Psychiatry*, 162 (10), 1785-1804.
- Racamier, P. C., 1990, *Les schizophrènes*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1980.
- Winnicott, D. W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.