Document generated on 07/18/2025 10:06 p.m.

Santé mentale au Québec

Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique
Gisela Pankow or possible meeting with the psychotic

Robert Pelsser

Volume 9, Number 1, June 1984

Pratique analytique et psychose

URI: https://id.erudit.org/iderudit/030212ar
DOI: https://doi.org/10.7202/030212ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Pelsser, R. (1984). Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique. *Santé mentale au Québec*, *9*(1), 80–96. https://doi.org/10.7202/030212ar

Article abstract

The author presents a synthesis of the theoretical and clinical work of Gisela Pankow on psychosis. The reading of works of this psychoanalyst is fascinating for a number of reasons : she provides a detailed and lively look at numerous clinical cases, she accepted patients in analysis with whom other methods had failed. But this spectacular character may distract the reader from the essence of the work, which is an original theorizing and practical approach concerning psychosis. The resume of the Pankow's theses is all the more necessary because the latter does not always take the time to present her works in a clear, organized fashion. The main contributions of Pankow are the following : the use of non-traditional techniques (face to face, drawings, models, family contacts) in the treatment of the psychotic, the redefinition of the concept of forclusion (Lacan) as a defense mechanism directly implying the body image. The present text may serve as an introduction to the reading of Pankow's works, by putting the ideas in order to a certain extent.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1984

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique

*Robert Pelsser**

L'auteur présente une synthèse des travaux théoriques et cliniques de Gisela Pankow concernant la psychose. La lecture des travaux de cette psychanalyste a un caractère fascinant pour diverses raisons : elle fournit de nombreux cas cliniques détaillés et vivants, elle prend en analyse des patients pour lesquels d'autres méthodes de traitement ont échoué. Mais cet aspect spectaculaire risque de faire passer le lecteur à côté de l'essentiel de l'oeuvre qui est une théorisation et une approche pratique originales concernant la psychose. Le résumé des thèses de Pankow s'avère d'autant plus nécessaire que cette dernière ne prend pas toujours le temps de présenter ses travaux de façon claire et organisée. Les principaux apports de Pankow sont les suivants : l'utilisation de techniques non traditionnelles (face à face, dessins, modelages, contacts avec la famille) dans le traitement du psychotique, la redéfinition de l'image du corps avec une double fonction de forme et de contenu, le développement de la technique des greffes de transfert, par opposition au transfert classique, la redéfinition du concept de forclusion (Lacan) en tant que mécanisme de défense impliquant directement l'image du corps. Le présent texte peut servir d'introduction à la lecture des travaux de Pankow en mettant quelque peu les idées en ordre.

> «L'arme thérapeutique n'est que la parole. Comment le corps vécu peut-il être atteint par la parole? C'est là le secret du langage et de son pouvoir (...) La parole est une arme, une arme très efficace» (Pankow, 1981).

La littérature psychanalytique sur la psychose est abondante, et probablement directement proportionnelle aux questions que soulève cette pathologie psychique tant au plan de son étiologie que de sa thérapeutique. Il est possible de trouver les théories les plus variées sur la nature et les mécanismes de la psychose, tout comme la description de multiples approches thérapeutiques d'inspiration analytique. La multitude des écrits n'est que le reflet du fait que la psychose, à un moment donné, met le chercheur et le clinicien en échec, ou du moins les confronte à des obstacles de taille.

Le lecteur parcourant les travaux de Gisela Pankow a l'impression très nette de se trouver devant quelque chose de totalement différent : - d'abord, Pankow fournit de nombreuses histoires de cas présentées de façon vivante, qui se lisent de façon agréable, presque comme des nouvelles littéraires; - ensuite, Pankow a une façon très originale de comprendre la psychose et de travailler avec les psychotiques. Tout en se disant d'orientation strictement analytique, elle utilise les techniques du dessin et du modelage (ce qui s'écarte de la cure-type, exclusivement verbale) et réintroduit dans sa pratique la dimension de l'image du corps; - enfin, Pankow accompagne le psychotique et reçoit les cas les plus désespérés, qui ont connu antérieurement des traitements tels que les électrochocs, les hospitalisations et les neuroleptiques, sans que ces traitements aient pu les sortir de leur univers psychotique.

Il nous semble que l'oeuvre de Pankow n'est pas suffisamment connue et qu'on se contente trop souvent de se référer à certains auteurs français, américains et anglais, devenus classiques dans le domaine. Nous voudrions dans le présent article reprendre certains thèmes fondamentaux des travaux de Pankow et peut-être répondre à un voeu jadis émis par Laplanche : «On aimerait, sans lui demander de stériliser la source vitale de son expérience, trouver (...) une réponse plus décisive concernant les distinctions et les oppositions qui soutiennent son discours» (Pankow, 1969, 11-12). Pankow apparaît avant tout comme une clinicienne profondément engagée dans «l'empoignade quotidienne» et la «descente aux enfers» avec les patients psychotiques, de sorte qu'il ne lui est pas toujours loisible de présenter sa pensée de façon systématisée. Nous en

* L'auteur est psychologue clinicien.

dégageons ici les aspects théoriques et cliniques les plus importants[1].

L'APPROCHE SPÉCIFIQUE DE LA PSYCHOSE

L'abord de la psychose n'a aucune commune mesure avec celui de la névrose, ce qui pose des questions fondamentales à la psychanalyse élaborée au départ comme méthode de traitement pour les névroses. Pankow se situe résolument dans une optique psychanalytique se réclamant de Freud et des concepts fondamentaux (*Grundbegriffe*) que celui-ci énonce aux plans théorique et clinique. Elle propose régulièrement dans ses écrits la formule suivante : «La différence entre la névrose et la psychose consiste en ce que des structures fondamentales de l'ordre symbolique, qui apparaissent au sein du *langage* et qui contiennent l'expérience du *corps,* sont détruites dans la psychose et déformées dans la névrose», et elle ajoute : «Les zones de destruction dans l'image du corps du psychotique correspondent aux zones de destruction dans la structure familiale de tels patients» (Pankow, 1977, 8). Mais la connaissance des structures de l'inconscient est essentielle comme moyen thérapeutique pour la psychose comme pour la névrose; sur ce point, l'oeuvre de Freud reste la référence essentielle dont on ne peut faire l'économie.

L'approche de Pankow rejoint certains thèmes très actuels à propos de la psychose (le langage, le corps, la famille), mais il faut noter qu'elle a développé ses idées depuis déjà trente ans (Pankow, 1981). Elle nomme son approche la méthode de structuration dynamique de l'image du corps; il s'agit avant toute chose de reconstruire l'image du corps chez le psychotique, avant de songer à entreprendre par la suite une psychanalyse de type classique. Il ne s'agit pas, dans la psychose, de donner une interprétation du refoulé, parce qu'à proprement parler il n'y a pas de refoulement, ce dernier exigeant un dedans et un dehors et une possibilité de *représentation*, de symbolisation. Lacan a tenté d'articuler le concept de forclusion (*Verwerfung*) dans ce sens. Il s'agit plutôt d'élaborer des moyens pour avoir accès au non-représenté et probablement au non-représentable parce que les conditions préliminaires font défaut. La névrose nous met face à une dialectique temporelle, à une histoire vécue, présentant des lacunes et des conflits, mais chez le psychotique, il convient de développer avant tout une dialectique spatiale, c'est-à-dire une restructuration de l'espace corporel, de l'image du corps. C'est de cette façon qu'il sera possible d'ouvrir la voie à la représentabilité, à la capacité de symbolisation. Si, dans le traitement de la névrose, il s'agit de resituer la relation d'objet et la dynamique des pulsions, dans le traitement de la psychose par contre, il s'agit de développer le principe de sécurité ou de sécurisation, et ce d'abord en redonnant une limite et une organisation au corps du psychotique.

Il faut donc être conscient que la psychose échappe totalement aux lois de l'ordre symbolique qui touche l'organisation du langage, la relation véritablement objectale, l'émergence du désir, la triangulation oedipienne et l'image du corps. En un mot, le psychotique se situe au plan de structures pré-oedipiennes et pré-conflictuelles. Ceci se manifeste clairement à travers le type de relation établie par le psychotique à autrui : soit que le psychotique est pris dans un isolement profond, soit qu'il cherche à fusionner avec l'entourage. Freud parlait de relation anobjectale ou narcissique et d'absence de transfert dans le cas du psychotique. L'accès à l'autre (ce qui implique le *désir* et la reconnaissance du désir) est difficile, sinon impossible. La relation d'objet signifie à la fois que l'autre puisse être différencié de soi-même et qu'il puisse être désiré (Lacan : le désir, c'est le désir de l'Autre). Il n'existe pas véritablement de conflits relationnels comme chez le névrosé, mais plutôt des conflits d'ordre spatial au plan de l'image du corps. Il s'agit avant toute chose de reconstruire une image du corps non conflictuelle, de réparer les failles de l'image du corps dans sa forme et son contenu (cf. les fonctions de l'image du corps). L'analyse de la relation d'objet et du dynamisme pulsionnel par le biais d'une analyse de type classique ne pourra être entreprise qu'une fois l'image du corps restructurée.

Le moi, tout comme le corps, les deux allant essentiellement de pair (Freud : Le moi est avant tout une entité corporelle), ne sont plus saisissables dans le processus de destruction psychotique. L'approche des psychotiques exige l'utilisation de la technique des greffes de transfert (nous y reviendrons), à défaut de l'établissement du transfert classique, à partir des modelages et des dessins deman-

dés par l'analyste au patient. Le processus de dissociation du moi et du corps exige avant tout une technique en partie non verbale pour aborder les *phantasmes* structurants.Pankow préfère l'orthographe phantasme pour le distinguer du concept classique de fantasme qui est une production imaginaire passagère, une fantaisie ordinaire apparaissant chez les névrosés. Un phantasme structurant concerne strictement l'image du corps et indique la manière dont le patient habite son corps et dont il le situe par rapport au corps de l'autre, pour que cet autre puisse entrer dans le monde du désir du patient.

