

## Guérir ou ne pas guérir Paulo SIQUEIRA

Comme vous savez, la Psychanalyse est apparue d'abord comme une nouvelle méthode psychologique aux vertus thérapeutiques. Pour Sigmund Freud, c'est, vous le savez aussi, par un heureux hasard qu'il découvre la Psychanalyse, au détour de ses traitements des hystériques, par l'hypnose. Il la découvre grâce à des sujets qui, au lieu d'obéir simplement aux consignes suggestives de Freud, lui ont fait la demande de raconter leurs rêves et d'en parler à leur guise, verbalisant librement les idées qui leur passaient par la tête au décours de récit de ces rêves. La découverte de la Psychanalyse est donc contemporaine de la trouvaille faite par les sujets hystériques de la méthode de l'association libre. Freud ne s'est pas contenté de tirer les conséquences du bien fondé thérapeutique de cette méthode sur les seuls malades, il les a aussi vérifiées dans l'analyse de ses propres rêves pour en tirer les lois d'une Science des Rêves. Par la suite il en fait les lois de l'esprit humain, soit, la Science Psychanalytique tout court. Cette science appliquée dans un premier temps à la cure des névrosés, s'est étendue comme on sait à tout le champ de plus en plus large des activités psychiques, du symptôme névrotique au rêve, des rêves aux mots d'esprits, de ces derniers à tout ce que Freud a dénommé de « Psychopathologie de la vie quotidienne » : actes manqués, lapsus, *etcetera*. Bref, on est passé des « Formations de l'Inconscient » selon les termes de Lacan aux névroses et avec l'analyse du cas paradigmatique du Président Schreber, les psychanalystes ont étendu l'application de la psychanalyse à la maladie mentale proprement dite, soit, aux psychoses.

Pourtant, au fil de l'histoire de la cure psychanalytique, on a abouti à un constat douloureux : les effets thérapeutiques de la Psychanalyse se sont émoussés, les traitements sont devenus de plus en plus longs et Freud a pu conclure dans la direction de certaines cures ce fait étonnant : le progrès d'une analyse peut avoir pour effet paradoxal « une réaction thérapeutique négative ». Ce constat n'est pas sans conséquence pour l'invention par Freud de nouveaux concepts qui cherchent à rendre compte du phénomène : compulsion de répétition, masochisme primaire, autant de notions qui sont appelés à la rescousse pour expliquer un penchant irréductible chez les sujets à se fixer à leur symptôme, à tirer des bénéfices de leurs maladies, bref à en jouir et à résister de façon quasi insurmontable à y renoncer.

Finis le temps où le sujet en analyse guérissait par la seule vertu du déchiffrement de ses symptômes, par l'interprétation de ses formations de l'Inconscient.

Lacan est parmi les psychanalystes parus après Freud, celui qui a le mieux su tirer parti des conséquences de l'inertie propre au sujet qui se soumet à la cure analytique.

Pour schématiser l'évolution lacanienne de son interprétation de Freud : Jacques Lacan commence par traduire les formations de l'inconscient en termes de signifiants, mais, parmi les éléments constitutifs du sujet il trouve un objet à part, une déduction dérivée des objets des pulsions partielles de Freud et de l'objet transitionnel de Winnicott, l'objet petit (a). Cet objet a pour caractéristique de ne pas être un signifiant et par conséquent de ne pas être réductible à la parole. Il est un résidu, un reste du processus de signifiantisation propre à la

cure analytique, il n'est donc pas assimilable au symbolique, il échappe aussi bien aux effets de la parole analysante et qu'aux interprétations du psychanalyste. Lacan le qualifie d'élément condensateur de la Jouissance et il lui assigne une place de choix dans fonction du Psychanalyste, soit, celui de l'extraire du fantasme fondamental du sujet. Irréductible à l'opération freudienne de l'interprétation, voire de la construction, pour Lacan l'extraction de cet objet relève d'une opération qui va au-delà de l'interprétation et de la construction freudiennes et qu'il définit comme Acte psychanalytique. Cet objet est aussi, par conséquent, l'os de la pathologie du sujet, celui auquel i s'attache comme à la prune de ses yeux, que le sujet ne veut lâcher. Désormais, pour Lacan, l'analyste n'est plus seulement le destinataire du message chiffré contenu dans le symptôme, il est certes en place de l'Autre de la vérité et de la Loi symbolique, mais il tient aussi dans la cure la fonction de semblant de cet objet petit (a).

