Document généré le 17 juil. 2025 18:24

Santé mentale au Québec

Le concept de crise psychotique et son traitement psychanalytique
The Notion of Psychotic Crisis and its Psychoanalytic Treatment

France Turmel

Volume 16, numéro 2, automne 1991

Crise et intervention

URI : https://id.erudit.org/iderudit/032234ar
DOI : https://doi.org/10.7202/032234ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Turmel, F. (1991). Le concept de crise psychotique et son traitement psychanalytique. *Santé mentale au Québec*, *16*(2), 195–217. https://doi.org/10.7202/032234ar

Résumé de l'article

Les concepts de crise, d'intervention de crise, de centre de crise demeurent imprécis en ce qui concerne les psychoses. L'auteure souligne que, contrairement au champ psychiatrique qui vise la réduction des symptômes, la psychanalyse ne s'attarde pas à la phénoménologie de la psychose mais plutôt à la structure qui la sous-tend. Elle veut montrer, dans cet article, ce que le point de vue psychanalytique peut apporter de nouveau au concept même de crise et proposer un mode d'intervention spécifique à la situation de crise.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1991

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1991, XVI, 2, 195-218

Le concept de crise psychotique et son traitement psychanalytique

France Turmel*

Les concepts de crise, d'intervention de crise, de centre de crise demeurent imprécis en ce qui concerne les psychoses. L'auteure souligne que, contrairement au champ psychiatrique qui vise la réduction des symptômes, la psychanalyse ne s'attarde pas à la phénoménologie de la psychose mais plutôt à la structure qui la sous-tend. Elle veut montrer, dans cet article, ce que le point de vue psychanalytique peut apporter de nouveau au concept même de crise et proposer un mode d'intervention spécifique à la situation de crise.

Les concepts de crise, d'intervention de crise et de centre de crise demeurent souvent imprécis lorsqu'on aborde les problèmes émotionnels sévères comme les psychoses. Le champ psychiatrique définit la crise à partir d'une description de symptômes révélateurs d'une pathologie, en vue de l'établissement d'un diagnostic. Or, cette description d'une symptomatologie ne permet, selon nous, qu'un traitement orienté vers la réduction des symptômes. La psychanalyse, par contre, se démarque de ce mode de traitement: plutôt que de s'attarder à la phénoménologie de la psychose, elle s'intéresse à la structure qui la sous-tend.

La réflexion que nous engageons dans ce texte vise à montrer ce que le point de vue psychanalytique peut apporter de nouveau au concept même de crise. Cet article propose également un mode d'intervention spécifique de la crise à partir de ce que nous avons développé au Centre psychanalytique de traitement des psychoses, le «388»[1].

* L'auteure est psychiatre au Centre psychanalytique de traitement des psychoses: le «388», psychiatre au Centre hospitalier Robert-Giffard et psychanalyste, membre du GIFRIC, Québec.

Le concept général de crise

D'un point de vue historique, le concept de *crise* ne désigne pas une étape particulière dans un continuum de processus pathologiques profonds. Les termes de *crise* et d'*intervention de crise* ont plutôt été conçus pour décrire des périodes de rupture de l'équilibre émotionnel chez des individus ne présentant pas de pathologie mentale (Aguilera et Messick, 1976). Dans un tel contexte, la crise n'est pas nécessairement considérée comme pathologique: elle peut même constituer une étape de croissance personnelle. Elle prend aussi toute son ampleur à titre de *crise normative* dans les différentes étapes de la vie, comme par exemple, la crise d'adolescence dans les travaux d'Erikson.

On décrit habituellement la crise comme l'apparition brusque et inattendue de phénomènes désorganisateurs chez un individu ou, par extension, dans un système économique, politique ou social. La crise se manifeste de façon violente, soudaine et spectaculaire. Elle angoisse ceux qui la subissent, angoisse qui se propage fréquemment à l'entourage. L'état de crise peut être précipité par un événement émotionnel traumatisant, une maladie physique, ou un accident chez un individu habituellement en bonne santé physique et mentale.

En Amérique, Lindemann a fait œuvre de pionnier dans le domaine de la crise et de l'intervention de crise en décrivant, en 1944, la réaction de deuil chez les survivants d'un incendie et les étapes ayant mené à sa résolution (Lindemann, 1944). D'autres recherches ont permis depuis d'approfondir les réponses émotionnelles à différentes situations: crises sociales ou économiques, catastrophes naturelles, interventions chirurgicales, etc. Mais le principal auteur dans ce domaine est Caplan (1964) qui a défini la crise comme un moment où l'individu, ayant à atteindre un objectif important dans sa vie, fait face à un obstacle qu'il ne parvient pas à surmonter avec ses méthodes habituelles de résolution de problèmes. Il s'ensuit une période intense de désorganisation et de tension qui affecte le comportement général de l'individu. Cet état est transitionnel et son issue dépend de la façon dont l'individu traverse cette période. Il peut évoluer positivement et fournir à l'individu de nouveaux moyens de surmonter des crises ultérieures. Il peut aussi évoluer négativement vers des troubles d'adaptation plus sévères.

On retrouve chez presque tous les auteurs qui traitent de la crise l'idée que celle-ci est un point tournant, décisif. Étymologiquement, le mot crise vient du grec «krisis». Il apparaît d'abord dans le vocabulaire juridique, où il signifie «le moment de la sentence», puis il est utilisé dans le domaine médical (Bolzinger et al., 1970). Par ailleurs, le mot «krisis» peut être relié au verbe grec «krineim», qui se traduit par «juger

comme décisif» (Bloch et Wartburg, 1975). Dès lors, la crise signifie «la phase décisive» de la maladie et correspond au moment où la maladie peut évoluer vers une amélioration ou une détérioration.

La définition du concept de crise élaborée par Caplan a permis de concevoir divers modes d'intervention en situation de crise. Des critères généraux ont été établis pour le traitement. La résolution de la crise se fait à court terme, soit sur une période de quatre à six semaines. L'aide thérapeutique apportée doit être immédiate, intensive, et l'intervention du thérapeute est active. Les modalités de l'intervention peuvent aller de l'intervention de soutien à une thérapie fondée sur une compréhension psychodynamique, en général limitée, et, si possible, à une intervention dans le milieu social ou familial. En plus de l'action curative, on vise une action préventive grâce à l'identification du ou des facteurs prédisposants (Szmukler, 1987).

Le concept de crise en psychanalyse

En psychanalyse, la notion de crise diffère fondamentalement de celle définie dans le champ médico-psychiatrique qui se réfère à la phénoménologie, c'est-à-dire à une description des symptômes. Prenons par exemple les deux grands types de névrose: la névrose hystérique et la névrose obsessionnelle. D'une part, une dissociation de type hystérique peut très bien prendre la forme d'une crise psychotique avec manifestation d'idées délirantes et d'hallucinations. D'autre part, un individu souffrant d'une névrose obsessionnelle grave et n'arrivant plus à trouver du temps pour se conformer à des obsessions et à des rituels de plus en plus nombreux, peut présenter un état de mutisme et d'immobilisme: n'osant plus faire un pas, il demeure cloué au lit toute la journée et adopte une position de rigidité comparable à celle décrite dans les syndromes catatoniques.

D'un point de vue psychanalytique, on ne peut réduire la crise à sa phénoménologie, puisque celle-ci ne fait pas nécessairement état de la pathologie sous-jacente. La psychanalyse se réfère plutôt à ce qui sous-tend la phénoménologie.