Une interprétation du matériel soi-disant refoulé ou des aspects conflictuels risque d'accentuer le processus délirant ou d'entraîner une décompensation. La technique analytique applicable aux névroses recourt à la chaîne des associations libres et aux conflits transférés des figures parentales sur l'entourage et l'analyste; une telle technique n'est pas utilisable avec le psychotique parce que l'interprétation de l'analyste tomberait littéralement «dans le vide», parce que le psychotique a un moi et un corps non structurés. Il faut d'abord que le psychotique ait un moi et un corps avec des limites, une structuration, afin que l'analyste puisse adresser ses interventions à une personne. Si l'approche de la névrose peut être centrée sur le langage et le refoulement, c'est-à-dire sur les lacunes dans le discours (Lacan), toute approche authentique de la psychose ne peut que se développer autour de la notion de l'image du corps, c'est-à-dire autour des éléments antérieurs au langage et au conflit oedipien, à un stade où il n'existait pas de distinction entre l'intérieur et l'extérieur, entre le corps propre et l'objet, à savoir le corps d'autrui et le monde ambiant. Il n'existait à ce moment ni espace, avec ses frontières, ses limites, avec sa structuration, ni temps, avec un avant et un après, avec un sujet et un projet.

Le processus de destruction de la psychose s'attaque aux fondements de l'ordre symbolique; il faut développer des instruments spécifiques pour réparer les destructions à ce niveau. Il ne suffit pas, note Pankow, de parler de forclusion du signifiant (et du signifié) ou d'interruption de la chaîne associative, pour reprendre les formules de certains disciples de Lacan; de tels concepts se réfèrent trop directement au langage et à une approche verbale uniquement valable chez les névrosés. Pankow soutient : «Attendre pendant de longues années la venue du «Signifiant» qui «flotte», désincarné, on ne sait où, n'a aucune efficacité propre» (Pankow, 1981, 151). La forclusion touche non pas tant le langage, mais plus fondamentalement l'image du corps dans sa double fonction de forme et de contenu. La recherche de conflits inconscients saisissables à travers des relations objectales doit faire place à la réparation de structures corporelles. Pankow tente dès lors, au moyen de la structuration dynamique de l'image du corps, de donner des limites au corps, de remettre les morceaux du corps ensemble, de redonner une cohérence fonctionnelle au corps, de sorte que le corps devienne habitable et que le psychotique puisse apprendre à l'habiter. C'est seulement lorsque cette expérience *spatiale* du corps est réalisée que le patient aura accès à une expérience *temporelle*; la spatialisation du sujet, par l'acquisition d'une image du corps cohérente, doit précéder la temporalisation qui se fonde sur une historicité et un désir personnel; lorsque le corps peut être reconnu comme corps limité, fonctionnel et sexué, le patient peut avoir accès au désir de l'autre et entrer dans sa propre histoire. L'analyse classique, centrée sur l'histoire du sujet, ses lacunes et ses conflits, débutera à ce moment-là.

LES FONCTIONS DE L'IMAGE DU CORPS

Le traitement de la psychose doit reconstruire l'image du corps dissocié du psychotique. Le phénomène de dissociation (*Spaltung, splitting*) de l'image du corps peut se manifester de deux manières selon que l'une ou l'autre fonction de l'image du corps est touchée. L'image du corps a une double fonction au plan symbolique, selon les travaux de Gisela Pankow : 1) une fonction de *forme* : celle-ci permet de reconnaître une relation dynamique entre une partie et la totalité du corps et de saisir le corps en tant que forme globale; 2) une fonction de *contenu* : celle-ci permet de saisir, au-delà de la forme, la signification de la partie du corps dans le tout.

1) La première fonction de l'image du corps concerne uniquement la structure *spatiale* du corps en tant que forme ou *Gestalt*. Le névrosé, à la différence du psychotique, est toujours capable de reconnaître l'unité du corps. Pankow utilise parfois les qualificatifs mutilé, déformé, déchiré pour désigner

le vécu corporel pathologique du névrosé : le corps du névrosé peut sacrifier des parties sans toutefois perdre son unité de forme. Le psychotique, par contre, et particulièrement le schizophrène, présente un corps dissocié (le terme a un sens précis dans les textes de Pankow) : l'unité de la forme est détruite; une partie du corps devient une entité indépendante et peut prendre la place de la totalité du corps (cf. dans le délire schizophrénique); la partie n'est plus reconnue comme une partie dans le tout, elle perd son lien avec le tout et prend la place de l'ensemble. Les phénomènes du déplacement et de la condensation entre les parties du corps n'existent plus comme tel comme dans la névrose, parce que de tels mécanismes de défense exigent la reconnaissance de la totalité du corps et du lien entre les parties et le tout. Le schizophrène présente un corps dissocié : l'image de la totalité du corps est détruite, la possibilité d'une organisation, d'une structuration du corps fait défaut. Ceci entraînera également la perte des limites du corps et une confusion entre le dedans et le dehors.

Si un patient fait un modelage pour l'analyste où il représente un corps auquel manque un membre, il peut reconnaître ce manque s'il est névrosé et ne pourra pas le reconnaître s'il est psychotique. Dans le premier cas, il sera possible de trouver un trou, une lacune dans l'histoire temporelle du sujet, dans le second cas, il sera possible de découvrir un vide dans la structure spatiale du corps, dans l'appréhension du corps. Nous pouvons reprendre deux exemples cliniques cités par Pankow pour préciser cette distinction.

Le cas Véronique. Une patiente schizophrène négativiste fait un rêve : «J'avais une maison dans laquelle il y avait un frigidaire. Sur un rayonnage du frigidaire, il y avait une jambe. Elle était blanche, coupée en morceaux et on pouvait encore voir les poils d'homme. Un homme vint et posa une jambe de bois à la place de la jambe d'homme dans le frigidaire car il était près de mourir de faim. C'est pourquoi il avait coupé sa propre jambe et l'avait mise comme provision dans le frigidaire» (Pankow, 1969, 145). La patiente rêve d'un homme affamé qui s'est coupé sa propre jambe et l'a mise au frigidaire comme nourriture pour ne pas mourir de faim. Le vide intérieur, symbolisé par la faim, peut ainsi être comblé par la jambe à manger. Celle-ci n'a plus de lien avec le corps vécu : elle n'est plus un moyen pour se déplacer, mais devient tout autre chose : une nourriture pour combler un vide. Il n'existe plus de lien logique entre la jambe-nourriture et le corps vivant de l'homme; il existe simplement un vide et la nécessité de le combler.

Il se produit quelque chose de différent dans un processus névrotique, par exemple en cas d'hystérie; une femme «perd une jambe» suite à une paralysie hystérique; ceci peut s'interpréter comme une dette payée au père pour pouvoir lui être infidèle et être libre de rencontrer un autre homme. Le névrosé est capable de reconnaître en tant que telles à la fois les parties du corps qui manquent ou qui sont séparées entre elles, et la totalité du corps auquel se rapportent ces parties. La jambe continue à être une partie du corps perçue comme moyen de locomotion potentiel.

2. La deuxième fonction de l'image du corps conduit au vécu *temporel.* La partie du corps est cette fois considérée dans son rôle, sa signification à l'intérieur de la totalité. Dans le délire chronique non schizophrénique (par exemple dans la psychose hystérique), la fonction de forme de l'image du corps est intacte (à la différence de ce qui se produit dans la schizophrénie), comme d'ailleurs dans la névrose; mais le patient n'est plus capable de reconnaître les fonctions spécifiques des parties du corps. L'image du corps, et plus précisément de ses différentes parties, joue ici un rôle en tant que représentation ou reproduction, c'est-à-dire en tant que renvoi à autre chose, au sens précis que prend la partie dans le tout. Reprenons encore une fois des exemples cliniques donnés par Pankow.

Le cas de Madame E. Une patiente souffrant d'un délire chronique de type paranoïaque (non schizophrénique) (Pankow,1969) a l'impression que les os de son visage subissent une transformation et qu'une grossesse se produit au niveau de sa figure. Chez une telle patiente, la forme du ventre peut être reconnue dans l'espace comme partie dans le tout, mais elle est méconnue dans sa fonction de reproduction biologique. La partie inférieure du corps est exclue, forcluse, comme lieu de grossesse dans sa fonction de contenu.

S'il s'agissait d'un processus névrotique, l'analyse permettrait de découvrir par quels mécanismes de défense le visage se substitue au ventre; par exemple dans un cas d'érythrophobie, il existe un processus de déplacement du bas vers le haut, ainsi

que l'indique la clinique psychanalytique. Il est possible de retrouver une association entre les deux parties du corps, et chacune malgré tout continue d'être reconnue dans sa fonction de contenu.

Pankow (1969) précise dans quel sens elle entend le terme dissociation, phénomène qui touche l'image du corps, typique de la présence d'un processus psychotique; il existe des conflits de la spatialité du corps vécu au plan de la forme ou du contenu[2]. La dissociation, la destruction de l'image du corps peut ainsi se présenter sous deux formes : elle peut concerner la relation entre les parties du corps (forme) ou les fonctions, les significations propres des parties du corps (contenu).

1) La dissociation *au sens strict* : soit qu'il existe une non-reconnaissance de la forme du corps et du lien entre ses parties; la totalité de l'image du corps se trouve remplacée par une partie et il se produit une confusion entre le dedans et le dehors, entre l'intérieur et l'extérieur du fait que les limites et l'unité du corps sont atteintes. À la suite d'une telle perturbation, on peut voir réapparaître certaines de ces parties de l'image du corps dans le monde extérieur, habituellement sous forme d'hallucinations auditives et visuelles.

