



Psychose ordinaire et présentation de malades

Jérémie Retière

La clinique psychiatrique contemporaine

Le jour de la présentation clinique*, dans le service, la même question revient, teintée d'inquiétude : quel patient ? pourquoi celui-ci ? La réponse souvent donnée est celle d'un désir de sortir de l'impasse, celle que l'on situe du côté du patient, mais aussi celle qui ressort de l'institution, de l'équipe soignante, du médecin, etc. Ces impasses se présentent souvent – ce fut chaque fois le cas à cette année – lorsque le diagnostic n'est pas établi très précisément. Par diagnostic, on distingue deux démarches opposées qui orientent la réflexion en psychopathologie : une démarche structurale, en référence à la nosologie psychiatrique classique et psychanalytique, et une autre se référant plutôt à la sémiologie psychiatrique contemporaine.

Afin de nous y repérer avec nos outils, disons par exemple qu'un sujet présentant une compulsion à la répétition, un doute permanent, des symptômes de corps sans hallucinations, une conversion, une phobie, sera considéré et traité comme un névrosé alors qu'un sujet qui témoignera de son délire ou de ses hallucinations, qui se montera persécuté ou mélancolique, sera diagnostiqué psychotique.

Il n'est pas rare cependant de rencontrer dans la clinique contemporaine, des sujets qui échappent à ces classifications classiques, pour lesquels les manifestations ne se présentent pas sous un jour extraordinaire, qui ne semblent pas tout à fait névrosés, mais pas non plus franchement psychotiques. Des sujets pour lesquels il apparaît plus délicat de s'orienter et de proposer un traitement singularisé.

La nosologie descriptive de l'actuelle pratique psychiatrique est basée sur la sémiologie du DSM, elle échoue à prendre en compte ces patients dans leur dimension subjective. Ainsi sont-ils souvent réduits à un comportement : alcoolique, toxicomane, anorexique, psychopathe, etc. Ces signifiants épinglent une conduite mais ne permettent pas de saisir la logique du cas, de préciser la structure, et rendent parfois sourd au discours du sujet, seule boussole pourtant pour orienter la prise en charge thérapeutique. Le comportement n'est, en effet, spécifique d'aucune structure.

Pour ces sujets présentant de nouvelles formes de symptômes et pour lesquels la bipartition de la nosographie classique névrose/psychose ne suffit plus, des nominations ont été fraîchement créées. On parle ainsi de *personnalités narcissiques* (DSM), d'*états-limites* (Otto Kernberg), de *psychoses blanches* (André Green). Ces classifications, issues du courant psychanalytique américain et de la théorie de la relation d'objet renvoient aux difficultés rencontrées avec certains patients, notamment dans les manifestations du transfert. Il s'agit d'une théorisation du moi fondée sur une pratique du contre-transfert orientée par une attention particulière aux comportements du sujet, au détriment de ses dires. Cette orientation privilégie l'analyse des effets imaginaires actualisés dans le transfert.

* Programme d'Études Cliniques d'Angers. Exposé issu du travail d'un groupe de recherche sur la psychose ordinaire, présenté le 7 mai 2010 lors de l'après-midi conclusive du PECA.

Dans le DSM, l'*état-limite* se caractérise aujourd'hui par un ensemble de signes – l'instabilité de l'humeur, la difficulté à contrôler les pulsions, les actions, les agirs ou les réactions impulsives souvent néfastes, les relations interpersonnelles instables, une difficulté avec l'intimité, une dissociation et une méfiance importante en présence de stress. Or, au-delà de cette réduction descriptive, le sujet insiste. Une fois tous ces signes repérés, rien n'est dit quant-au traitement de la souffrance du sujet et pour cause, il n'est pas pris du côté de sa logique de sujet vivant. Nouvelle impasse.

La psychose ordinaire

Face à ces impasses, l'expertise de la psychanalyse est convoquée dans les présentations de malades.

Dans notre champ, l'orientation donnée par les enseignements de Jacques Lacan et de Jacques-Alain Miller ne répond pas à ces « définitions rigides »¹. Elle permet, avec le concept de psychose ordinaire, d'introduire un « tiers exclus »² du repérage binaire – névrose ou psychose, concernant les cas pour lesquels l'hésitation est de mise. Pour autant, J.-A. Miller précise que « la psychose ordinaire intéresse votre savoir, votre possibilité de connaître quelque chose du patient. [...] Une psychose difficile à reconnaître telle quelle [qui se déduit] de petits indices variés »³, telle que la pratique de la présentation de malades nous invite à le faire. Ainsi, lorsque l'on n'a affaire ni à « la stabilité, la constance, la répétition de la névrose »⁴, pas plus qu'au fantasme constitué, à la relation au Nom-du-Père, à l'existence de la castration, au surmoi⁵, ni aux manifestations franches d'une psychose déclenchée, extraordinaire et délirante, nous devons penser à la psychose ordinaire, en cherchant à repérer le « désordre provoqué au joint le plus intime du sentiment de la vie »⁶ chez ces sujets, c'est-à-dire, le désordre relatif à la façon dont le sujet se vit, « vit sa propre vie, [...] sa manière de ressentir le monde environnant, de ressentir son propre corps, de se rapporter à ses propres idées »⁷. J.-A. Miller indique que cerner ce désordre, qui se présente différemment dans la névrose et dans la psychose, fait appel à « l'éprouvé »⁸ du clinicien, car il s'agit souvent d'« une question d'intensité »⁹. À partir de ce repérage fin dans le discours du sujet, il est possible de penser la question de la psychose ordinaire.