Freud avait bien identifié un mécanisme propre aux névroses: le refoulement. À la recherche d'un mécanisme spécifique aux psychoses, il introduisit un nouveau terme, la «Verleugnung», traduit habituellement en français par «déni de la réalité» (1927, 134), ou «refus d'accepter un fait». Cependant, dans son article de 1924 sur le fétichisme, Freud utilisait ce terme pour désigner le refus par l'enfant mâle de reconnaître l'absence de pénis chez sa mère (Ibid). Il nota alors à juste titre que le mécanisme du déni ne correspondait pas à un mode particulier pour la

psychose puisque celui-ci pouvait se rencontrer normalement dans la vie psychique des jeunes enfants et dans les cas de perversion. À la suite du travail de Freud, Lacan introduisit, dans sa recherche d'une modalité particulière pour la psychose, l'idée que la «forclusion du signifiant du Nom-du-Père» était en jeu dans la psychose.

La présence du signifiant du Nom-du-Père, observe Lacan, est ce qui permet à un sujet de se repérer dans l'univers du langage, c'est-à-dire dans l'ordre symbolique. Ce dernier contient les codes, les symboles et les repères culturels nécessaires à l'appréhension de l'univers par l'enfant et à la structuration de son imaginaire. Le signifiant du Nom-du-Père a donc comme effet de permettre à «l'infans» de se situer et de se repérer dans l'ordre de sa culture. L'ordre du langage prend alors un sens pour le sujet, de telle sorte qu'il peut dorénavant se fier au langage et à l'ordre de sa culture (Apollon, 1988, 51).

Chez le psychosé, le signifiant du Nom-du-Père est absent, forclos. Cette forclusion offre un terrain propice à l'éclatement d'une crise psychotique, sans que celle-ci en soit nécessairement une conséquence inévitable. En effet, l'approche structurale de la psychose implique qu'il peut y avoir forclusion du Nom-du-Père chez des individus sans qu'il y ait nécessairement déclenchement d'une seule crise psychotique au cours de leur existence.

Chez un individu qui présente une structure de psychose, certaines conditions sont nécessaires au déclenchement de la crise psychotique: c'est ce que Lacan appelle la «conjoncture dramatique» (1966, 578). Cette conjoncture se situe dans un temps socio-historique précis, à un moment capital pour le sujet, celui d'un appel au père, alors qu'il n'y a pas, pour ce sujet en particulier, de représentation du signifiant Père dans l'ordre symbolique (1966, 577). Par exemple, un individu fait sa première crise psychotique au moment où, ses études de médecine terminées, il a pour la première fois la responsabilité complète et entière d'un patient. Au moment où il est appelé à tenir une place d'autorité dernière, c'est-à-dire une place où il ne peut s'appuyer que sur lui-même, se déclenche la crise psychotique. Rien n'est venu dans le discours de la mère représenter un «père», signifier cette place de l'autorité de la loi du père qui ne repose sur rien et qui n'existe que dans le langage. Dans ce sens, un Père représenté dans le langage produit un nœud de significations pour le sujet et un espace du *croyable* (Apollon, 1986, 61). Nous retrouvons ici un des aspects étymologiques du mot crise: un moment décisif. En effet, le déclenchement de la première crise psychotique se produit en un point précis, souvent à un moment où, en tant qu'homme, par exemple, un sujet est appelé à prendre position: ceci peut survenir

lors d'un choix important à faire dans sa carrière, lors de l'assomption de fonctions d'autorité ou bien encore au moment où une femme le désigne comme père.

Dans *Le Séminaire III, Les Psychoses*, Lacan écrit:

> L'apparition de la question posée par un manque de signifiant [...] se manifeste par des phénomènes en frange où l'ensemble des signifiants est mis en jeu. Une grande perturbation du discours intérieur, au sens phénoménologique du terme, s'accomplit, et l'Autre masqué qui est toujours en nous apparaît d'un coup éclairé, se révélant dans sa fonction propre. Car cette fonction est la seule qui retient alors le sujet au niveau du discours, lequel tout entier menace de lui manquer, et de disparaître. Tel est le sens du crépuscule de la réalité qui caractérise l'entrée dans les psychoses (Lacan, 1981, 231).

L'éclatement de la psychose fait état de la mise en action des «phénomènes élémentaires» (1981, 28) que Lacan, prenant appui sur les travaux de G. de Clérambault sur le syndrome d'automatisme mental, désigne comme caractéristiques: ces phénomènes d'automatisme mental comprennent, entre autres, le «triple automatisme moteur, idéique et idéo-verbal», «l'écho de la pensée», les «sensations parasites» (Ey et al., 1970, 116), ce que nous pouvons rassembler en parlant des *voix*. Ces voix expriment l'agression et la persécution par des signifiants désorganisés. Par exemple, un patient nous raconte que depuis l'âge de six ans, «ça parle à travers sa bouche». Il dira: «Je n'ai aucun contrôle là-dessus; ça parle tout seul... Ils me mettent des paroles dans ma bouche, me font dire n'importe quoi et veulent me faire passer pour un fou.» Le pronom «ils» montre bien qu'il s'agit d'individus non identifiés et que l'agression vécue par ce patient peut venir de toutes parts.

Le traitement de la crise dans un centre psychanalytique de traitement des psychoses

Le Centre psychanalytique de traitement des psychoses reçoit de jeunes adultes psychotiques ayant déjà vécu plusieurs crises psychotiques qui les ont amenés à être hospitalisés fréquemment. Ils ont reçu divers traitements allant de la psychopharmacologie à la thérapie de milieu, y compris la contention physique et quelquefois l'électroplexie. D'une part, la gravité de leurs troubles psychotiques et de leur dysfonctionnement social est telle qu'ils requièrent un traitement intensif à leur sortie de l'hôpital. D'autre part, ils continuent de subir des crises psychotiques importantes qui nécessitent un traitement actif. Le Centre leur offre un lieu hors de l'hôpital où ils peuvent à la fois être traités lors des périodes de crise et se réarticuler à l'espace social. Il est à noter que

notre type de clientèle présente des crises psychotiques qui ne pourraient être traitées dans un centre de crise habituel.[1]

Selon la structure alternative du «388», on peut traiter la crise psychotique en dehors de l'hôpital. Tout en utilisant les outils thérapeutiques de la psychiatrie moderne, l'équipe traitante aide le patient à chercher et à inventer des moyens autres que la médication ou l'hospitalisation pour traverser les périodes de crise. Le psychosé se réapproprie par la suite ces moyens originaux et spécifiques qui lui servent alors de garde-fou face à la psychose. Cependant, ces autres moyens n'excluent pas le recours à la psychopharmacologie ou à l'hospitalisation quand cela s'avère nécessaire. En effet, le psychiatre, comme responsable de l'équipe multidisciplinaire, doit contrer au maximum les effets dévastateurs de la psychose et veiller à l'intégrité psycho-corporelle du patient, laquelle est souvent menacée lorsque celui-ci est en proie au délire ou à des hallucinations.