2) La dissociation *au sens large* : soit qu'il existe une non-reconnaissance de la fonction spécifique d'une partie du corps, sans que les limites du corps elles-mêmes soient disparues; les parties gardent leur lien avec la totalité, mais n'ont plus leurs fonctions dans la totalité; le corps peut encore être reconnu et vécu comme un corps limité.

Pankow reprend l'opposition établie par Kretschmer entre psychose nucléaire (*Kernpsychose*) et psychose marginale (*Randpsychose*) pour distinguer des structures psychotiques différentes. Dans la psychose nucléaire, la fonction de forme (et par conséquent la fonction de contenu) de l'image du corps est atteinte; c'est le cas dans la schizophrénie et ses sous-types : simple, catatonique, hébéphrénique, paranoïde et les délires schizophréniques. Dans la psychose marginale, la fonction de contenu de l'image du corps est atteinte, comme c'est le cas dans les états-limites, les délires non schizophréniques, les états hallucinatoires chroniques, la psychose paranoïaque, la psychose hystérique[3], les hallucinations obsessionnelles ou hystériques (états-limites entre l'obsession ou l'hystérie et l'hallucination).

Dans la psychose marginale, le patient peut intégrer la destruction de l'image du corps dans son histoire vécue (temps), alors que dans la psychose nucléaire, cette destruction (espace) s'accompagne simultanément d'une perte de la relation à l'histoire du sujet. Dans la psychose marginale, la méthode de structuration dynamique devient une dialectique entre l'image du corps et la loi des relations interhumaines, tandis que dans la psychose nucléaire, l'analyse s'attaque directement à la dialectique de la forme et du contenu de l'image du corps. Pankow précise : le travail de structuration dynamique se termine lorsque la forme et le contenu de l'image du corps peuvent être intégrés l'un par rapport à l'autre et que l'image du corps peut être resituée dans le cadre des relations interhumaines.

LA TECHNIQUE DES GREFFES DE TRANSFERT

Le patient psychotique a de la difficulté à vivre dans un corps limité avec des frontières et à établir une relation avec un autre vraiment reconnu comme autre. Cette difficulté pose le problème de la relation du psychotique à l'objet et à l'environnement. Il est connu que le psychotique n'établit pas véritablement de relation transférentielle en raison de ses angoisses (et de ses désirs) de fusion et de séparation avec autrui.

Pankow utilise la technique des *greffes de transfert* pour permettre au patient d'établir une relation à autrui et de se reconnaître dans un corps limité. Sechehaye avait déjà parlé de «transfert-greffe» dans ce sens. La technique des greffes de transfert vise à provoquer le transfert, mais par le biais d'un objet ajouté (une greffe) à l'intérieur de la relation patient-analyste. Il s'agit de développer une technique permettant au patient d'avoir accès à l'autre, c'est-à-dire à quelqu'un qui n'est *pas soi-même* et qui peut être *désiré*; ceci implique la distinction d'un moi et d'un non-moi, la reconnaissance de limites corporelles définies et la cohérence de l'image du corps. La technique des greffes de transfert peut s'effectuer selon deux voies principales : 1) pour des patients extrêmement perturbés, il est possible d'utiliser les actes que le thérapeute fait lui-même pour permettre l'établissement de la relation de la reconnaissance d'un non-moi; 2) pour des patients moins perturbés, il s'agit de se servir des actes que

le thérapeute fait faire par le patient lui-même pour favoriser le contact avec autrui.

Pour les patients profondément perturbés, la reconnaissance des limites du corps peut être obtenue en travaillant directement avec le corps à l'aide de techniques telles que des massages, des bains, des enveloppements humides (*packs*). Ces techniques ne visent pas à donner au patient des soins qu'il n'aurait pas reçus étant bébé, à compenser des manques vécus dans le passé, ce qui situerait la technique sur le plan du réel (pour reprendre la distinction lacanienne entre le réel, le symbolique et l'imaginaire); elles visent plutôt à donner au patient des sensations corporelles (toucher, contact) pour l'amener à reconnaître les limites de son corps et, dès lors ce qui ne lui appartient pas, c'est-à-dire ce qui n'est pas son corps, ce qui est en dehors de son corps. Ceci se produit au plan symbolique de la restructuration de l'image du corps et de la relation à autrui. Pankow souligne : la main qui touche le patient n'est pas lui, mais lui fait saisir qu'il vit dans un corps limité, un corps qui n'est pas la main qui le touche ou la chambre qui l'entoure, mais autre chose. Les patients schizophrènes ressentent parfois seulement une partie du corps comme existante et celle-ci risque de prendre la place de la totalité. Le traitement vise à amener le patient à ressentir d'autres parties de son corps, à les faire sortir de l'insensibilité. Toute sensation corporelle, toute partie du corps redécouverte est une victoire sur le processus de la psychose.

Pankow commente l'exemple classique de Sechehaye (1950) et de la patiente schizophrène Renée. À un moment difficile de la psychothérapie, Sechehaye donnait des pommes à la patiente qui les mangeait dans ses bras; elle ne pouvait lui offrir le sein, mais savait qu'il fallait faire quelque chose pour rencontrer la patiente «au niveau de sa régression» ou pour développer «une participation affective» (Sechehaye). Il ne s'agit pas tant de «satisfaire» la patiente ou de réparer «les torts d'autrefois» comme le laisse entendre Sechehaye. La satisfaction ne s'effectue pas au plan réel : il ne s'agit pas de donner à la patiente ce qu'elle n'a pas eu étant enfant et de satisfaire ses besoins régressifs d'affection et de nourriture, il s'agit plutôt d'un geste symbolique selon le titre d'un ouvrage de Sechehaye (1947). C'est *la reconnaissance du désir de l'autre* qui permet à la patiente de sortir de son état psychotique et d'être débarrassée de ses hallucinations. La forme et la fonction des pommes est reconnue en tant que forme et fonction du sein nourricier et s'inscrit dans la structure du corps. La pomme devient simultanément autre chose qu'un objet qui satisfait les besoins du sujet, le sein lui-même n'est pas simplement une partie du corps; la pomme et le sein sont des objets désirés au-delà d'un objet satisfaction. Le besoin vise la satisfaction d'un instinct biologique alors que le désir (*Wunsch* de Freud) vise une relation d'objet. C'est la reconnaissance du désir et non la satisfaction de ce dernier qui produit un effet thérapeutique (cf. Lacan : la triade besoin-demande-désir). Il s'agit de faire surgir chez la patiente un désir se référant à une partie du corps de l'analyste (par exemple le sein) ou au corps total de l'analyste, et dès lors de lui permettre l'accès à autrui.

Pour les patients moins perturbés, le thérapeute peut demander au patient de fabriquer quelque chose (par exemple un dessin, un modelage); un tel acte n'est pas une forme de thérapie occupationnelle, d'ergothérapie pour le patient, mais doit avoir pour objectif d'amener la reconnaissance de l'autre chez le patient. Pankow demande au patient de prendre de la pâte à modeler et de faire quelque chose pour elle et selon son gré; une telle technique correspond en fait à la règle fondamentale des associations libres dans l'analyse classique, mais se situe sur un plan non verbal. Le modelage peut être interprété comme un message révélant la manière dont le patient vit dans son corps, dans sa relation à l'analyste. Certains patients craignent de toucher et de manipuler la pâte à modeler, en raison de certaines fantaisies psychotiques (angoisse, panique). Pankow rapporte l'exemple d'un professeur de philosophie schizophrène qui disait : «Chaque acceptation d'une forme est une menace contre mon existence (pause). Au moment où j'accepte une forme définie, je suis perdu» (Pankow, 1961, 27). Si le patient fait par exemple un soulier à la demande du thérapeute, ce dernier peut intervenir de deux façons, selon le degré de dissociation psychotique (Pankow, 1981): une méthode directe dans la schizophrénie ou une méthode indirecte dans les autres cas.

1) La méthode indirecte de manipulation du transfert dans le cas de psychoses non schizophréniques. L'objet modelé par le patient implique des relations avec l'entourage, avec d'autres objets (cho-

ses ou êtres vivants, y compris les humains); il s'agit d'amener le patient à préciser, dans un rêve éveillé, l'environnement de l'objet qu'il a créé, et de la sorte l'amener à créer une relation. Pankow demande au patient de décrire des relations dramatiques, pleines d'action, entre l'objet inanimé et des êtres vivants. La question posée à propos du soulier sera la suivante : «À qui pourrait appartenir le soulier?» Une telle question inclut celui qui possède et celui qui ne possède pas. Par là s'ouvre le monde de l'avoir où il y a l'autre et le non-autre que je suis. Ceci favorise chez le patient l'accès à des relations objectales qui permet de situer l'objet modelé dans un entourage *spatial*. Ensuite, Pankow demande au patient d'imaginer et de décrire le destin complet d'un objet ou d'un être vivant jusqu'à ce qu'il se désintègre et devienne «de la poussière et des cendres». Ceci permet de libérer le patient de ses agressions et de sa culpabilité, et situe les relations d'objet dans un contexte *temporel*. Dans ce monde qui contient des expériences temporelles, aussi vide puisse-t-il être, Pankow encourage le patient à formuler des demandes qui permettront de mettre à jour des désirs inconscients. Le rêve éveillé à partir de l'objet modelé permet de la sorte d'établir la relation objectale et de reconnaître le désir, à travers une expérience spatiale et temporelle.

2) La méthode directe de manipulation du transfert dans le cas de la schizophrénie. Si le patient n'est plus capable de reconnaître l'objet modelé comme s'inscrivant dans un monde spatial organisé, il ne sera pas capable de saisir les relations de l'objet modelé à l'environnement. Ainsi, certains patients sont incapables de laisser le soulier appartenir à une personne en particulier. La pensée magique de ces patients est tellement intense que le fait d'imaginer que le soulier appartient à quelqu'un représente une limitation trop importante pour leur monde sans frontières et tout-puissant. Il est essentiel pour eux que personne ne possède le soulier. Le monde de ces patients se rétrécit jusqu'à l'état de devenir un soulier (identification fusionnelle). Pankow pose dans ce cas la question suivante : «Si vous étiez ce soulier, que pourriez-vous faire avec mon corps?» De cette façon, le soulier devient la totalité du corps du patient qui entre en relation avec l'analyste et avec le corps de ce dernier. Puisque le soulier agit sur le corps de l'analyste (par exemple par une agression), le patient devient capable d'exprimer des demandes qui concernent le corps de l'analyste, et dès lors qui débouchent sur la reconnaissance de désirs inconscients. L'intervention de l'analyste vise encore une fois à favoriser une relation objectale, un transfert avec l'analyste à partir de l'objet modelé.