Les choses n'en restent pas là quand il s'agit de la cure des psychotiques. Freud, lui, ne croyait au transfert chez le psychotique. Lacan, oui ! À partir de Freud, Lacan a promu une théorie des psychoses fondée d'abord sur le mécanisme de la *verwerfung*, autrement dit du rejet ou de la forclusion d'un signifiant primordial, le Nom du Père, fondement de l'ordre symbolique. D'où l'axiome lacanien : « ce qui est forclus dans le symbolique fait retour dans le réel », le plus souvent comme phénomène élémentaire : hallucinations, délires, *etcetera*. Lacan a fait par la suite un pas de plus dans sa conception du Nom du Père en le pluralisant, en parlant dans son Séminaire inachevé dont la seule leçon date du 20 novembre 1963, intitulée *Des Noms-du-Père*, publiée par les soins de Jacques-Alain Miller dans les Éditions du Seuil en 2005, par conséquent bien après le décès de Jacques Lacan qui s'est refusé à publier ce texte de son vivant. Cette pluralisation a eu pour conséquence immédiate l'*excommunication de Lacan* de l'Association Internationale de Psychanalyse. C'est du moins ce qu'en a pensé Lacan qui n'a jamais voulu non plus donner suite aux thèses sur la fonction paternelle qu'il a énoncé dans cette première leçon.

Il a fallu longtemps pour qu'on s'aperçoive des avantages que cette avancée de Lacan, a pu contribuer dans l'action analytique auprès du psychotique, soit, la possibilité permettre de trouver des suppléances au Nom du Père forclus.

Lacan introduit plus tard dans son enseignement la notion de forclusion généralisée avec la conséquence surprenante manifeste dans son assertion « tout le monde est fou, c'est-à-dire, délirant ». Ceci aboutit à une nouvelle conception du sujet lacanien : dans un premier temps structuré comme un langage, le sujet avait la propriété de cantonner sa jouissance, de la condenser dans le seul objet du fantasme, l'objet petit (a). Selon une logique signifiante, le phallus devient le corrélatif symbolique du petit (a), soit, une signification capable d'opérer une localisation privilégiée de la jouissance dans le Phallus symbolique, qui devient selon Lacan le Signifiant de la Jouissance.

Or, dans son tout Dernier Enseignement, Lacan élargit progressivement le concept de Jouissance qui va s'éteindre au-delà du phallus. La jouissance se présente dès lors comme signe du réel dont l'objet (a) n'est qu'un semblant. Dans ce dernier enseignement de Lacan, le paradigme freudien de la psychose qui était le cas du Président Schreber est remplacé par le cas de James Joyce. Lacan ouvre ainsi la Psychanalyse d'autres voies pour un traitement possible des Psychoses en introduisant une nouvelle notion, celle du *Sinthome*, à partir d'une transformation de l'orthographe du symptôme mais qui désigne aussi un renversement de la signification psychanalytique de celui-ci.