Pour autant, et contrairement à l'usage des notions d'*état-limite* qui ne situe les sujets ni du côté de la névrose, ni de celui de la psychose, la psychose ordinaire est une psychose avec forclusion du Nom-du-Père. Une psychose qu'on pourrait dire « dormante, non déclenchée, dissimulée, voilée »¹⁰.

Il est possible de repérer un point de bascule, un déclenchement dans la psychose extraordinaire, qui permet de d'isoler un avant et un après, un effondrement et une reconstruction du monde sur un mode nouveau par le délire ; la psychose ordinaire en revanche témoigne d'une certaine continuité, de discrets débranchements et rebranchements, à partir d'événements parfois discrets. Dans la psychose ordinaire, J.-A. Miller parle d'un « appareil supplémentaire »¹¹, permettant au sujet de s'en sortir, de survivre, un « faire-croire compensatoire au Nom-du-Père »¹², qui prend valeur d'une substitution du Nom-du-Père.

¹ Miller J.-A., « Effet retour sur la psychose ordinaire », *Quarto*, Bruxelles, n° 94-95, janvier 2009, p. 42.

² *Ibid.*, p. 41.

³ *Ibid.*, p. 42.

⁴ *Ibid.*, p. 44.

⁵ *Ibid.*, p. 47.

⁶ Lacan J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966.

⁷ Miller J.-A., *op. cit.*, p. 45.

⁸ *Ibid.*, p. 45.

⁹ *Ibid.*, p. 45.

¹⁰ *Ibid.*, p. 42 et 48.

¹¹ *Ibid.*, p. 48.

¹² *Ibid.*, p. 44.

La présentation de malades

Cette année, la présentation de malades a été riche d'enseignements dans ce registre. Cette jeune retraitée active, par exemple, n'avait jamais présenté de symptômes psychotiques. L'entretien a pourtant permis d'identifier une psychose, à partir d'un incident mineur auquel elle n'a pas pu répondre et qui l'a précipitée au bord d'un réel où l'angoisse de la déshumanisation s'est imposée à elle. Au contraire, on pensait de toute évidence que cet homme polytoxicomane, ne craignant ni la prison, ni la violence était un sujet psychotique. Son énonciation de sujet souffrant et divisé, l'amour de l'Autre qui l'a soutenu dans l'horreur des contingences de la vie et a servi d'appui à son fantasme, ont permis d'en saisir la logique névrotique.

Dans notre champ, ces entretiens avec des malades hospitalisés sont à saisir comme une proposition qui leur est faite, au-delà du signe manifeste, de témoigner de leurs impasses, de construire les coordonnées d'un effondrement subjectif, de rendre compte de leurs points d'ancrage et de leurs modes de jouissance, ce témoignage favorise également la mise à jour des modalités du transfert, des liens établis par le sujet dans l'institution.

Dans cette pratique clinique qui ne se réduit pas à la sémiologie, la position de l'analyste est celle d'un refus de « la folie de la compréhension »¹³, d'un accueil de l'effet de surprise qui surgit du dispositif même – la rencontre d'un sujet et d'un analyste devant un public d'étudiants, à visée d'enseignement – et d'un impératif de précision. L'enjeu est là : permettre au sujet – aidé des vertus de la parole, guidé par les menus détails de son langage – de cerner les phénomènes et ainsi s'éloigner de l'impossible à supporter afin de pouvoir commencer à parler.

Nécessité du diagnostic et conduite du traitement

C'est ainsi que nous avons reçu Didier, quarante-cinq ans, accueilli pour la quatorzième fois à l'hôpital en trois ans. Il est souvent réduit à ses conduites alcooliques et délictueuses. Il boit en effet régulièrement jusqu'à l'ivresse, notamment depuis la mort de son père, il y a neuf ans. Il demande à venir à l'hôpital pour être sevré, ressort toujours rapidement, convaincu et convaincant, mais boit à nouveau dès ses sorties de l'hôpital. Il est volontiers bagarreur et d'une grande sensibilité à l'autre, présente depuis toujours et qui l'amène à être parfois agressif – des passages à l'acte l'ont conduit devant la justice. Didier se montre « impulsif, intolérant à la frustration » dit-on. Dans le service, il pose des revendications contre les interdits, cherche à séduire les femmes, est très à son aise.