Les désirs inconscients du patient se cristallisent autour d'images dynamiques qui permettent de réparer la dissociation de l'image du corps et de réta-

TABLEAU 1

Image du corps

fonction de forme	**traitement**
relation entre parties et totalité	concerne l'espace, la spatialité
corps avec limites	structure du corps
distinction dedans-dehors	intégration forme-contenu
perturbée dans psychose nucléaire	comment le sujet se situe dans son corps
	greffe de transfert : si vous étiez...
fonction de contenu	**traitement**
fonction, signification des parties	conduit au temps, à la temporalité
représentation, reproduction	histoire du sujet
perturbée dans psychose marginale	relation d'objet
	relations interhumaines
	relation à la loi, à l'ordre
	comment le sujet situe son corps vis-à-vis d'autrui
	greffe de transfert : à qui appartient...

blir les relations à autrui; Pankow les appelle des *phantasmes*, à distinguer des fantasmes comme productions imaginaires passagères, ne concernant pas nécessairement le corps. Pankow, par la technique du modelage ou du dessin, introduit les patients dans l'espace du jeu (*playing*) ou l'espace potentiel, même si l'objet modelé ou le dessin ne sont pas à proprement parler des objets transitionnels, à la fois trouvés et créés (Winnicott). L'objet modelé et le dessin, tout comme l'objet transitionnel, doivent favoriser le processus de symbolisation[4].

Les différentes distinctions et oppositions expliquées dans les paragraphes précédents peuvent être résumées dans un tableau récapitulatif (cf. tableau 1).

L'IMAGE DU CORPS EN RELATION AVEC AUTRUI

La structuration dynamique de l'image du corps dans sa forme et son contenu doit être suivie dans l'analyse par la mise du corps en relation avec la loi, avec les règles. Le terme de loi est à comprendre au sens psychanalytique. Lorsque le sujet enfreint une loi dans ce sens, cela signifie qu'il se rend coupable vis-à-vis d'un ordre structural (cf. Lévi-Strauss). Le choix, la décision concernant la loi est attaché à une échelle de valeurs : être inclus dans cet ordre est ressenti comme bien, et s'en trouver exclu est perçu comme mal. L'homme peut se trouver coupable ou non coupable à l'égard de cet ordre, de cette hiérarchie.

Ainsi, le petit garçon qui manifeste un désir inconscient vis-à-vis de sa mère n'est pas coupable parce qu'il serait trop jeune pour désirer une femme, mais parce que suivant la loi, la mère est la femme d'un autre homme, appartenant à une autre génération. La culpabilité peut être vécue dans différents domaines de l'existence humaine : elle peut être due à la simple transgression d'une règle sociale (par exemple un règlement de police), mais peut également apparaître dans des expériences fondamentales, comme la culpabilité à l'égard de l'existence, c'est-à-dire le droit de vivre avec un désir propre (comme dans la psychose). Toute loi entraîne un processus de choix et d'exclusion : choisir une chose implique renoncer à une autre chose. La présence de la loi entraîne qu'il est impossible de choisir simultanément deux choses qui s'excluent mutuellement.

La reconnaissance du corps humain se fait selon deux dimensions : d'abord la structuration de l'image du corps dans sa fonction de forme et de contenu (comment le patient habite son corps), ensuite la mise du corps en rapport avec autrui (comment le patient ressent son corps par rapport à l'analyste, comment il le situe dans les relations interhumaines). Il importe dans le travail thérapeutique avec les psychotiques de mettre le corps en relation avec la loi régissant les relations à autrui; ceci se passe dans deux domaines : 1) le patient devient capable de reconnaître un non-moi dans un corps unisexuel, c'est-à-dire de vivre une situation à trois personnes; 2) le patient devient capable de passer d'un corps ressenti par soi à un corps reconnu par autrui. Pankow explique ce double aspect dans ses oeuvres.

La psychose se caractérise par l'incapacité de vivre une *situation à trois* (la triangulation oedipienne) au niveau des personnes; la situation à trois personnes n'est plus vécue en relation avec le corps humain et même ne peut être supportée dans le domaine du vivant. Le psychotique vit une situation oedipienne *sous forme tronquée*, réduite aux choses. Dès lors, la reconnaissance d'une image du corps sexuée est une étape importante dans le traitement du psychotique. La reconnaissance par le patient que le corps d'autrui est sexué et la reconnaissance du désir de l'autre permettent de déboucher sur une situation triangulaire. Ceci implique une action d'exclusion qui peut se traduire par la formule : «Ce corps qui est extérieur à moi n'est pas mon corps, c'est le corps d'un autre qu'il est impossible de désirer». Le psychotique, grâce à l'analyste, devient capable de reconnaître un non-moi non seulement dans le domaine du vivant, mais également en relation avec le corps humain. La génitalisation (Freud) signifie dans cette optique la possibilité de reconnaître un non-moi dans un corps unisexuel. Lorsque le corps de l'autre est reconnu comme totalement différent, comme n'ayant rien de commun avec le corps du patient, il devient possible pour ce dernier que l'autre constitue l'objet, d'abord d'un désir et enfin d'un désir sexuel. Le passage de la reconstruction de l'image du corps à la relation génitalisée avec autrui ne se fait pas de façon immédiate, mais exige l'analyse de certaines productions significatives du patient. L'accès au désir de l'autre signifie l'accès à la situation oedi-

pienne qui implique la présence d'*un tiers*, d'un ordre symbolique. Lorsque l'enfant reconnaît à la phase oedipienne que son corps est semblable au corps d'un de ses parents (je suis comme), il peut simultanément reconnaître, sur le mode de l'exclusion, que le corps de l'autre parent diffère du sien (je ne suis pas comme). Le processus d'identification va de pair avec le choix d'objet. Le sujet qui ne peut faire un tel choix dans le domaine humain, se tournera vers d'autres domaines non humains : le minéral, le végétal, l'animal, l'inanimé. Le traitement du psychotique vise à créer des situations à trois personnes, à partir d'un monde d'objets. Citons deux exemples donnés par Pankow.

Le cas Suzanne. Une schizophrène hébéphrénique fait le rêve suivant : «J'ai rêvé. Il était question de mariage. Oui, c'était à la campagne. Il y avait une jeune fille avec son fiancé qui était drôle. Il était question d'un repas et d'un jeune homme qui a disparu (pause). Ce garçon avait l'air d'un fromager (pause). Les voix m'ont dit : Pourquoi as-tu couché là? (un peu plus tard) Ah! je me rappelle la suite du rêve! Il y avait un petit ruisseau, je nageais là-dedans. Je suis arrivée à un grand bassin long. Là, j'ai remarqué qu'il y avait un bassin devant et un bassin derrière. Le fromager en avait un». (Pankow, 1956, 43-44). La patiente précise que les bassins sont de forme rectangulaire, semblable à celle d'un lit et qu'elle a éprouvé du plaisir dans le bassin du fromager. La patiente est ainsi confrontée à deux bassins clairement séparés l'un de l'autre; elle choisit l'un des bassins, le bassin du fromager, comme étant son propre bassin, tout en excluant l'autre comme ne lui appartenant pas. Le rêve contient une situation à trois, même si elle est réduite aux choses; il implique un processus de choix et d'exclusion.

Une patiente borderline (Pankow, 1977) n'avait jamais été elle-même, mais simplement une partie du corps de son père (la jambe) manipulé par la mère. Le père, dominé par son épouse, avait une jambe de bois et la mère avait à toutes fins pratiques remplacé la jambe de bois de son mari par sa fille vivante. La mère parvenait ainsi à réduire une situation triangulaire à une relation à deux personnes, puisque la fille formait un bloc fusionnel avec le père, tous deux étant soumis aux désirs de la mère. La patiente change régulièrement de tenue vestimentaire pour les séances d'analyse. Elle se présente un jour avec un accoutrement particulier; elle revenait d'une visite chez ses parents et portait la veste de son père sous l'écharpe de laine de sa mère. La patiente avait pour ainsi dire mis ses parents «sur son dos» tout en les réduisant à des choses, mais en les séparant clairement. La patiente aboutit à une situation triangulaire dans laquelle la mère n'était plus vécue comme persécutrice et menaçante et le père était intégré dans sa fonction de protection et différencié de la mère. La patiente ne faisait plus un bloc indifférencié avec le père et distinguait également la mère du père. À partir de ce moment, un changement intervint dans la vie de la patiente : alors qu'elle était frigide et refusait d'avoir un enfant, elle accepta par la suite d'avoir des relations sexuelles et d'être enceinte.