De telle sorte que, sortant de la logique signifiante qui fait du symptôme une métaphore, Lacan opère un renversement de sa théorie du sujet grâce à l'écriture borroméenne. Avec cette écriture, le symptôme acquiert la fonction d'un quatrième cercle qui noue les trois autres cercles du Symbolique, de l'Imaginaire et du Réel. Lacan, à la même époque, va dire par exemple, que le père, voire, le complexe d'Œdipe est le symptôme de Freud et qu'on peut se passer du Nom-du-Père, à la condition de s'en servir. Paradoxe, donc ! Le Père qui était dans le premier enseignement de Lacan, sous la forme de la métaphore paternelle, la clef de voûte de l'Autre, fait perdre de la consistance à cette instance de l'Autre, ce qui a pour conséquence de faire vaciller le statut de l'inconscient freudien lui-même défini par Lacan au début de son enseignement comme Discours de l'Autre. Désormais c'est plutôt la thèse proférée de l'Autre n'existe pas qui fait florès dans l'orientation lacanienne, thème développée toute une année dans un cours de Jacques-Alain Miller et Éric Laurent qui a fait date.

Lacan poursuit dans ce chemin et à défaut de l'Autre qui n'existe pas il met l'accent sur l'UN qui n'est pas l'image totalisante du Moi, mais le résultat d'un nouage possible des trois instances du Symbolique, de l'Imaginaire et du Réel par le *sinthome joycien*.

Une nouvelle perspective s'ouvre pour la pratique analytique, en particulier dans le traitement des psychoses. Alors que Freud désignait un incurable structural, celui dont les limites se situaient dans le roc de la castration (crainte de la castration pour le mâle et envie du pénis pour les femmes), et qui avait pour fondement métapsychologique le refoulement originaire, Lacan, par son nouveau concept de *sinthome*, envisage un réaménagement des restes symptomatiques par un nouage borroméen du Symbolique, de l'Imaginaire et du Réel. C'est ce que Lacan constate dans la cure du névrosé, mais qui est attesté grâce à l'expérience de la passe dans le passage de l'analysant à l'analyste. Le nouage par le *sinthome* des trois registres cités c'est ce qui peut permettre au psychotique de re-ordonner sa Jouissance par définition, illimitée et généralisée, de la localiser et tempérer, non pas seulement par une suppléance du Nom du Père, mais par une nouvelle alliance entre Symbolique et Imaginaire d'un côté et le Réel sans Loi, de l'autre, par un réaménagement de sa Jouissance. Cela exige du praticien, beaucoup de doigté, de tact et d'invention car ici il ne suffit pas de jouer sur l'équivoque du langage pour y arriver. Car nous ne sommes plus dans le sujet de l'Inconscient structuré comme un langage mais au niveau du *parlêtre* dont le fondement est *lalangue*. Le langage devenu dans le Dernier Enseignement de Lacan « une élucubration » sur *Lalangue*. *Lalangue* qui devient le fondement même de l'être parlant, le *parlêtre* est le nouveau nom du sujet lacanien.

C'est cette opération de nouage borroméen qui peut faire sortir le psychotique de son isolement provoqué chez lui par la rupture de tout lien social établi, par son débranchement d'avec les autres. Mais ce lien social établi par les lois du langage, le psychotique ne peut pas s'en passer car c'est par la parole qu'il peut réussir l'opération qui lui permet la création d'un Autre de fiction sur mesure.

## Ce qui ne changera pas Dominique ROUSSEAU

Régler sa vie comme du papier à musique n'est pas sans conséquences : l'inattendu, qui fait le vivant même de l'existence, n'y trouve aucune place. Ce refus fondamental de l'imprévu au sein d'un « ordre de fer », ne manque pas de faire retour par un « Autre méchant » qui vous veut du mal, dont vous égrainez les mauvaises intentions au fil des jours, et qui vous met au bord de la rupture du lien social.

Le processus thérapeutique suivi n'est pas celui d'une « mise en mots » du mal dont souffre la patiente dont il sera question, d'une conquête du sens sur la jouissance, d'une victoire du Symbolique sur le Réel.