De plus, de par sa formation psychanalytique, le psychiatre est à l'écoute du délire, de façon à repérer et à extraire de celui-ci les éléments significatifs, qui pourront apporter une compréhension dynamique de la crise psychotique. C'est ici qu'à notre point de vue s'insère l'approche psychanalytique, telle que conçue au Centre: celle-ci se fonde sur l'exigence d'une parole de la part du psychosé à la place d'un geste ou d'un passage à l'acte. Elle ouvre un espace où l'on requiert à la fois du «soignant» et du «soigné» la recherche de solutions autres que le médicament ou la réclusion physique. Ici, nous soulignons le mode d'action propre du traitement psychanalytique. Comme nous l'avons mentionné, le patient qui arrive au Centre n'en est pas à sa première crise, mais c'est souvent la première fois qu'on est à l'écoute de son délire et de ses hallucinations, qui ne sont plus alors seulement des symptômes cibles à résorber. Cela le situe dorénavant comme sujet parlant. En effet, la psychanalyse introduit nécessairement le patient à un autre champ, celui de l'écoute et de la parole. Cette écoute qu'il reçoit au Centre, loin d'être neutre, interroge et questionne en quelque sorte ce qu'il a élaboré comme système délirant. La mise en place du cadre analytique, et du processus thérapeutique dans son ensemble, amène des crises *spécifiques*, *différentes* de celles qu'il a faites auparavant ou qu'il ferait dans une autre institution ou avec une autre forme de traitement (Apollon, 1990).

Selon l'approche psychanalytique du traitement de la crise développée au Centre, celle-ci est conçue comme un événement que le psychosé peut utiliser dans son traitement. Nous retrouvons ici un deuxième élément de l'étymologie du mot crise noté plus haut, à savoir

l'idée d'un «moment fécond», comme l'indique Lacan, donc d'un temps de travail et de production de la psychose. Nous verrons plus loin comment la crise donne accès à un matériel riche sur le plan psychodynamique et comment celui-ci est utilisé. Par ailleurs, le traitement s'accomplit avec la même équipe traitante en temps de crise et en dehors de la crise. Il s'insère donc dans une continuité de soins. De plus, le fait que le traitement s'effectue au sein de la communauté diminue les risques de rupture avec l'environnement social. Sous tous ces aspects, le traitement de la crise fait partie intégrante du traitement global de la psychose. En effet, le traitement ne vise pas seulement la résolution de la crise immédiate, mais un objectif beaucoup plus vaste de gestion à long terme des crises par le psychotique. Au début, celui-ci nécessite un soutien intensif et un encadrement constant de la part de l'équipe soignante. Puis, au fur et à mesure que le psychosé évolue dans son traitement, il arrive à employer les moyens et les ressources qu'il a lui-même produits. Dans ce sens, il parvient à gérer sa crise de façon plus autonome et à être l'instigateur de son propre cheminement.

Les aspects phénoménologiques de la crise liés à la structure

Nous exposerons d'abord en quatre points la phénoménologie particulière de la psychose. Cette phénoménologie est liée à une structure sous-jacente, caractéristique, définie comme étant la forclusion du Nom-du-Père: elle ne se rencontre donc pas dans la névrose et la perversion. Puis nous aborderons les modalités singulières de traitement de la crise psychotique en donnant l'exemple de deux patients à des étapes différentes de leur traitement.

Le psychotique comme objet de la jouissance de l'Autre

Le psychosé est possédé par la jouissance d'un Autre imaginaire, un Autre archaïque. Le point de vue structural qui rend compte de ce phénomène est «le défaut du Nom-du-Père» (Lacan, 1966, 577): rien dans la famille n'est venu poser le père comme garant du sens et comme tiers conditionnant une séparation entre l'enfant et la mère. La mère comme premier Autre prend alors la valeur d'un être tout-puissant qu'il faut satisfaire sans relâche. Par conséquent, l'enfant est réduit à être un objet réel qui pourrait combler le manque de la mère: c'est une situation de vie ou de mort pour lui car, dès lors, il croit pouvoir être détruit ou abandonné par cet Autre s'il ne le satisfait pas. Dans ce sens, il demeure uniquement rivé aux demandes parentales primitives, sans que celles-ci ne soient articulées aux exigences culturelles. Cet imaginaire archaïque se transpose dans le délire. En effet, la structure du délire témoigne de

la possession du psychotique pris comme objet de la «jouissance» d'un Autre tout-puissant. Dans le délire, l'Autre peut être personnifié par Dieu, un persécuteur qui téléguide sa conduite, des forces sataniques, etc. Le psychotique fait face à un surmoi féroce et intraitable, auquel il doit répondre de tout son être, au risque de s'y anéantir tout entier. De ce fait, il est complètement contrôlé par l'Autre qui «jouit» de lui, en ce sens qu'il se voit comme totalement soumis à un Autre qui a un droit de vie ou de mort sur lui.

L'analyse de la structure du délire et de la dynamique familiale permet de relier les éléments du délire à ceux de l'histoire du sujet. Prenons pour exemple ce patient qui développe un délire où il se prend pour le fils de Dieu, avec comme mission de sauver la planète en l'an 2000, en prenant le contrôle du Vatican et en étant le bras de Dieu sur terre. Dans son histoire et jusqu'à son entrée au Centre, il se croit «le bras droit de son père», celui par qui son père accomplit ce qu'il n'a pas pu faire lui-même comme homme.

Le Centre lui offre un lieu où il ne s'agit plus d'un Autre parental qu'il faut satisfaire mais d'un Autre symbolique représenté par le Centre dont les exigences sont articulées à la culture. De là, ce patient a une chance de se démarquer de la demande parentale personnifiée ici par le père, pour se situer dans le symbolique et la culture.

La persécution par des signifiants majeurs

Le signifiant du Nom-du-Père permet pour un sujet un arrimage et un certain enchaînement de l'ensemble des signifiants. Dans Le Séminaire III, Les Psychoses, Lacan nous dit «qu'il y a des signifiants de base sans lesquels l'ordre des significations humaines ne saurait s'établir». Un tel manque au niveau d'un signifiant «amène nécessairement le sujet à remettre en cause l'ensemble du signifiant» (1981, 229) et produit le déchaînement des signifiants.

Sur un plan phénoménologique, le psychosé se sent persécuté et envahi par des signifiants majeurs issus de son histoire: ceux-ci font écrouler les défenses et les organisations psychiques qui lui permettaient jusque-là de tenir le coup. Par exemple, le père d'une patiente a quitté la famille lorsqu'elle était en bas âge et la mère n'a jamais prononcé une parole sur cette absence. Cette patiente réussit durant un certain temps à compenser l'absence du signifiant du Nom-du-Père grâce à une identification imaginaire. Elle tombe éperdument amoureuse d'un homme qui a le même prénom que son père: il devient son «alter ego». Il s'agit d'une identification en miroir avec un «petit autre», dit Lacan, qui lui permet de compenser le manque d'identification dans le symbolique.

Elle nous dit: «Nous ne formons qu'un... Je sais tout ce qu'il désire et il sait tout ce que je désire». La crise psychotique éclate lorsque cet ami la quitte sans avis préalable, «quitte» étant un signifiant capital pour cette patiente.

Le traitement de la crise suppose l'identification du ou des événements déclenchants de la crise, spécifiques et significatifs pour chacun des patients: ces événements se réfèrent à quelque élément traumatisant vécu dans l'histoire du sujet ou de sa famille. Ici, la crise est provoquée par l'absence d'une parole, dans l'enfance du sujet, sur le départ du Père, puis par la répétition de l'événement traumatique lors de la rupture avec l'ami. Les facteurs déclenchants, les événements, les circonstances entourant la crise, apportent des éléments essentiels qui, une fois repérés, servent de champ d'intervention pour l'équipe soignante.