Le passage du corps ressenti au corps reconnu représente une étape importante dans le développement humain. La formulation bon-mauvais, se référant à l'état du corps, implique une échelle de valeurs et se rattache aux premières expériences de relation entre la mère et l'enfant. Les sensations cénesthésiques de malaise ou de bien-être corporels peuvent être à l'origine de sentiments de culpabilité ou non. C'est dans la mesure où le corps reçoit une valeur bonne ou mauvaise dans la relation à autrui, par le contact ou par la parole, qu'il pourra également être perçu comme bon ou mauvais par le sujet lui-même. Le corps qui par exemple se ressent comme bon à la chaleur ou au contact sera désigné comme bon par le sujet parce que la mère lui attribue la valeur «bon» dans cette relation interpersonnelle. Le corps tel que ressenti par le sujet est étroitement lié au corps tel que reconnu par l'autre. L'accession à une loi, à un ordre (le symbolique) se produit dans la mesure où le corps est *reconnu* par autrui et *ressenti* par soi-même; en effet, les deux aspects sont essentiels : le corps peut être considéré dans ses relations aux autres êtres humains ou se référer seulement à une manière d'être qui ne concerne que lui-même. Le développement normal du sujet permet de fonder l'image du corps pour soi sur l'image du corps pour autrui. Une image du corps intégrée suppose un corps ressenti qui sera également reconnu par autrui (cf. le désir de l'Autre). Le corps ressenti et le corps reconnu sont détruits dans la psychose marginale, alors que dans la psychose nucléaire, il est impossible d'étudier ces aspects, puisque le corps n'existe plus comme entité : il ne peut dès lors être ques-

tion de ressentir ou de faire reconnaître le corps propre.

LA MISE EN MOUVEMENT DU TRAITEMENT

Nous reprenons maintenant deux exemples cliniques présentés par Pankow pour montrer comment elle articule, dans le contexte du traitement, les différentes notions expliquées. L'analyse permet d'étudier comment le patient se situe dans son corps et le situe par rapport à autrui.

1) *L'arbre et la colombe* (Pankow, 1969). Il s'agit d'un cas de psychose hystérique. Une femme âgée de trente-cinq ans présente différents symptômes depuis un an et demi : elle se dit fatiguée et est continuellement couchée au lit ou sur un divan; elle fait des crises de tremblement; elle ne quitte la maison qu'accompagnée parce qu'elle craint de faire une chute dans la rue; elle se plaint de violents maux de tête; elle a l'impression par moments de marcher «dans le brouillard, dans les nuages»; elle perd le contrôle d'elle-même à la moindre irritation; elle fait des crises de colère où elle voudrait «tout casser» ou tuer ses enfants; elle ressent la plupart du temps ses jambes comme paralysées. La patiente a deux enfants, âgés respectivement de sept ans et de un an et demi; elle a eu deux enfants mort-nés, six et quatre ans plus tôt et une fausse couche, cinq ans auparavant. Le tableau clinique est manifestement de nature hystérique, avec des symptômes de conversion, mais le caractère plus sévère de l'affection apparaît pendant la cure où la patiente développe un délire hystérique.

La patiente raconte son histoire à la première séance; elle couvre l'analyste sous un flot de paroles; elle semble dépassée par tout ce qu'elle a vécu dans son corps; elle parle longuement de ses enfants mort-nés et de sa fausse couche qui ont été des événements pénibles à vivre; elle parle beaucoup de pertes de sang. Les médecins consultés avaient donc conclu à un état d'épuisement physique dont l'origine serait la perte de ses enfants. Pankow l'invite à revenir et, si elle en a envie, à lui faire un modelage.

La patiente, à la deuxième consultation, apporte deux travaux de modelage : un arbre vert et une colombe verte.

Pankow donne la description suivante du premier modelage : «L'arbre a onze centimètres de hauteur; sept branches, telles des tentacules, sortent du tronc relativement gros, comme d'un moyeu de roue. Seule la plus longue de ces branches a une ramification; toutes les autres sont lisses, aucune ramification et aucune feuille, mais on peut observer dans les sept branches un mouvement analogue à celui d'une roue tournant sur elle-même pour revenir à son point de départ. (...) La «belle forme» des branches a été obtenue en enroulant très soigneusement la pâte autour d'un fil de fer. La masse de la pâte n'est donc pas homogène; un matériau étranger, le fil de fer, a dû être utilisé (Pankow, 1969, 50).

Le modelage peut être interprété comme un langage du corps contenant un message adressé à l'analyste; il exprime à la fois comment la patiente habite son corps, et comment elle le ressent par rapport à l'analyste et à autrui en général. La forme de l'arbre est dépouillée; les branches nues et brisées peuvent représenter la vie brisée de ses trois enfants morts; par ailleurs, la patiente elle-même ressent son corps sous une forme raidie. Le fil de fer a été rajouté à l'arbre comme un matériel hétérogène, ce qui peut s'interpréter ainsi : la patiente vit, comme corps étranger, dans un autre corps ou ressent un corps étranger dans le sien (enfant mort).

Le second modelage a trois centimètres de hauteur et représente, selon la patiente, «une colombe qui porte une perle dans son bec». Pankow lui demande de raconter une histoire dans laquelle ces deux éléments, la colombe et la perle, jouent un certain rôle, une histoire dramatique, pleine d'actions riches et extraordinaires. La patiente raconte : «Une colombe vole sur une jeune fille et veut lui arracher son collier de perles. Un homme veut empêcher la colombe. L'oiseau lui arrache un oeil. La jeune fille se met à crier. Là-dessus, le fiancé de la jeune fille arrive et croit que l'homme a attaqué sa fiancée. Il tue l'homme et part avec la jeune fille.» Pankow demande : «Qu'est devenu le corps de l'homme mort?» en vue de liquider les sentiments de culpabilité reliés à la présence du mort. La patiente surprise ajoute : «Un lion est venu et l'a mangé». Pankow : «Qu'est devenu le corps de l'homme dans le lion?» La patiente se dit capable de faire digérer le corps de l'homme par le lion et de préparer avec les excréments «des engrais pour la terre» (relation vie-mort).

L'histoire racontée mentionne à trois reprises un combat (colombe-jeune fille; homme anonyme-colombe; fiancé-homme anonyme). L'histoire traduit la présence de l'angoisse d'être agressée ou détruite et également d'un désir de mort, à mettre en rapport avec le vécu de la patiente : la perte des trois enfants. Les réponses aux questions de l'analyste indiquent que l'homme mort ne peut être enterré purement et simplement; un autre animal entre en jeu : le lion dévore le mort, traduisant le même thème, tuer-être tué. Pankow mentionne que le matériel apporté donne accès à l'hystérie de la patiente par le biais de l'identification avec les animaux et les hommes et est de l'ordre d'un délire paranoïaque de persécution (thème de dévoration, introduction factice d'un lion).

La patiente rapporte spontanément un rêve à la troisième séance. «J'avais plusieurs corps. L'un des corps voulait tuer mon enfant. Non, plutôt vous. Je voulais vous battre (un silence). Je vous déteste. J'ai dit aujourd'hui des grossièretés. Crotte, je dis merde (un temps d'arrêt). Cette nuit, j'ai pensé à l'arbre que j'avais modelé : il me rappellait mes enfants morts. Cette nuit, je me suis serrée très fort dans les bras de mon mari. J'ai déchiré quelque chose de vieux. Cette nuit, je suis devenue femme (un silence). Je vous déteste (un silence). Le monde entier peut m'emmerder. Bon, maintenant ça va mieux. Je ne vais pas devenir folle. À midi, j'ai mangé, sans sentir de brouillard» (Pankow, 1969, 52-53). Pankow rappelle à la patiente qu'elle parlait de plusieurs corps et celle-ci continue : «Oui, j'avais plusieurs dos (un silence). Depuis hier, je pense que c'est normal de faire l'amour avec un homme. Je déteste les femmes. Toute ma vie, on m'a tenue dans une couveuse. C'est comme si je vivais par ma mère. Maintenant, je vis par mon mari. Suis-je un monstre? Ce brouillard, ces nappes de brume devant mes yeux doivent disparaître».

Le rêve peut être interprété comme un message qui encore une fois nous révèle comment la patiente habite son corps et comment elle le situe dans ses rapports interhumains. La patiente se sent vivre dans plusieurs corps : un corps vit par son mari, et l'autre par sa mère; un changement apparaît : quelque chose a été déchirée et la patiente ressent qu'elle a le droit d'être femme dans les bras d'un homme. L'image d'un corps multiplié montre comment la patiente vit dans son corps : elle est encore partie du corps d'un autre, c'est-à-dire pas encore capable de vivre seule dans sa propre peau; elle n'a pas encore de corps, mais fait partie d'un corps. Par ailleurs, l'image du corps multiplié donne accès aux relations avec autrui : une participation positive au corps de l'homme se fait par le biais du corps du mari, tandis qu'un retour dans le corps de la femme, ressenti comme «couveuse», se fait par l'intermédiaire de la mère.

La suite du traitement dura au total deux ans et demi; pendant près d'un an, elle a fait apparaître un délire hystérique important, mais développé uniquement pendant les séances. Pankow en donne un résumé. La patiente voulait battre l'analyste et les femmes; elle dirigeait ses agressions vers son propre corps, mais elle visait en fait le corps de sa belle-mère et de sa mère. La patiente n'a pu atteindre son mari qu'en détruisant, dans ses rêves, le corps de sa belle-mère, parce que celle-ci avait «dévoré» son fils afin de le garder pour elle seule; elle a également pu retrouver dans le ventre de sa propre mère, le père, homme faible, que celle-ci avait totalement absorbé. Le père ne remplissait pas son rôle, et la patiente, dans son délire, avait transformé son monde vécu pour occuper la place du père (identification).

2) *La chaîne rouge* (Pankow, 1969). Il s'agit d'un cas d'état hallucinatoire chronique. Une patiente âgée de cinquante-deux ans entend des voix depuis plusieurs années et raconte son histoire antérieure à la première entrevue. Elle a épousé civilement un homme à l'âge de vingt-huit ans, mais s'est séparée quelques heures après le mariage sans jamais avoir cohabité avec lui. Elle s'est seulement remariée à l'âge de quarante-cinq ans; même si entre-temps elle a fait connaissance de plusieurs hommes, elle est restée vierge. Elle se plaint d'entendre du matin au soir la voix d'un agent de police qui parle constamment et répète en écho tout ce qu'elle fait. Pankow demande : «À quelle occasion particulière cette voix a-t-elle parlé pour la première fois?» La patiente explique que son mari avait accepté de garder dans leur maison une remorque d'automobile confiée par un de ses amis. La patiente avait beaucoup insisté pour que la maison soit enfin débarrassée de ce «vieux meuble». C'est à partir du jour où la remorque fut enlevée que l'agent de police, habitant la maison voisine, avait commencé à parler. La patiente a l'impression que la police fran-

çaise la connaît et surveille ses moindres faits et gestes. Pankow fait comprendre à la patiente qu'il serait important de réfléchir au fait qu'il n'existe pas pour elle d'autre possibilité de vivre que cette relation avec la voix d'un homme qu'elle ne connaît pas personnellement, et elle demande à la patiente de modeler quelque chose pour elle tous les jours – tout simplement ce qui lui viendra à l'esprit – et de l'apporter à la séance suivante.