C'est l'approche progressive, le *durcharbeiten*, le lent dessin de quelques bords de la masse informe de la jouissance en jeu, séance après séance, qui est curatif. Le ressort en est la place faite dans la cure à la *contingence* au milieu d'une vie qui n'en veut pas (c'est là sa forclusion) : c'est ainsi que surgit un signifiant hors sens (S1) « cruelle », avec son effet de corps, véritable « électron libre » par rapport aux chaînes signifiantes de la patiente. La thérapeutique est donc donnée non par *l'éradication* mais par *la production* de l'incurable de la « cruauté ».

Toutefois, entrant dans l'étroit corridor de la discussion autour des situations constantes de persécution évoquées par la patiente, il n'est pas simple de ne pas se laisser glisser vers le délire. Avoir recours à l'interprétation pour soigner constituerait une construction supplémentaire dans la dimension du sens : pour un sujet justement malade d'une inflation de sens, c'est une logique très mal venue par conséquent. Travailler avec le sens, c'est compter sur un « garant de la vérité » toujours à l'horizon du sens, autrement dit c'est compter sur « le Père ». C'est ce que fait le psychothérapeute. Mais pour le praticien orienté par la psychanalyse lacanienne, c'est une pratique qui peut conduire au pire parce que cet Autre de la garantie de la vérité n'existe pas et que le patient psychotique est malade de ça : de son incroyance fondamentale dans ce semblant du Père. Une « fuite du sens » sans « point de capiton » peut alors se déclencher. Le psychanalyste Eric Laurent (1) nous indique quelle direction suivre pour éviter ce dérapage progressif vers le délire du patient, délire toujours tressé avec le sens, voire entièrement immergé dans celui-ci. Il s'agit de parler avec lui des S1 de ses phénomènes élémentaires *sans interpréter*. « Cruelle » est un S1 de la patiente dont la condition de production fut la réduction maximale du sens. Cette « cruauté » ne constitue donc en rien un « message » à interpréter par le praticien parce qu'elle vient directement mettre en jeu la jouissance qui engage son corps. Il s'agit alors d'en évaluer la portée pragmatique: bien que persécutée, la vie sociale de la patiente s'étoffe un peu et, en

cure, elle parvient à arracher à sa jouissance quelques lambeaux dont elle n'avait jamais parlé auparavant : solitude immense, auto- et hétéro-destruction, tristesse sans nom, etc.

Elle prend goût à la parole, se fait plus gaie et, fait nouveau, *le manque* commence à se faire sentir en elle.

Qu'est-ce qu'indique, dans la cure, cet avènement du signifiant «cruelle» si ce n'est un consentement à céder un peu sur sa jouissance en la délocalisant légèrement de l'Autre à soi ?

Dans la pratique comme dans la théorie, il s'agit, dit le psychanalyste Jacques-Alain Miller, de « prendre le point de vue du «sinthome» : savoir qu'il y aura ce qui ne changera pas, c'est l'incurable inscrit sur la porte d'entrée » (2). Aussi nous invite-t-il à une « pratique post-joycienne de la psychanalyse, celle qui ne recourt pas au sens pour produire l'énigme de la jouissance ».

C'est cette pratique de l'incurable qui invite le sujet à parler de ce qui ne se déchiffre pas de son symptôme, qui fait que la patiente va moins mal. Ainsi, en commençant à construire un discours sur elle-même qui fasse une place à la « vérité sans vérité » (3) de sa « cruauté », la patiente ouvre-t-elle sa frêle incise dans le monde... sachant qu'il lui reste toujours à trouver un aménagement de sa jouissance pour s'y faire enfin une place.

---

(1) Laurent, E., *Interpréter la psychose au quotidien*, Revue Mental n°16, octobre 2005, p. 9 à 24.

(2) Miller, J.-A., *Nous sommes poussés par des hasards à droite et à gauche*, Revue ECF 71, page 71.