L'absence de repères symboliques

Cette absence de repères symboliques, qui se manifeste le plus souvent par une désorganisation dans l'espace et le temps, est une conséquence de l'absence du signifiant du Nom-du-Père, lequel représente l'Autorité de la Loi. Ce signifiant de la Loi est celui qui définit pour chaque culture les modes de satisfaction et les limites posées à la jouissance: il structure donc les repères et les codes symboliques propres à chaque espace culturel.

Durant la crise, toute une série d'événements anodins pour nous prennent pour le psychosé une valeur significative et inquiétante. Celui-ci extériorise ces événements par des gestes ou des symptômes. Par exemple, un patient immobile, en catatonie, refuse de bouger car le moindre geste risque de provoquer une explosion nucléaire. Il est envahi par des idées de fin du monde ou de catastrophe mondiale, lesquelles ont comme conséquence son retrait psychique complet, le coupant du monde extérieur et de toute réalité environnante. Étant captif de ce qui se déroule à l'intérieur de lui, dévoré par ce qui l'habite et le commande, il en arrive à perdre les repères les plus communs comme celui de l'espace, du temps et de sa routine quotidienne. Il ne se repère plus dans l'ordre du temps et de l'espace communs à tous, mais obéit alors à une loi et une logique intérieures qui n'ont rien à voir avec l'ordre culturel et symbolique. Dans ces moments aigus de désorganisation, il perd souvent ses cartes d'identité, ne sait plus s'habiller en fonction du climat, ne gère plus son budget et erre dans la ville.

Un autre patient cesse de dormir, se promène toute la nuit pour finalement rentrer chez lui. Lorsque nous lui faisons remarquer ses gestes et lui en demandons la cause, il répond: «J'ai à arranger mon

temps intérieur». Et suivant sa logique interne, il ajoute: «Je ne peux suivre le rythme de ce qui se passe dans le monde»; je dois «rétablir mon biorythme en marchant toute la nuit.» Il se met d'accord avec nous pour utiliser d'autres moyens pour réparer ce qu'il appelle «le dérèglement de son horlogerie», en acceptant notamment un horaire plus assidu d'activités au Centre. Il définit de façon imagée sa crise et son dénouement: «C'est comme une ceinture élastique avec des nœuds: je défais les nœuds au fur et à mesure et vous m'aidez à le faire». En lui donnant des repères clairs, un horaire d'activités, des règles de fonctionnement précises, le Centre de traitement lui permet d'ajuster son «horlogerie intérieure» au temps social.

Le morcellement du corps

Quand le Nom-du-Père n'est pas forclos, un signifiant premier permet une image unifiée du moi. Ce signifiant premier (S1) appelé aussi Idéal du moi dans l'Autre symbolique ou L'Autre culturel, est transmis habituellement dans le discours parental: il permet l'articulation des exigences parentales aux exigences culturelles. C'est aussi un repère essentiel pour la construction du moi. Quand ce signifiant premier est absent, comme chez le psychotique, celui-ci vit son corps sous le mode du morcellement, soit comme des morceaux de corps complètement désarticulés, à l'exemple d'une marionnette sans fil. Lors de la crise, le psychosé vit une désorganisation catastrophique de son corps: en posant des gestes, il tente désespérément de «réunir les morceaux» épars (Apollon, 1989-1990). Par exemple, un patient nous dit avoir brûlé le tapis de sa chambre avec des allumettes de façon à en «faire une croix»; il a aussi brûlé des papiers importants pour «faire le ménage». Cela nous semble être la tentative désespérée de réunir, par certains actes, des morceaux dispersés de son corps. En effet, il nous dit vouloir «faire une croix sur son passé» et «faire le ménage dans sa vie». Le sens métaphorique des expressions de la langue «faire le ménage» et «faire une croix sur» disparaît pour ne laisser place qu'au sens réel et concret: la métaphore «faire une croix sur», devient réellement une croix sur le tapis. Par ailleurs, il tente ici de classer et d'organiser par des gestes ce qui lui arrive, et il s'identifie ainsi aux gestes posés. D'autres patients organiseront plutôt ce qu'ils vivent par la construction d'un délire. Pour celui-ci, son lieu de vie, son appartement devient le prolongement de son corps qu'il n'habite pas. Tous les objets prennent alors la texture de son propre être, de son propre espace corporel qu'il ne réussit pas à délimiter.

Au Centre, le traitement procure à ce patient un lieu de parole repérable et circonscrit. Il lui donne un premier repère symbolique et un

espace propre où il pourra reconstruire une image corporelle et tenter de rassembler les morceaux.

L'effet du champ psychanalytique sur le traitement de la crise

L'introduction d'une écoute analytique au sein même de la conviction délirante a comme conséquence la production d'un espace de parole, donc d'un espace pour le sujet. Au cours du traitement psychanalytique, différentes étapes sont repérées dans la façon dont le psychosé reprend à son propre compte la gestion de ses crises et leur articulation à son histoire singulière de sujet. Deux exemples cliniques illustreront deux modèles de gestion de la crise chez le psychosé.

Une réponse au traitement psychanalytique: illustration d'une première crise au centre par un exemple clinique

Très souvent, ce n'est que peu de temps après son arrivée que le patient, dont l'histoire antérieure a déjà été ponctuée de plusieurs décompensations psychotiques, nous prend à témoin d'une première crise vécue au Centre. Lacan dit que le psychotique «témoigne» (1981, 49); il vous parle de quelque chose qui lui a parlé. C'est une crise qui surprend parfois par sa théâtralité, son caractère spectaculaire; même si elle est attendue par l'équipe soignante, elle survient souvent de façon imprévisible. Cette «première crise» répond à la «contrainte» exercée par le traitement psychanalytique sur le «travail spontané» de la psychose (Apollon, 1990). L'expérience clinique nous enseigne que cette crise arrive plus tôt chez les psychotiques qui ont déjà débuté leur cure psychanalytique. Dans le cadre de la cure, ceux-ci ont été interrogés plus spécifiquement sur leur système délirant ou leur mode de réponse psychotique: ce questionnement a alors provoqué un ébranlement plus rapide de leur univers délirant.

Ce type de crise, la première à survenir au Centre, est appelé crise «d'inscription» par Apollon (1988, 166). Elle permet aux soignants de repérer les facteurs qui ont déclenché la décompensation, la position du sujet face aux voix, les impératifs auxquels le psychosé *se doit* de répondre. Pour illustrer la problématique de cette crise et les modalités de sa résolution, prenons l'exemple de François.

Le psychotique face à l'impasse du délire

Avant son arrivée au Centre, François a été hospitalisé à plusieurs reprises pour des crises psychotiques importantes. Sa première crise au Centre se présente comme suit: il cesse subitement de venir à ses

activités quotidiennes, ne donne plus de nouvelle à son intervenant et ne répond plus au téléphone. S'étant rendu au domicile de François, l'intervenant apprend que depuis quelques jours, celui-ci demeure terré dans sa chambre. Il parle de «mal dans la poitrine»; sa «souffrance» est telle qu'il ne peut plus vivre et il entend une voix qui lui dicte de s'enlever la vie. Après nous être assurés en tant que psychiatre traitant qu'il n'y avait pas de danger pour sa vie et pour sa propre sécurité parce qu'il acceptait de collaborer au traitement, nous l'avons admis comme résidant au Centre. Répondant à l'exigence d'avoir à nous parler au lieu d'agir par un geste suicidaire et sachant que nous l'écoutons, François nous fait alors le récit de son délire.