L'histoire de la patiente permet de soulever des hypothèses. Ce n'est peut-être pas par hasard si la patiente a entendu la voix de l'agent de police pour la première fois le jour même où l'on se débarrassa du vieux meuble (la remorque d'auto) qui appartenait à une famille que connaissait son mari; la patiente ne peut posséder un foyer qui soit exclusivement à elle seule qu'*au prix de* l'instauration d'une psychose; la voix semble prendre la place de la famille étrangère qui s'était installée dans sa maison sous forme d'un «vieux meuble». La même observation peut être faite à propos du corps de la patiente : comment habite-t-elle dans son corps, et comment le situe-t-elle vis-à-vis d'autrui? Le corps est vécu comme s'il était composé de deux parties hétérogènes : une partie qui lui appartient en propre et qui correspond au foyer de la patiente, et une partie étrangère représentée par un vieux meuble et la voix venue de l'extérieur. La faille dans l'image du corps de la patiente est entrée dans son histoire personnelle, selon les lois régissant les relations humaines (choisir un homme, être désirée).

La patiente apporte, à la deuxième séance, un modelage : «Une sorte de natte tressée de trois cordons en pâte à modeler rouge, les trois cordons tressés «à l'envers». Cette tresse a vingt centimètres de long, de deux à quatre centimètres d'épaisseur, et elle est symétrique à ses deux extrémités. Les trois cordons s'écartent en des directions différentes et portent à leur surface trois incisures; à l'endroit où les trois cordons se croisent pour la première fois et où commence le motif natté, se trouve une pièce transversale, également marquée de trois incisures» (Pankow, 1969, 96). La patiente raconte que, lorsqu'elle avait sept ou huit ans, un homme étranger venait toujours à la maison lorsque son père s'absentait pour des voyages d'affaires et qu'elle avait compris à ce moment ce que venait faire cet homme chez sa mère. La patiente avait senti que sa mère lui avait ôté son affection à cause de son attachement à cet homme. Après un long moment de silence et d'anxiété, elle se souvient soudain d'un événement oublié depuis longtemps. Une nuit, elle fut réveillée par un bruit dans la maison. Elle s'était levée et avait rencontré sa mère les mains couvertes de sang, puis elle entendit les coups de feu de la police et sa mère avait été emmenée les mains enchaînées. Il s'agit de la nuit où le père et la mère, afin de sauver l'honneur, avaient voulu se débarrasser de l'amant de la mère : ils lui avaient fourré des serviettes dans la bouche et avaient essayé de le mettre dans un tonneau pour l'étouffer. L'homme, en se débattant, s'était libéré et il saignait. Pankow montre à ce moment le modelage de la patiente et lui dit : «Eh! bien, voici la chaîne avec laquelle on avait enchaîné votre mère. Elle est rouge comme le sang qu'elle avait sur les mains.» La patiente fournit d'autres détails de son histoire. Les parents ne s'entendaient pas; le père était pourtant resté à la maison jusqu'à ce que la patiente eut atteint l'âge de vingt et un ans. Le frère cadet de la patiente était l'enfant que sa mère avait eu de l'amant. Le père avait dès lors forcé la mère à tuer l'amant en lui disant : «Si tu m'aides à le tuer, tu garderas ton honneur et les enfants le garderont aussi.»

La chaîne rouge donne accès à l'image du corps de la patiente; le modelage indique à la fois comment la patiente vit dans son corps (si on le considère d'après sa forme) et comment la patiente situe son corps dans les relations humaines (si on le considère d'après son contenu).

Le modelage exprime le corps tel qu'il est vécu : la chaîne, que sa mère avait aux mains après la tentative d'assassinat, devenait une partie intégrante du corps de la patiente. La chaîne s'ajoute, en tant que partie hétérogène, au corps propre de la patiente qui se compose de deux parties, tout comme la maison au début de son (second) mariage lorsque la patiente y trouve encore un meuble provenant d'un autre foyer. La relation des deux parties hétérogènes est tellement étroite qu'une séparation n'est plus possible : la perte d'une partie est compensée par l'apparition d'un substitut venu de l'extérieur. Lorsque la patiente se débarrasse d'un meuble étranger, la voix de l'agent la poursuit sans cesse; la chaîne rouge correspond dans l'image du corps au meuble en tant que «corps étranger». Pankow apprendra à la troisième séance que la patiente était transformée et que l'agent parlait beaucoup moins. Dès lors, elle

se demande : «Est-ce un hasard, si cette voix parle donc moins depuis que, la malade ayant fabriqué cette chaîne en pâte à modeler, nous l'avons poussée vers la malade à la fin de la séance, comme étant «sa chaîne?» (Pankow, 1969, 101)

Le modelage donne également accès aux relations humaines. La patiente se trouve tellement «enchaînée» qu'elle ne pourra pas dans le cours ultérieur de sa vie, rencontrer un homme. La patiente avait défendu à son propre corps de devenir un corps de femme lorsque, au cours de l'enfance, elle ne se sentit plus aimée par sa mère. La patiente se punissait, à la place de sa mère, en perdant son sexe féminin. Chaque fois qu'un homme au cours de sa vie faisait appel à la femme en elle, son corps se trouvait entravé par des chaînes (cf. fuite après le mariage civil, refus face aux propositions de mariage, mariage avec un homme socialement inférieur). La patiente reste prise dans une situation à deux (relation duelle avec la mère) de sorte que la troisième personne (un homme prenant le relais du père) ne peut être introduite dans la relation. Le modelage de la chaîne rouge, par le biais de la symbolique du chiffre trois, prépare le retour de la relation à trois (génitalisation) dans l'histoire de la patiente. Lorsqu'on compare les différentes formes sous lesquelles la patiente verbalise la situation à trois, on obtient d'une part mère - amant - père et d'autre part mère - amant - patiente; ceci indique que la patiente peut se charger du rôle du père et dès lors avoir un rôle bisexuel : se punir, à la place de la mère, en se coupant de son sexe de femme et dès lors de l'accès au sexe de l'homme.

Pankow a rencontré cette patiente à six reprises après les deux séances initiales, soit pendant deux mois, et celle-ci a été libérée de ses sensations hallucinatoires chroniques après ce traitement exceptionnel bref.

LES ASPECTS TECHNIQUES DE L'ANALYSE

Pankow introduit différentes variantes dans la cure-type pour adapter cette dernière aux patients psychotiques; malgré ces innovations, il faut remarquer que les principes fondamentaux de la psychanalyse classique sont maintenus (associations libres, transfert, résistance, etc.). Les modifications apportées par Pankow ne sont pas le fruit de sa fantaisie personnelle, mais sont indispensables pour permettre le traitement du psychotique et respectent rigoureusement l'esprit de la psychanalyse freudienne.

Face à face et divan. Pankow laisse le patient psychotique libre à l'égard du divan, s'il refuse de s'étendre; elle invite le patient à s'installer sur le divan seulement une fois que les limites corporelles (fonction de forme) sont stabilisées; il n'est donc pas question de forcer les patients trop fragiles, comme les schizophrènes, qui peuvent avoir des fantaisies de fusion ou de morcellement. L'analyse peut débuter par une série de séances face à face. Pour les patients dont les limites corporelles sont plus assurées, l'utilisation du divan devient possible plus rapidement après les séances où sont utilisés les dessins et les modelages pour établir le transfert. Il s'agit de respecter le rythme du patient pour déterminer le nombre de séances par semaine; il peut varier de trois séances, et même plus, par semaine à une séance aux deux semaines, tout dépend de la gravité du cas.

Tranquillisants et hospitalisation. Pankow soutient que pour certains patients les neuroleptiques peuvent apporter une aide efficace à la psychothérapie; les deux modes de traitement ne doivent pas être considérés comme s'excluant mutuellement. En effet, chaque sensation corporelle reconnue, chaque parcelle ressentie à nouveau, particulièrement dans le cas de la schizophrénie, est quelque chose que l'on conquiert sur le processus de la psychose. Le recours à l'hospitalisation ne doit pas être exclu à priori et est indiqué momentanément, lorsque les états de dissociation mettent la vie du patient ou celle de son entourage en danger; dans ce cas, Pankow recourt toujours à des médecins psychiatres et à des cliniques d'orientation psychanalytique pour assurer une continuité et une cohérence dans le traitement.

Traitement autogène. Pankow propose régulièrement aux patients psychotiques des séances de training autogène en leur expliquant qu'il s'agit d'exercices de détente, de relaxation, et en les invitant à les poursuivre à domicile. Elle a apporté des modifications à cette technique pour l'adapter aux grands patients psychotiques et même psychosomatiques; elle indique avoir tenu Schultz lui-même au courant des modifications apportées (avant la mort de ce dernier), et celui-ci aurait approuvé ces adaptations nécessaires.