(3) « Il n'y a pas, vous ai-je dit, d'Autre de l'Autre. Il n'y a dans l'Autre aucun signifiant qui puisse dans l'occasion répondre à ce que je suis. [...] la vérité sans espoir [...], celle que nous rencontrons au niveau de l'inconscient, est une vérité sans figure, une vérité fermée, pliable en tous sens. Nous ne le savons que trop – c'est une vérité sans vérité », Lacan, J., *Le Séminaire*, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, leçon du 8 avril 1959, publiée in *Ornicar ?* n° 25, rentrée 1982, Le Hamlet, p.32.

## Du corps en trop Agnès MORA OGER

Il semble nécessaire de commencer cette intervention en allant chercher du côté de l'étymologie du mot « incurable » dans les origines de la langue française afin d'avoir en tête ce que nous souhaitons développer ici.

D'après le *Robert* nous trouvons ceci : « du latin *curare* qui signifie soigner, guérir. Le mot incurable date de 1314 et est emprunté au bas latin *incurable*, inguérissable. *L'hospice des incurables* fut construit en 1634 à Paris. »

Nous comprenons que cette question de l'incurable est ancienne mais elle reste d'actualité puisque nous en faisons aujourd'hui le thème de ce colloque.

Pour nous cliniciens, cette question est fondamentale dans le sens où nous devons nous-mêmes interroger nos propres limites quant au désir de vouloir soigner et peut-être guérir nos patients, en tous cas tenter de les sortir d'un mécanisme de répétition morbide dans lequel ils sont pris.

Or, nous travaillons ici avec la psychanalyse qui fait appel au sens inconscient du symptôme. Nous ne pouvons pas nous contenter comme certaines approches thérapeutiques le font, d'éradiquer le symptôme au risque de le voir ressurgir sous une autre forme peu de temps après.

Il s'agit pour nous d'entendre l'inconscient du sujet et de tenir compte de ses mécanismes.

Je reprendrai cette citation de Freud extraite de *Deuil et Mélancolie* : « il [l'homme] pourrait bien selon nous, s'être passablement approché de la connaissance de soi, et la seule question que nous nous posions, c'est de savoir pourquoi l'on doit commencer par tomber malade pour avoir accès à une telle vérité. » (1)

Freud nous délivre ici une réflexion précieuse pour notre travail de clinicien puisqu'il s'agit d'entendre la vérité du sujet à travers son symptôme. Lors le mot guérir prend une toute autre valeur et la notion même d'incurabilité nécessite que l'on s'interroge tout simplement sur notre positionnement éthique et sur sa dérive possible qui serait vouloir « guérir à tout prix ».

La vignette clinique que je vais vous exposer retrace le cas d'une patiente anorexique de 17 ans pour laquelle sa vérité semble s'inscrire dans le mauvais traitement qu'elle fait subir à son corps. De quel message est porteur ce corps squelettique qui nous rappelle les fantômes des camps d'Auschwitz ? Derrière l'horreur de ce corps « informe » qu'elle donne à voir, que vient nous dire l'anorexique dans son rapport au monde et aux autres ? Cet extrait de paroles me semble révélateur du cauchemar dans lequel elle est : « Tout ce qui m'intéressait, c'était moi, mon corps, ma détresse. Mes activités principales : manger, vomir, me détruire... » (2)

Cette pathologie régressive profonde vient directement nous interpeller sur la possible « mise en parole » du corps quand précisément l'accès au langage est massivement barré pour le sujet.

L'anorexique pourrait vouloir dire « plutôt mourir que d'avalier cette vérité qui n'est pas la mienne ». Le corps de l'anorexique, à la fois fascinant et terrorisant, vient nous

bousculer, nous heurter dans le mystère qu'il suscite : comment un sujet peut-il maintenir sa jouissance dans l'auto-destruction de son propre corps ? Le titre de mon intervention « le corps en trop » vient traduire ce que j'ai pu observer dans mon travail avec de jeunes patientes anorexiques c'est-à-dire cette manifestation paroxystique du refus par le corps d'être enfermé dans le désir de l'Autre maternel.