François a été désigné comme un élu de Dieu par une voix, lors d'une vision fantasmagorique où il voyait les archanges et les démons bannis par Dieu. Depuis ce message qui l'enjoignait d'être le répondant de Dieu sur terre, il a la certitude inébranlable que Dieu lui a confié une mission. Cependant, la voix divine a cessé de se faire entendre, ce qui l'a laissé perplexe. Il est dans l'impasse la plus totale et vit une grande angoisse: «Qu'ai-je donc fait pour que Dieu ne me parle plus [..] alors que je suis son élu?» Il se considère comme l'objet de la jouissance d'un être supérieur qu'il doit satisfaire en exécutant une *mission impossible* puisqu'il n'en connaît pas la teneur. Cette impasse, cette impossibilité de répondre ou de formuler une réponse l'a plongé dans la crise. Comment en est-il arrivé à cette impasse du délire?

En exigeant du psychosé qu'il participe à des activités, qu'il exécute des tâches ou qu'il s'inscrive dans un projet social, le traitement suivi au Centre permet de contraindre le travail spontané de la psychose. Cela se produit une fois le transfert initié, c'est-à-dire à un moment où le patient suppose au soignant un certain savoir sur la psychose. C'est seulement à cette étape qu'il acceptera, par exemple, de se conformer aux ententes, de participer à des activités: il consent alors à négocier avec le soignant un horaire d'activités parce que ce dernier l'incite à introduire dans son existence un espace autre que celui des voix et du délire. Cette exigence de faire des activités creuse un espace de vie qui le subjectivise, alors qu'auparavant il était la proie de l'Autre imaginaire. Du coup, sa mission devient impossible à remplir; cela provoque l'impasse du délire, et la crise prend alors une forme particulière, différente de celles vécues auparavant. Le doute s'infiltre dans la certitude délirante: le psychosé constate qu'il a autre chose à créer et à produire dans sa vie que de répondre à un Autre tout-puissant. Mais cela n'est possible que grâce au transfert. Avant la mise en place du transfert, le psychosé est dans la certitude et le savoir: il croit n'avoir rien à

apprendre de l'autre et n'avoir rien à négocier avec l'autre puisqu'il sait. Or il doit se déplacer de cette position de certitude pour pouvoir supposer un savoir à l'Autre, qu'il s'agisse du psychiatre, du clinicien ou du Centre.

Dans son angoisse, François pense avoir commis une faute impardonnable, qu'il définit par le fait d'avoir «succombé à la tentation»: en effet, peu avant le début de la crise, il s'était surpris à avoir «des pulsions animales» et à établir un «plan» de vie commune avec une amie. Or, un élu de Dieu ne peut avoir de tel projet, puisqu'il doit être voué à son créateur. On se rend compte que le déroulement du délire suit une voie logique et implacable: François est l'élu de Dieu; Dieu ne lui répond pas; c'est qu'il a commis une faute impardonnable; il doit être puni et il doit mourir. François nous disait: «Je dois mourir parce que je n'ai pas obéi à Dieu.»

Le travail spontané du psychosé

Le psychosé tente de résoudre une telle impasse sous un mode psychotique. À cette étape de la crise, il est convaincu qu'il «doit» se rendre à Lourdes, là où il y a eu des «apparitions de la Vierge». Il espère ainsi apprendre ce que l'Autre lui veut: cet Autre, quoiqu'imaginaire, est bien «réel» pour lui et le torture dans son corps. La production d'un délire plus systématique pourrait permettre une réponse et diminuer l'angoisse face à l'Autre tout-puissant qui exige de lui quelque chose qu'il ignore[2]. Il pourrait aussi répondre à l'Autre d'une autre façon, comme certains psychotiques qui réussissent à vivre dans des monastères ou dans des groupes religieux, trouvant ainsi une voie acceptable socialement. «Che Vuoi?» dit Lacan, «Que me veut-il?» Francois désire savoir quelque chose qui est dans l'Autre, cet Autre qui le persécute et qui introduit en lui une jouissance, une souffrance «dans sa poitrine»: à un certain moment, François tente de théoriser cette douleur en disant que «sa poitrine» est le lieu d'un conflit entre Dieu et la Sainte Vierge.

Le travail du traitement psychanalytique

Par son travail, l'équipe traitante doit faire déplacer le psychotique de cette position d'objet de jouissance de l'Autre pour qu'il puisse enfin se situer comme sujet parlant. L'équipe a comme fonction de l'aider à dénouer cette impasse et à construire un autre espace. Au cours du traitement, on exige de François qu'il verbalise ses angoisses au lieu d'agir; on lui demande de parler aux intervenants chaque fois qu'il «souffre dans sa poitrine» ou qu'il a des idées suicidaires. Une médication antipsychotique appropriée est associée aux autres moyens mis en

place: rencontres plus fréquentes avec l'équipe traitante, augmentation de la fréquence des séances de cure, participation aux tâches quotidiennes et aux diverses activités du Centre. Au cours du traitement de la crise psychotique, on repère, à travers le discours de François, les principaux axes de la crise. Par ailleurs, les données recueillies sur la structure familiale nous amènent à établir des liens entre la conjoncture familiale et la problématique du patient. Dans le cas présent, elles nous apprennent que le père n'a pas connu son propre père et qu'il a été abandonné par lui: une brisure dans la lignée patriarcale empêche le père de François d'être un père. Quant à François, il a toujours pensé n'avoir rien fait de ce que son père aurait voulu qu'il fasse, à titre de fils unique. Le père n'a jamais pu parler de la lignée paternelle avec François. Dans son délire, François est le nouveau Messie qui doit soutenir Dieu sur terre de la même façon qu'il doit comme fils, répondre dans le réel à son père, en étant ce que son père n'a pas pu être.

L'objectif primordial du traitement est de tout mettre en œuvre pour assurer la sécurité du patient lors de cette première crise et ce pour qu'il puisse traverser la crise avec un minimum d'effets dévastateurs pour son intégrité psycho-corporelle. François a été résidant pendant plusieurs semaines au Centre et a été accompagné quotidiennement dans un horaire d'activités structurées ou à l'occasion dans des sorties dans la communauté. Il s'agit de maintenir un minimum de lien social, un tel lien étant habituellement rompu dans la crise. Il rencontrait quotidiennement le psychiatre dans la période la plus intense de la crise, celle où il se sentait abandonné de Dieu et où il lui était dicté de mourir. Son état mental était évalué régulièrement pour déceler tout signe de perte de contact thérapeutique avec l'équipe soignante, ce qui représente le signe d'une *dangerosité potentielle* et l'éventualité d'un passage à l'acte: François a d'ailleurs dû être hospitalisé quelques jours, à la suite de velléités suicidaires trop impératives, à un moment où l'équipe traitante ne faisait pas le poids face aux voix et aux injonctions délirantes qui le tenaillaient.