Chez les personnes droitières, elle commence par la main gauche (l'inverse, chez les gauchers) et elle laisse découvrir par les patients eux-mêmes la sensation de lourdeur dans la main gauche posée sur le divan, puis, en montant, la lourdeur de l'avant-bras jusqu'à l'épaule. Le patient fait ensuite quelques mouvements du bras. Après quoi, on agit de la même manière avec le bras droit, en prenant conscience de la lourdeur, toujours en remontant de la main jusqu'à l'épaule. Le patient fait encore une fois quelques mouvements avec le bras droit. Finalement, on fait le même exercice avec les deux bras, des extrémités jusqu'en haut, et le patient termine en remuant les deux bras. Par la suite, dans une séance ultérieure, le patient peut découvrir la lourdeur de la jambe gauche, puis celle de la jambe droite, et finalement des deux jambes réunies. Il faut noter que contrairement à l'usage courant, Pankow ne donne aucun ordre suggestif (mon bras, ma jambe est lourde), mais qu'elle invite simplement les patients à découvrir par eux-mêmes la sensation de lourdeur. Pankow utilise le training autogène de façon systématique pour que le patient retrouve son corps comme corps habité, pour faire sentir la lourdeur d'abord dans les membres supérieurs et inférieurs, et ensuite dans le corps entier, en centrant l'exercice sur la région lombaire, la région cervicale, etc.[5]

Test d'aperception thématique (T.A.T.). Pankow utilisait auparavant les planches du T.A.T. (Morgan et Murray) pour favoriser la fantasmatisation du patient. Elle faisait verbaliser le patient sur les planches alors qu'il était dans l'état de détente produit par le training autogène. Et par la suite, quelques jours plus tard, elle confrontait le patient à sa propre parole alors qu'il était encore une fois en état de relaxation, en lui lisant ce qu'il avait dit par rapport à quelques planches qui lui semblent à elle contenir le matériel le plus significatif et le plus efficace. Les auteurs du T.A.T. ont d'ailleurs mentionné que cette épreuve projectile pouvait être utilisée comme point de départ pour la psychothérapie, sans cependant en avoir indiqué la technique. Malgré les succès obtenus dans l'utilisation du T.A.T. comme méthode d'associations libres, Pankow a abandonné cette technique par la suite, au profit du modelage principalement et du dessin accessoirement.

Pankow mentionne que la méthode des greffes de transfert à partir du T.A.T. ne donne aucun résultat en cas de délire chronique schizophrénique, car le T.A.T. suppose la reconnaissance des formes dans la dialectique entre tout et parties (fonction de forme). Le T.A.T. est seulement utilisable lorsque la reconnaissance de la totalité du corps avec ses limites est encore possible, comme par exemple dans les psychoses marginales, alors que seule la fonction de contenu de l'image du corps est atteinte.

Dessins et modelages. Pankow demande au patient d'acheter de la pâte à modeler de couleurs différentes, de même qu'un cahier et des crayons de couleur, et de modeler ou de dessiner chaque jour quelque chose; elle invite le patient à faire des productions pour elle, l'analyste, et de faire tout simplement quelque chose selon son gré, selon ce qui lui passe par la tête (associations libres). Le patient doit apporter les modelages ou les dessins à l'analyste. Pankow peut également procéder autrement en proposant au patient, pendant les séances d'analyse, de prendre de la pâte à modeler qui se trouve sur une table dans son bureau et de faire quelque chose pour elle.

Au début de sa carrière, devant la production d'une partie du corps (par exemple la tête d'un chien ou un soulier), Pankow demande au patient s'il pouvait compléter le modelage. Par la suite, elle a abandonné cette technique pour se limiter à la parole à partir du modelage en demandant : «À qui pourrait appartenir la tête? – Si vous étiez chien, que feriez-vous?» Il est possible de la sorte de compléter le modelage, de façon verbale, et de le situer dans un environnement, dans une relation.

Rêve éveillé. Pankow favorise les associations libres du patient à partir du modelage ou du dessin, en l'invitant à faire une sorte de rêve éveillé. Elle demande au patient de raconter une histoire dramatique, pleine d'actions et de fantaisies incluant le dessin ou le modelage. Elle peut également inviter le patient à raconter une histoire concernant le destin, l'évolution de l'objet représenté, du moment présent jusqu'à sa disparition ou sa destruction. Une telle histoire permet de toucher aux thèmes de la mort et de la perte de l'objet, et de libérer les fantaisies agressives et les sentiments de culpabilité. Les diverses productions, modelages, dessins, rêves éveillés, associations libres, ont pour fonction de créer un phantasme structurant concernant l'image du corps. Ces diverses productions permettent non seulement de réparer la faille dans la dynamique du

corps vécu, mais aussi de retrouver une partie importante de l'histoire du patient, de réparer la faille dans les relations interhumaines.

Rencontre des parents. Lorsque Pankow prend en analyse un patient schizophrène, elle rencontre autant que possible les parents afin de mieux saisir comment les zones de destruction dans l'image du corps correspondent aux zones de destruction dans la dynamique familiale. Elle procède de la façon suivante. Elle rencontre d'abord trois fois la mère d'un schizophrène avant de rencontrer le patient lui-même. Pendant la première entrevue, elle se contente d'écouter; pendant la deuxième consultation, elle essaie d'élaborer les relations de la mère à ses propres parents; pendant la troisième rencontre, elle essaie de saisir la situation existant au moment de la conception de l'enfant (le désir d'avoir un enfant). Après avoir rencontré la mère, Pankow rencontre le patient, trois fois également. Ensuite seulement, elle voit le père avec lequel elle aborde les mêmes thèmes qu'avec la mère. C'est à ce moment qu'elle décide de commencer le traitement du patient schizophrène.

Pankow indique aux parents qu'ils ont le droit de lui téléphoner s'ils ont des questions ou des angoisses particulières, ou s'ils ne comprennent pas ce qui se passe au cours du traitement de leur enfant malade; dans ce cas, elle peut leur donner des rendez-vous. La mise en marche d'une psychothérapie analytique des schizophrènes a comme condition préalable ce contact avec les parents. Quand les parents d'un schizophrène sont capables de renoncer à leur attachement infantile à leurs propres parents, et quand ils acceptent de se séparer de leur enfant, ils peuvent devenir véritablement des parents eux-mêmes; c'est seulement à ce moment qu'ils peuvent se permettre eux-mêmes d'exister de façon autonome et qu'ils peuvent reconnaître leur enfant comme quelque chose qui n'est plus eux-mêmes. Pankow rejoint la pensée de plusieurs cliniciens qui affirment que la schizophrénie apparaît à la troisième génération d'une histoire familiale et que le schizophrène doit être considéré en relation avec ses propres parents, et même ses grands-parents paternels et maternels. Pankow propose la formule : «Pour les parents d'un schizophrène, il n'est pas permis d'avoir un enfant qui soit un fruit; pour un schizophrène, il n'est pas permis d'exister» (Pankow, 1977, 10).

Vacances et correspondance. Pankow demande à certains patients, surtout les schizophrènes, de lui écrire une fois par semaine pendant les vacances, pendant l'interruption temporaire du traitement. Ce moyen permet au patient de rester en contact avec l'analyste et de se rassurer en vérifiant son existence. L'expérience a prouvé que le premier signe de vie était donné au bout de deux ou trois semaines, et qu'après une brève réponse de sa part, l'analyste ne recevait presque jamais d'autres lettres.

La méthode de structuration dynamique de l'image du corps comme traitement de la psychose se caractérise par différents aspects originaux : – l'utilisation d'un matériel non verbal (modelages, dessins) en tant qu'associations libres fournies par le patient; – la place privilégiée accordée à l'image du corps pour analyser les productions faites par le patient et ses relations à autrui; – la mise en parallèle des zones de destruction du corps avec les aspects du dysfonctionnement dans la famille du patient; – le concept de forclusion défini non plus en termes linguistiques, mais en termes de représentation, de symbolisation, en tant que destruction de l'image du corps; – l'élaboration d'une méthode pour établir le transfert en greffant un élément tiers à l'intérieur de la relation patient-analyste; – l'introduction de la distinction de deux fonctions de l'image du corps qui ne peut plus être comprise comme un concept global; – l'intégration d'éléments techniques originaux dans l'analyse de la psychose qui la différencie clairement de la cure-type valable pour la névrose; – la dissociation redéfinie selon les deux catégories fondamentales de psychose : nucléaire et marginale.

Ces différentes innovations permettent de considérer l'oeuvre de Pankow comme un apport considérable à la pratique et à la théorie concernant la psychose. Le foisonnement des idées théoriques et des cas cliniques dans les textes de Pankow empêche parfois le lecteur d'en faire une synthèse et de réaliser qu'il se trouve devant une oeuvre essentielle qui mérite de figurer à côté des grands noms dans le domaine de l'étude et du traitement de la psychose[6]. La psychothérapie des psychoses est parfois dévalorisée en raison du peu de succès qu'elle rencontrerait. Il en est peut-être ainsi parce que nous n'avons pas encore appris à être des psychothérapeutes efficaces qui ont développé une compréhen-

sion théorique profonde de la psychose et une approche technique spécifique pour la prendre en charge. Les travaux de Pankow nous fournissent dans ce sens les instruments théoriques et techniques nécessaires pour une véritable psychothérapie des psychotiques.