J'ai eu l'occasion de développer ce questionnement dans le mémoire de dernière année à l'Université Paris VII où je suivais le séminaire de Madame Laurie Laufer sur *Le corps mélancolique*. Il s'agissait d'interroger la question du lien passionnel à une imago maternelle « incestuelle » et de l'impossible séparation qu'il induit alors chez le sujet puisque « se séparer » viendrait résonner avec lâcher l'objet, le détruire.

J'ai eu l'occasion de voir le film d'une réalisatrice québécoise qui s'intitule *La peau et les os...après*. Cette réalisatrice s'appelle Hélène Bélanger Martin. C'est une ancienne anorexique de 35 ans qui a réalisé son film 17 ans après avoir joué son propre rôle dans le court métrage de Johanne Prigent : *La peau et les os*. Je vous parle de ce film parce qu'il m'a beaucoup aidée à entendre les souffrances indicibles de ces jeunes filles souffrant d'anorexie mentale mais cela m'a également permis de continuer à croire en la possibilité qu'un jour certaines de ces jeunes filles soient non pas « guéries » puisqu'elles parlent de cicatrices profondes mais en tous cas qu'elles existent comme sujets en suivant leurs propres désirs.

J'ai rencontré la patiente dont je vais vous parler dans une institution parisienne de soins pour adolescents. J'ai été sa Co-thérapeute pendant un an avec une psychologue, Madame C, qui la suivait déjà seule depuis 2 ans. D'emblée s'est posée la question du corps en trop. Le mien tout d'abord, car lorsque Mme C. m'a présentée à elle, j'ai perçu que je venais faire intrusion dans une relation fusionnelle où il n'y avait pas de place pour une autre. Cette relation thérapeutique avec la psychologue jouait à l'identique la relation tyrannique qu'Eve entretenait avec sa mère et ses sœurs mais aussi avec les autres adolescentes souffrant de la même pathologie qu'elle.

Son fonctionnement s'articulait autour de deux axes : le rejet ou la fusion. Il était donc question pour moi d'investir la place du tiers séparateur sans être prise dans l'un de ces deux modes de relation à l'objet. Comme le soulignait Pierre Fédida à partir de sa clinique avec des sujets présentant des troubles alimentaires :

« La sémiologie du fantasme est ici extrêmement riche et variée. Elle met en jeu dans la cure la problématique axiale de l'incorporation en assurant au contenu alimentaire l'ambivalence d'un objet réparateur et destructeur ou encore gratifiant et persécuteur. » (3)

Voici un extrait de l'histoire d'Eve. Elle se présente à l'image d'une « Blanche- Neige des Temps Modernes », très brune, très pâle, chétive mais ayant dans le regard la détermination perceptible d'aller jusqu'au bout du « choix » d'être anorexique au prix de sa propre mise en danger.

Je perçois de façon intense, cette marque identitaire comme l'unique mode de révolte et par là-même de survie psychique qui s'offraient à elle. Eve est la benjamine d'une fratrie de filles. A l'époque où je la suis, elle a 17 ans, sa sœur aînée a 20 ans et sa sœur cadette 15 ans. Elle entretient des relations très conflictuelles avec sa sœur aînée qui réussit brillamment ses études. A cette période, Eve est en échec scolaire, elle redouble sa Première mais retourne difficilement au Lycée malgré les aménagements qui lui sont proposés en accord avec le médecin scolaire. Il se joue tout autre chose avec sa sœur cadette. Celle-ci n'apparaît pas comme la rivale mais plutôt comme l'enfant dont Eve serait la mère. En effet, cela lui arrivait de préparer à manger pour sa sœur lorsque celle-ci avait une dizaine d'année et de la nourrir à la petite cuillère. Eve en parlait également comme un double d'elle-même. La sœur cadette est

elle aussi dans une problématique alimentaire de type boulimique mais elle ne se fait pas vomir. La mère est décrite comme étant sa seule « amie », Eve la harcèle au téléphone et lui dicte les courses qu'elle doit faire pour ses futures crises... Le père est présenté comme un homme dépressif qui manifeste une réelle dénégation quant à la gravité de la pathologie de sa fille.