Cet accompagnement dans la crise agit comme un cran d'arrêt du tumulte qui emporte le psychotique et lui permet de tisser un premier lien thérapeutique avec le «388», de s'accrocher à l'équipe soignante pour essayer de construire autre chose à la place de la conviction délirante qui mène sa vie. Pour François, ce premier lien transférentiel lui indiquait la possibilité d'une autre route que celle, destructrice, d'avoir à répondre de son corps à Dieu ou à son père. Au moment de la résolution de cette crise, il disait «avoir maintenant confiance» aux soignants; il pensait pouvoir «changer quelque chose à sa vie». Comme

le souligne Apollon, «Sans étouffer la crise, il s'agira de l'accompagner (le patient) avec le désir de la contrôler progressivement, d'y assister le patient pour qu'il se réapproprie ses moyens essentiels même à travers la crise. C'est là un pari qui repose à la fois sur le désir du patient de s'en sortir mais aussi et surtout sur l'éthique des intervenants et leurs désirs d'aller jusqu'au bout sans échouer dans ce pari».

Ce désir manifesté par les soignants nous apparaît essentiel d'autant plus que, souvent, le psychotique n'a jamais été situé dans quelque désir que ce soit de la part de ses parents. En effet, on remarque assez régulièrement dans l'analyse des discours parentaux que la naissance de l'enfant psychotique a été peu parlée dans la famille; de plus, il y a une pauvreté du discours familial à propos de son enfance et des événements qui auraient pu être marquants pour lui. Plutôt que de se repérer dans un désir parental, le psychosé perçoit une demande parentale à vide, dirons-nous, et il s'offre dans le réel de son corps comme celui qui comble le manque parental. Dans ce sens, il est capital que ce soit non pas une *demande* des intervenants mais un *désir* pour qu'advienne le sujet qui serve de support au patient pour la traversée de la crise. S'il s'agit d'une *demande*, la situation thérapeutique répète la situation familiale, et l'objectif thérapeutique est nécessairement anéanti.

Le résultat de ce cheminement du sujet se manifeste dans le transfert avec le «388». Un premier ancrage dans le symbolique s'est effectué par l'introduction de repères symboliques à l'intérieur du champ imaginaire du patient: telles sont les règles de fonctionnement du Centre, les activités socio-culturelles et les activités de création. Par exemple, François ne peut plus mobiliser toute sa vie sur une réponse à donner à Dieu avec son corps; il a aussi à produire dans un atelier de création, à se lever le matin pour exécuter des tâches, à s'occuper de son budget, alors qu'en crise, il déchirait ses dollars. «Dieu s'occupera de pourvoir à mes besoins, comme il l'a fait pour saint François d'Assise», disait-il. Des exigences sociales, celles du Centre, sont venues remplacer les demandes parentales ou archaïques reproduites dans le délire et permettent par conséquent d'entamer la conviction délirante. La réponse spontanée du psychotique à l'Autre imaginaire sous forme de délire se fissure, qu'elle soit structurée dans un délire systématique, comme chez le paranoïaque, ou vécue dans le corps du sujet, comme chez le schizophrène.

L'articulation de la crise à l'histoire subjective

À la fin de cette période, les soignants ont pu identifier avec François les signes précurseurs de ses crises: le fait de se blottir dans sa chambre, l'apragmatisme, la coupure de contact avec autrui, l'insomnie

et les velléités suicidaires. Ils ont aussi tenté de détecter le ou les facteurs précipitants de la dernière crise. Dans ce cas-ci, ce fut la rencontre d'un ami d'enfance ayant le même prénom que lui et auquel son père le comparait souvent dans son enfance. Cet ami réussit bien professionnellement et socialement, alors que le patient n'arrive pas à travailler. On voit ici que l'articulation du délire se fait de la façon suivante: François n'arrive pas à répondre à la volonté de Dieu de la même façon qu'il ne peut répondre à son père qui lui demande, selon lui, une performance sociale exceptionnelle.

En collaborant avec les soignants à la gestion de sa crise, le patient apprend à ne plus la subir et à ne plus la vivre comme une extériorité face à laquelle il ne peut rien. En effet, la nature de la crise est dans un premier temps «ego-alien», étrangère au sujet, qui la subit passivement. Cet aspect d'étrangeté renforce souvent la persécution que vit le psychosé, que le versant en soit schizophrénique ou paranoïque. L'un est persécuté dans son corps: on lui entre des clous dans les yeux, on veut l'agresser physiquement. L'autre construit plutôt un récit délirant. Tout le traitement psychanalytique a comme objectif d'intégrer la crise du sujet à son passé, à sa propre histoire, de la relier aux événements qu'il a vécus. Dans ce cadre peut alors se dérouler une autre étape du traitement. Nous allons l'aborder en prenant l'exemple d'un autre patient, que nous appelerons Jean.

Une autre étape du traitement: une gestion plus active de la crise

Cette étape est plus facile à prévoir: on identifie plus rapidement avec le patient les signes précurseurs ou les facteurs qui ont provoqué la décompensation psychotique. Il arrive assez souvent qu'à ce moment, le patient vienne de lui-même dire sa crainte de «tomber en crise». Il demande lui-même la résidence au Centre, des rencontres plus fréquentes avec l'équipe traitante, une médication antipsychotique, même s'il a été un certain temps opposé à toute médication. Cela s'explique par le lien transférentiel qu'il a maintenant créé avec le Centre et avec l'équipe traitante. Sa participation à la gestion de la crise est plus active. Il demande concrètement des moyens pour en diminuer l'emprise sur sa vie.

Les signifiants qui ont déterminé la crise sont repérés et verbalisés. Jean nous offre ainsi les signifiants de son histoire.

Les éléments significatifs de l'histoire

Jean est le second fils d'une famille de trois enfants dont le dernier est une fille. Son père était juge mais a dû délaisser ses fonctions en

raison d'une grave dépression qu'il a vécue au moment où Jean fêtait ses huit ans. Il lui avait alors promis de l'amener à la chasse au petit gibier: selon une sorte de rituel familial, l'enfant mâle ne devenait un homme dans le discours de la famille qu'au moment d'une première chasse avec son père. Celui-ci n'a jamais tenu sa promesse puisqu'il fut hospitalisé durant un an. Aucune parole n'est venue expliquer à Jean ce départ subit. La mère n'a jamais parlé de cette absence. Jean pensait que son père ne reviendrait plus jamais et qu'il était mort. Depuis cette dépression, le père s'est adonné à l'alcool et n'a jamais pu retravailler. Il est considéré comme un irresponsable et un malade, sauf pour Jean qui a toujours cherché à le secourir dans les pires moments.

À l'âge de 17 ans, ce patient perd son frère aîné dont il est très proche, tué accidentellement par un camarade lors d'un voyage de chasse. Jean fait une première crise psychotique après la mort de ce frère tant affectionné et passe dix ans sans autre crise. Jusqu'à son arrivée au Centre, il n'a jamais fait le lien entre le décès de ce frère et son entrée dans la psychose. Dans son histoire, il a d'abord fait son cours de médecine pour se diriger ensuite vers le droit: son idée était de faire une carrière politique brillante.

À son arrivée au Centre, à trente ans, Jean fait des accès psychotiques tous les six mois, soit depuis qu'il a commencé sa pratique du droit. Il identifie le début de ses rechutes psychotiques au moment où en tant qu'avocat, il a eu «à utiliser les stratégies juridiques» pour plaider des causes injustes: par exemple, défendre des coupables ou défendre le riche contre le pauvre et le déshérité. Tout au cours de ses études de médecine et de droit, il ne fait aucune rechute psychotique, comme si la médecine et le droit venaient pallier temporairement à la forclusion du Nom-du-Père. En effet, ces disciplines lui servaient de béquilles imaginaires et prenaient la relève du signifiant manquant dans le symbolique. Le déclenchement des phénomènes psychotiques se produit à nouveau au moment où il se bute à l'arbitraire de la justice: plus précisément, au fait que le langage n'est pas fondé. Pour le psychotique, le mot équivaut à la chose et doit avoir un référent dans la réalité. L'entreprise psychotique de Jean est de fonder la justice. Pour lui, la justice n'est pas l'application de lois arbitraires utilisées par l'être humain comme outils pour la coexistence. En effet, le psychosé tente de construire un système symbolique sans faille.