Nous pouvons repérer dans l'entretien de la présentation les modalités de ce que J.-A. Miller nomme « l'externalité sociale » de la psychose ordinaire, c'est-à-dire la relation à la réalité sociale, appréhendée ici sur « le versant positif de l'identification sociale »¹⁴. Didier est *désosseur*, mais c'est pour lui bien davantage qu'un travail. Il s'agit d'une identification fondamentale, basée sur le lien à un substitut paternel. Il travaille dix-huit heures par jour à sa tâche, s'investit sans relâche, veut être le meilleur. J.-A. Miller rappelle que « [...] de nos jours, le Nom-du-Père est le fait d'être nommé, d'être assigné à une fonction, d'être *nommé à* »¹⁵. Être *désosseur* a pour Didier la valeur d'une fonction symbolique, substitutive à la forclusion de la fonction paternelle. La perte de ses emplois de *désosseur*, du fait de sa consommation d'alcool, eut pour conséquence des moments de vacillement qui ont accentué son alcoolisme et sa désinsertion. Ces éléments puisés dans son discours permettent déjà d'apprécier l'intensité de l'identification sociale et sa fonction pour le sujet, nous aidant ainsi à orienter le diagnostic.

¹³ Miller J.-A., « Enseignements de la présentation de malades », *La conversation d'Arcachon – Cas rares : les inclassables de la clinique*, Paris, Agalma, Le Seuil, 1997, p. 292.

¹⁴ Miller J.-A., « Effet retour sur la psychose ordinaire », *op. cit.*, p. 45.

¹⁵ *Ibid.*, p. 46.

L'impasse serait là : rester focalisé sur cette jouissance manifeste et la répétition de ces conduites ne nous permet pas d'entendre sa position de sujet et sa souffrance. Il ne s'agit pas de les interpréter mais d'en saisir la valeur. Cet homme nous indique par exemple que boire, « ça comble, ça me fait rappeler mon père, quand je bois, je suis avec mon père, ça me rappelle les bons souvenirs avec mon père ». La seule alternative à cela pour retrouver son père étant la mort : « Je ferais mieux de rejoindre mon père [...] J'ai pas d'idées noires, mais pas loin. Je ne mange pas, j'entretiens plus mon appartement, j'ai goût à rien, ça me dégoûte de voir mon appartement comme ça ». Didier témoigne là de pensées mélancoliformes, il se vit alors comme déchet, se néglige, n'entretient plus son intérieur.

J.-A. Miller situe là par exemple « l'externalité subjective »¹⁶ de la psychose ordinaire. Depuis la mort du père, le vide, le néant se dévoile pour le sujet, ce qui le laisse sans ressource face à la pulsion. Pour autant, Didier demande de l'aide : « je vais arrêter tout ça, je veux qu'on m'aide, je suis perdu, je n'en peux plus, je veux changer de vie ».

L'intérêt du diagnostic est de nous aider à réserver certaines interventions, ou d'en soutenir d'autres : ne pas interpréter les phénomènes élémentaires par exemple. Là où l'interprétation de l'analyste dans la névrose vise à couper le sens et faire surgir l'énigme, il s'agit au contraire, dans la psychose, de ne pas toucher « au joint du sentiment de la vie », qui selon Lacan est affecté d'un « désordre » pour le sujet psychotique.

Dans le cas de Didier, le diagnostic de psychose permet de parer au mauvais usage de la parole. Ce sujet témoigne d'une expérience douloureuse dans un groupe de parole : invité à s'y analyser, soit à analyser le passé, « prendre conscience », ceci eut pour effet de faire vaciller les semblants et de précipiter l'angoisse. L'entretien de la présentation permit de mettre cela au jour, et la suite du traitement en fut orientée. Entendu dans l'usage qu'il pouvait faire de l'institution, un soutien au plus près fut proposé à ce patient qui a pu rester hospitalisé plus longuement, malgré sa constante volonté de sortir vite.

Didier cherche une nouvelle voie, soutenu par ceux à qui il s'adresse. Il utilise bien souvent cette métaphore : il cherche à se « remettre sur les rails », à « prendre la bonne route au croisement », écarté de cette tentation d'interpréter le passé, il fut soutenu dans l'élaboration de solutions qui ne font pas interprétation : reconnaître et faire valoir la nécessité pour lui de s'appuyer sur des figures qui l'aident à s'écarter de la jouissance dévastatrice de l'alcool, qui le soutiennent, le surveillent, le guident, tout en pacifiant ce rapport à ces autres parfois discrètement persécuteurs (le responsable de l'association d'anciens buveurs, la personne qui l'encadre dans son travail, sa sœur, une amante). Il disait pendant la présentation : « Quand j'ai des aides, je peux parler quand je vais mal, tandis que chez moi, j'ai que des murs ». Ces rencontres lui permettent de trouver une voie où il pourrait se présenter fièrement auprès de son père, façon de se faire une place auprès de l'Autre et de recouvrir ainsi le trou, le vide complet laissé par le père, à sa mort. Une façon de renouer avec l'idéal, de retrouver une certaine idée de sa valeur qui avait été mise à mal, et un corps qui ne soit pas « une porcherie ».

¹⁶ *Ibid.*, p. 46.