NOTES

1. Le lecteur pourra, tout au long du présent article, être hanté par la question des rapports entre les travaux de Lacan sur la psychose (1966, 1981) et l'approche originale de Pankow; il est clair qu'il existe des correspondances et des divergences. André (1983) propose une relecture lacanienne d'un cas présenté par Pankow pour démontrer «la cohérence de la pratique de Pankow, dans les grandes lignes en tout cas, avec l'enseignement de Lacan»; il ajoute même que le décryptage à partir d'une grille lacanienne permet d'éclairer les thèses et les pratiques de Pankow «au point que tout s'y articule avec une logique impeccable» (André, 1983, 21).
2. Les articles de Marazzani (1981) et Jobin (1981) permettent de préciser le sens des deux fonctions de l'image du corps. La fonction de forme est liée au moi et à sa spatialisation et rejoint les notions de délimitation, d'enveloppe, de frontière, de contenant; la fonction de contenu se réfère à l'investissement des parties du corps d'une personne, au sens que prennent ces parties pour elle et à ses relations objectales. Les auteurs font l'hypothèse que le contenu se rattache aux stades oral et anal, se construit par le versant *introjectif* de l'identification et représente la dimension viscérale, *éprouvée* du corps, alors que la forme se rattache au stade du miroir et au stade phallique, se construit par le versant *projectif* de l'identification et représente la dimension visuelle, voire auditive, et *reconnue* par autrui du corps.
3. Pankow reprend le concept de psychose hystérique méconnu dans le contexte anglo-saxon; cette entité clinique a été promue par certains auteurs français (Follin, Chazaud et Pilon, 1961), mais a entraîné une vive controverse (Chazaud, 1981; Maleval, 1978, 1977). Hollender et Hirsh (1964, 1969) de même que Bishop et Holt (1980) font une intéressante revue de la question.
4. Nous avons nous-mêmes repris la question du rapport entre la psychose et la transitionalité dans des textes récents (Pelsser, 1981, 1982). Nous avons montré que le psychotique ne parvient pas à se situer dans le registre transitionnel, à faire comme si ou à faire semblant, soit qu'il se situe en deçà du transitionnel, incapable d'entrer dans le rôle à jouer, soit qu'il se situe au-delà du transitionnel, se confondant totalement avec le rôle joué.
5. Il faut noter comment Pankow adapte le training autogène de façon personnelle. Le training autogène avec les patients psychotiques se révèle moins menaçant s'il se limite à la lourdeur et à la chaleur des bras et des jambes. Les psychotiques risquent facilement d'être pris de panique en interprétant de façon délirante des sensations corporelles induites par les exercices des rythmes cardiaque et respiratoire et du plexus solaire. La relaxation progressive de Jacobson offre plus de sécurité à la fois parce qu'elle est uniquement centrée sur la contraction et la décontraction musculaires et parce qu'elle se base sur des consignes plus encadrantes et plus structurées. Le training autogène pour sa part favorise beaucoup plus les «associations libres» corporelles globales.
6. Le style d'approche de la psychose élaboré par Pankow peut se retrouver dans certains textes de Dolto (1949, 1950, 1961) chez laquelle celle-ci a d'ailleurs été en formation, de même que dans l'ouvrage de O'Dwyer de Macedo (1977) qui analyse un cas à partir d'un schème de référence inspiré de Pankow. Le lecteur pourra recourir à ces textes pour approfondir sa compréhension de l'oeuvre de Pankow centrée sur le concept d'image du corps.

RÉFÉRENCES

Nous retenons, en ce qui concerne Pankow, uniquement les ouvrages reprenant ses principaux articles, et les articles en langue anglaise.

ANDRÉ, S., 1983, Valérine. Un cas de Gisela Pankow, *Quarto* (La Cause Freudienne de Belgique), VIII, 5-21.

BISHOP, E.R. Jr., HOLT, A.R., 1980, Pseudopsychosis : A Reexamination of the Concept of Hysterical Psychosis, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 21, n° 2, 150-161.

CHAZAUD, J., 1981, A propos du concept de «psychose hystérique», *L'Information Psychiatrique*, vol. 57, n° 1, 47-53.

DOLTO, F., 1949, Cure psychanalytique à l'aide de la poupée-fleur. *Revue Française de Psychanalyse*, t. 13, n° 1, 53-69.

DOLTO, F., 1950, À propos des poupées-fleurs, *Revue Française de Psychanalyse*, t. 14, n° 1, 19-41.

DOLTO, F., 1961, Personnologie et image du corps, *La Psychanalyse*, 6, 59-92.

FOLLIN, S., CHAZAUD, J., PILON, L., 1961, Cas cliniques de psychoses hystériques, *L'évolution Psychiatrique*, t. 26, n° 2, 257-286.

HOLLENDER, M.H., HIRSH, S.J., 1964, Hysterical Psychosis, *Amer. J. of Psychiatry, 120*, 1066-1074.

HIRSH, S.J., HOLLENDER, M.H., 1969, Hysterical Psychosis. Clarification of the Concept, *Amer. J. of Psychiatry, 125*, 81-87.

JOBIN, J.G., 1981, L'obèse et sa dynamique, *Revue québécoise de Psychologie*, vol. 1, n° 2, 62-76.

LACAN, J., 1966, D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose, In *Écrits*. Paris, Le Seuil, 531-583.

LACAN, J., 1981, *Les psychoses (Le séminaire. Livre III)*, Paris, Le Seuil.

MALEVAL, J.C., 1978, Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié, *L'Évolution Psychiatrique*, t. 43, n° 4, 691-739.

MALEVAL, J.C., CHAMPANIER, J.P., 1977, Pour une réhabilitation de la folie hystérique, *Annales Médico-Psychologiques*, t. 2, n° 2, 229-272.

MARAZZANI, M.H., JOBIN, J.G., 1981, Image corporelle et ergothérapie, *Revue Canadienne d'Ergothérapie*, vol. 48, n° 1, 13-18.

O'DWYER DE MACEDO, H., 1977, *Ana K., Histoire d'une analyse*, Paris, Gauthier-Villars.

PANKOW, G., 1956, *Structuration dynamique dans la schizophrénie*, Berne, Huber.

PANKOW, G., 1961, Dynamic Structuration in Schizophrenia, in Burton, A. (ed.) *Psychotherapy of Psychoses*, New York, Basic Books, 152-171.

PANKOW, G., 1969, *L'homme et sa psychose*, Paris, Aubier-Montaigne.

PANKOW, G., 1974, The Body Image in Hysterical Psychosis, *International Journal of Psycho-analysis*, vol. 55, n° 3, 407-414.

PANKOW, G., 1977, *Structure familiale et psychose*, Paris, Aubier-Montaigne.

PANKOW, G., 1980, Rejection and Identity, *International Review of Psycho-analysis*, VIII, 3, 319-325.
PANKOW, G., 1981, *L'être-là du schizophrène*, Paris, Aubier-Montaigne.
PANKOW, G., 1981, Psychotherapy of Schizophrenia : A Psychoanalytic Approach Employing the Concept of the «Body Image», in Dongier, M., Wittkower, E.D. (eds.) *Divergent Views in Psychiatry*, Hagerstown Md, Harper & Row, 161-187.
PELSSER, R., 1981, La psychose entre le dedans et le dehors, *L'Information Psychiatrique*, vol. 57, n° 1, 17-32.
PELSSER, R., 1982, Le transitionnel et le psychotique, *Bulletin de Psychologie*, vol. 35, n° 353, 333-339.
SECHEHAYE, M.A., 1947, *La réalisation symbolique*, Berne, Huber.
SECHEHAYE, M.A., 1950, *Journal d'une schizophrène*, Paris, P.U.F.
SECHEHAYE, M.A., 1954, *Introduction à une psychothérapie des schizophrènes*, Paris, P.U.F.

SUMMARY

The author presents a synthesis of the theoretical and clinical work of Gisela Pankow on psychosis. The reading of works of this psychoanalyst is fascinating for a number of reasons : she provides a detailed and lively look at numerous clinical cases, she accepted patients in analysis with whom other methods had failed. But this spectacular character may distract the reader from the essence of the work, which is an original theorizing and practical approach concerning psychosis. The resumé of the Pankow's theses is all the more necessary because the latter does not always take the time to present her works in a clear, organized fashion. The main contributions of Pankow are the following : the use of non-traditional techniques (face to face, drawings, models, family contacts) in the treatment of the psychotic, the redefinition of the concept of forclusion (Lacan) as a defense mechanism directly implying the body image. The present text may serve as an introduction to the reading of Pankow's works, by putting the ideas in order to a certain extent.

TRANSITIONS, n° 16, décembre 1983
Revue Internationale du Changement Psychiatrique et Social

Éditée par : L'AS.E.P.S.I.

Association pour l'Étude et la Promotion des Structures Intermédiaires, 55 Av. Mathurin Moreau, 75019, Paris, France. Tél. : 206.83.76.

Secrétaire de rédaction : J.-L. Zanda.

Rédacteur en chef : J.-F. Reverzy.

Comité de rédaction : J.-M. Antoine, J.-F. Dameron, M. Guyader, C. Lorin, E. Piel, C. Piguet-Reverzy, P. Pinay, P. Renaut, P. Sadoul, M. Serpaggi, B. Chouraqui.

Des Ressources ALTERNATIVES au QUÉBEC
Numéro conçu et réalisé par Jean-Marc Antoine

Sommaire :

- Éditorial.
- Remerciements aux personnes et aux organismes qui ont favorisé les échanges entre l'AS.E.P.S.I. et les Ressources Alternatives au Québec.
- Lettres ministérielles à propos des Alternatives et des échanges franco-québécois.
- Réflexion, critique et perspective sur la Santé Mentale au Québec.
- Des ressources Alternatives.
  - La Maison des Étapes, Montréal
  - Le "388", Québec
  - La Maison de Transition, Montréal
  - La Maison St-Jacques, Montréal
  - L'Entre-deux, Longueuil
  - Les Agents de Quartier, Québec
  - Autopsy, Québec
  - La Chrysalide, Montréal
  - La ferme St-Isidore, Québec
  - Le M.A.D.H., St-Hyacinthe
  - La Cordée, Sherbrooke
  - P.A.L., Montréal
  - Maison Vivre, Longueuil
  - L'Espoir, Longueuil
  - Solidarité-Psychiatrie, Montréal
  - La Maisonnée, Québec
  - La Maison Painchaud, Québec
  - La Maison de Transition, Hull

•••

- Boscoville. Qu'est-ce que c'est?
- Manifeste de l'AS.E.P.S.I.
- La littérature québécoise.
- L'Art au Québec.
- 1984, Paris. Premier congrès de psychiatrie sociale de langue française.

Prix du numéro, 70F + port 18 F. Chèque à l'ordre de Transitions.