Les psychoses habituelles de Jean sont caractérisées par une agitation psychomotrice, des idées de grandeur, des sentiments de toute-puissance vis-à-vis des autres. Il se prend, par exemple, pour un guérisseur universel qui pourrait trouver la solution de toutes les maladies,

découvrir le vaccin du sida et faire des campagnes politiques afin de faire cesser la discrimination contre les sidatiques. Il a d'ailleurs plaidé la cause des sidatiques jusqu'au plus haut palier gouvernemental, dans un moment d'exaltation grandiose. Il était certain que la médecine était fondée et qu'on pourrait trouver l'explication et la solution à toutes les maladies.

L'extraction de signifiants majeurs liés à l'histoire familiale

Nous nous en tiendrons à l'analyse d'une crise majeure qui a eu lieu au «388». Cette crise s'inscrit dans un deuxième temps logique et fait état du retour des signifiants majeurs de l'histoire du patient dans le réel de sa vie. Ces signifiants sont extraits et servent alors de balises pour guider le traitement.

La crise se présente comme suit. Jean est soudain pris d'une impulsion grandiose et sans précédent de devenir propriétaire d'un grand marché d'alimentation. Il lui reste certaines économies provenant d'une vente de maison lorsqu'il débutait sa carrière de droit et il a reçu dernièrement un petit héritage d'une tante paternelle. Cet héritage lui sert d'argument pour convaincre l'équipe traitante du bien-fondé de son projet. Cela lui vient comme une injonction, un impératif auquel il doit répondre à tout prix et qui lui vient de nulle part, complètement désarticulé de son histoire et de sa position sociale actuelle. Jean a déjà vécu une crise au «388»: il peut alors identifier l'aspect «psychotique» de cette idée grandiose. Il en connaît les effets dévastateurs sur sa vie s'il obéit à cet impératif. Il demande de l'aide au Centre cette fois-ci pour s'empêcher lui-même de poser des actes qui pourraient lui nuire, et non pour qu'on l'en empêche.

L'extraction d'éléments signifiants de son histoire est essentielle pour comprendre le déroulement logique de la crise. Il s'avère que l'impulsion grandiose de Jean est sous-tendue par des événements traumatiques qui se sont déroulés dans la famille quelques années auparavant. À la mort de son fils aîné, le père de Jean est hospitalisé pour une nouvelle dépression psychotique. Lors de cette hospitalisation, il est alors mis sous «interdit». Cela signifie qu'il est reconnu incapable de gérer ses biens et de plus, il perd son statut de citoyen et ne peut plus, par exemple, exercer son droit de vote: à l'époque tel était l'effet d'un interdit. La mère devient alors tutrice et seule héritière des biens du père, qui est en quelque sorte déshérité. Plus tard au cours des séances, Jean se rappelle ce que son père lui a déjà raconté de l'histoire familiale avant même sa naissance. À la succession du grand-père paternel, le père de Jean avait été déshérité pour s'être opposé à la volonté paternelle et avoir refusé de suivre les voies émises par son père (le grand-père paternel de

Jean), soit demeurer sur la ferme familiale. Le père de Jean avait trouvé refuge chez son oncle paternel qui l'avait accueilli et en avait fait son propre héritier, à la condition qu'il s'occupe de lui jusqu'à sa mort.

Cette mort du grand oncle-paternel de Jean a lieu alors que ce dernier a huit ans et qu'il a conscience pour la première fois d'une hospitalisation de son père, de cette absence de son père dont rien n'a été dit par la famille. Il fera au cours d'une entrevue un lapsus central en disant: «Cette année-là, mon père est mort.» Ce lapsus fait coïncider dans l'inconscient du patient la mort de son grand-oncle paternel et celle de son père, alors que celui-ci est absent de la maison familiale puisqu'il est hospitalisé. Le père est comme exclu du discours familial, de la même façon qu'il a été exclu par son propre père. D'où la «mission» délirante de réparer l'absence du père dans la famille et de fonder l'autorité du père.

À partir des associations faites par le patient sur les divers éléments de la crise actuelle, nous repérons des signifiants majeurs: hérité (héritage) (héritier), déshérité(déshéritage), succession. Dans cette crise, il revit sous forme d'injonction et d'impératif le drame de son père auquel il s'identifie dans l'imaginaire. Rappelons-nous aussi qu'il vient de recevoir un petit héritage d'une tante paternelle, ce qui a été le facteur déclenchant de la crise.

En outre, il aurait pu être lui-même déshérité. En effet, il nous dira plus tard qu'il craignait, lors de cette crise, qu'à un moment, sa fratrie et sa mère ne convoquent une réunion de famille en vue de le mettre sous curatelle: il se verrait alors retirer ses droits sur une compagnie qu'il partageait avec le reste de la famille. Cela lui revenait comme sa part d'un héritage donné par sa mère de son vivant. On voit bien ici que la crise est l'expression d'un événement traumatique originant de la génération antérieure et on constate à quel point le patient se sent désarmé face à des signifiants qui l'agressent et l'incitent à agir. Comme nous l'avons vu, les signifiants héritage, déshérité, succession ont déclenché la crise. Le travail thérapeutique a permis d'articuler les éléments de la crise psychotique à ceux de son passé, de telle sorte qu'elle ne lui semble plus ne venir de nulle part, mais qu'elle soit bel et bien inscrite dans son histoire et celle de ses aïeuls. L'ancrage et la liaison des signifiants à une histoire familiale ont pu limiter la crise et désamorcer la conviction délirante.

L'effet du groupement des signifiants: une limitation de la jouissance

En résumé, assembler des séries de signifiants permet de les lier et de limiter ainsi leurs effets. Comme résultat, il se produit une limita-

tion de la jouissance et, par le fait même, une gestion de la crise. D'une part, la verbalisation par le patient de son histoire et des éléments de celle-ci rattachés à la crise permet un premier assemblage de signifiants: ceux-ci peuvent alors servir de balises pour l'équipe soignante et lui indiquer des modes d'intervention auprès du patient. D'autre part, le patient apprend par là que sa crise n'est plus comme «une tuile qui lui tombe sur la tête» et sur laquelle il n'a aucun contrôle, mais quelque chose qui a ses origines dans l'histoire de la structure familiale. Il s'agit d'événements qui ont entouré le mariage des parents, sa naissance, son enfance, et il se rend compte alors qu'il y a des choses qui se répètent à travers lui. L'exigence de verbaliser, de mettre des mots, des signifiants à la place de gestes ou d'impulsions à satisfaire dans l'immédiat et de façon irréductible, détermine le mode avec lequel le patient arrive à gérer sa crise avec l'aide de l'équipe soignante.

Conclusion et regard critique

Une perte inévitable et une garantie impossible

À la limite des moyens que le psychosé invente au fur et à mesure pour gérer les crises, un point déterminant se profile qui va être décisif, selon nous, pour son évolution. C'est à ce moment crucial que le patient ressent qu'il a le pouvoir de se «laisser aller dans la psychose», comme me disait une patiente ou de faire l'effort de faire suffisamment confiance au «388» pour vouloir la maîtriser jusqu'au bout. À cette étape du traitement, certains patients parlent de l'euphorie qu'ils vivent dans la psychose, décrivant alors un attrait irrésistible pour le vertige du vide et du réel de la crise. Le psychosé n'a plus alors à faire face aux exigences du quotidien et aux conflits de la vie courante. Luc me disait qu'il «avait du fun» en psychose et qu'il «n'avait plus de problème». Ce patient disait aussi que le réveil de l'accès psychotique était brutal: il sombrait dans des phases de mélancolie profonde tout aussi insupportables dont il lui était difficile de sortir. Luc n'ignorait pas les effets négatifs d'une telle plongée dans le monde psychotique. Il voyait bien que, lors de ses crises, il brisait les liens les plus étroits qu'il avait avec ses amis et même avec sa famille. Mais Luc ne voulait plus de cela et désirait, en venant au Centre, trouver d'autres solutions.

C'est un moment précis où le psychosé doit accepter de *perdre* pour assumer une place de sujet. Le Centre lui offre la possibilité de poser une limitation de la jouissance en faisant appel à son *désir* de sujet de changer le cours des choses: cela ne peut se faire sans perte et cette perte est inévitable pour quiconque.

Le patient qui parvient, avec l'aide du Centre, à contrôler davantage ses crises peut se permettre de penser qu'un jour il pourra arriver à ne plus faire de crise. Il pense être «guéri», demande souvent de cesser toute médication ou, quelquefois, demande de se distancer du Centre, désirant démontrer qu'il est capable de s'organiser lui-même. Cependant, l'optique de traitement à long terme du Centre lui sert à ce moment-là de repère. D'une part, dès son admission, il lui est dit qu'on ne cherche pas à «guérir» la psychose, c'est-à-dire à lui donner la garantie qu'il ne fera plus jamais de crise psychotique; de toute façon, personne ne peut le garantir, quels que soient le médicament ou la thérapeutique utilisés. D'autre part, il ne s'agit pas de guérir au sens médical du terme, mais d'arriver à gérer les crises pour qu'elles ne soient plus aussi désorganisatrices pour l'individu. En effet, l'ensemble des intervenants du Centre travaille selon une approche qu'a précisée Apollon dans le traitement de la psychose: celle d'un manque structural dans le langage, c'est-à-dire l'impossibilité radicale d'une garantie réelle avec sa conséquence irrémédiable que la vie d'un sujet, ses rapports aux autres et à la culture, ne peuvent se baser que sur un espace de croyable. D'un point de vue psychanalytique, cette position fondamentale des soignants sert à la fois de tremplin et de bouée pour la clinique pour toute intervention dans le domaine de la psychose. Loin sont les honneurs des galons remis à l'officier qui aurait su vaincre à jamais les Autres imaginaires, ces démons ou ces dieux persécuteurs, ces voleurs de morceaux de corps ou de pensées, qui reviennent incessamment lors des périodes de grande fragilité psychique. Le seul barrage efficace pour canaliser ces voix est celui que le psychosé aura su construire de son propre lieu avec l'aide des soignants et qu'il saura utiliser par lui-même. Il deviendra alors le maître d'œuvre de sa propre destinée.

NOTES

1. Le «388» est le Centre psychanalytique de traitement de jeunes adultes psychotiques. D'orientation lacanienne, il est inséré dans une communauté urbaine et fonctionne 24 heures sur 24, offrant sur place le traitement de la crise. Il compte 7 lits de résidence et peut suivre 60 patients en externe, avec une équipe multidisciplinaire comprenant un psychiatre, un intervenant responsable et un agent social. Nous disposons de données sur la structure familiale de chaque patient, fournies par l'ethnoanalyste. Le patient peut demander une cure, et nous offrons un suivi de la famille. Il s'agit d'un traitement à long terme, ayant comme objectif la réinsertion sociale du patient qui présente des problèmes de psychose.
2. «Réunions cliniques» au 388 par W. Apollon, 1990-1991.

RÉFÉRENCES

AGUILERA, Donna C., MESSIK, Janice M., 1976, *Intervention en situation de crise*, Mosby Company, Saint-Louis/Toronto.

APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 1990, *Traiter la psychose*, Collection Nœud, GIFRIC.

APOLLON, W., 1989-1990, *Réunions cliniques au «388»*, Document inédit.

APOLLON, W., 1988, La production de la psychose dans la famille, in *Le dedans et le dehors*, Césura Lyon Édition, Lyon, 47-78.

APOLLON, W., 1988, Psychanalyse et traitement des psychotiques, *Santé mentale au Québec*, XIII, 1, 161-176.

APOLLON, W., 1986, Le savoir du psychotique in *Gnoses d'hier et d'aujourd'hui*, PUL, Québec, 47-76.

APOLLON, W., 1984, Problématique clinique pour la psychose, *Santé mentale au Québec*, IX, n° 1, 50-65.

BERGERON, D., CANTIN, L., 1986, Pour une nouvelle approche clinique de la psychose: le 388, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 1, 149-172.

BLOCH, Wartburg, 1975, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Presses Universitaires de France, Paris.

BOLZINGER, A., EBTINGER, R., KAMMERER, T., 1970, Approches cliniques et psychopathologiques de la notion de crise, *Évolution psychiatrique*, Tome XXXV, Fascicule II, Avril-juin, Édition Édouard-Privat, Toulouse.

CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York, 26-55.

EVERSTINE, L., SULLIVAN, E.L., EVERSTINE, D., 1983, *People in Crisis: Strategic Therapeutic Interventions*, Brunner Mazzel Publishers, New York.

EY, H., BERNARD, P., BRISSET, Ch., 1970, *Manuel de psychiatrie*, C. Masson et Cie Éditeurs.

FREUD, S., 1927, Le Fétichisme, in *La vie sexuelle*, 1969, PUF, p. 134.

GOLAN, Naomi, 1978, *Treatment in Crisis Situations*, Collier Macmillan Publishing Co., Inc., New York.

LACAN, J., 1981, *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses*, Éditions du Seuil, Paris.

LACAN, J., 1966, Du traitement possible de la psychose, in *Les Écrits*, Éditions du Seuil.

LAPLANTINE, F., 1973, *L'ethnopsychiatrie*, Psychothèque, Éditions universitaires.

LECOMTE, Y., LEFEBVRE, Y., 1986, L'intervention en situation de crise, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 7, 122-142.

LINDEMANN, E., 1944, Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

PEPPER, B., KIRSHNER, M., RYGLEWICZ, A.C.S.W., 1981, The young adult chronic patient; overview of a population, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, n° 7, 463-469.

SZMUKLER, G.I., 1987, The place of crisis intervention in psychiatry, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 24-34.

The Notion of Psychotic Crisis and its Psychoanalytic Treatment

ABSTRACT

With regard to psychoses, the notions of crisis, crisis intervention and crisis centres are somewhat ill-defined. The author emphasizes that, contrary to the psychiatric field which aims to reduce symptoms, psychoanalysis does not attempt to examine the phenomenology of a psychosis, but rather focus on the structure that underlies it. The author goes on to show in what way the psychoanalytic viewpoint can help to define the notion of crisis and suggests an intervention method designed specifically for crisis situations.