Le début des troubles alimentaires s'inscrit, selon Eve, à la suite d'attouchements de la part de quatre garçons de sa classe pendant ses années de collège contre lesquels elle dit ne pas avoir pu ni se défendre ni en parler à son entourage. Elle évoque des sentiments de honte et de culpabilité ainsi qu'une envie de s'effacer. C'est un an après cet épisode traumatique des attouchements, qu'Eve arrête de se nourrir pendant 10 jours consécutifs. Elle pèse alors 42 Kg. Elle dit s'être sentie « salie » et souhaitait « être quelqu'un d'autre ». Elle voulait disparaître. Eve a 14 ans lors de sa première prise en charge psychothérapeutique.

Les troubles alimentaires prennent tout d'abord une forme restrictive pure puis deviennent mixtes avec des crises de boulimie. Suite à l'aggravation de ses symptômes, Eve se fait hospitaliser à Paris dans différents services spécialisés dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Eve mettra en échec l'équipe médicale à chacune de ses hospitalisations dans l'institution où je la rencontre quelques années plus tard. Elle reviendra l'année suivante pour une nouvelle hospitalisation pendant laquelle apparaîtra alors un mouvement dépressif profond. Lors d'une des dernières hospitalisations, Eve fait part au pédiatre qui la suit d'une grande détresse et évoque son impuissance face à la maladie. Quelque chose semble lâcher du côté de sa toute puissance. En janvier de cette année-là, Eve va très mal. Elle pèse alors 31 Kg. Je la rencontre en octobre, elle est alors hospitalisée en séquentiel. Il me semble que l'année où je l'ai suivie a été ponctuée par deux moments significatifs dans son travail thérapeutique : la participation au procès de ses agresseurs et l'écriture d'un journal lors d'un séjour à la clinique de la Villa Montsouris cette même année.

Je pourrais dire qu'il s'agissait là de deux moments de nouages symboliques où Eve est apparue comme sujet de sa propre histoire. La psychologue et moi avons travaillé sur l'épisode des attouchements en convoquant la reconnaissance par un Autre du traumatisme subi. Le chemin jusqu'à ce procès a été très difficile puisque 3 ans se sont écoulés avant qu'Eve accepte de faire cette démarche. Il était essentiel, je dirais presque vital, que soit reconnu et puni par la Loi ce qu'elle avait vécu comme une terrible salissure dans son corps et se traduisait par un anéantissement de son fonctionnement psychique. Le statut de victime dans lequel la Loi l'inscrivait a sans doute permis à Eve de sortir en partie du sentiment de culpabilité dans lequel elle s'enfermait en permanence et à propos de tout : coupable de ne pas être l'enfant parfaite, coupable de faire du mal à ses parents, coupable de ne pas réussir à guérir....

Je dirais que ce procès a certainement permis la mise en mots de quelque chose d'indicible dans son histoire qui va au-delà de cet épisode des attouchements. Il semblerait en effet qu'Eve, à travers sa pathologie, donnait à entendre de tout son être le désespoir, comme l'a dit Pierre Férida « d'une parole qui ne remplit rien » (4). Là, ses mots témoignaient enfin de sa vérité. Il lui devenait possible d'être actrice de sa propre histoire. Eve se dira satisfaite d'avoir pu parler devant le juge de sa souffrance physique et psychique et surtout que ses agresseurs aient pris conscience de leurs actes. La charge d'agression sexuelle sur mineure a été retenue contre eux et figurera dans un casier judiciaire. Sur les quatre jeunes hommes, trois se sont excusés et ont reconnu leurs torts. Le second moment significatif dans le travail que j'ai pu faire avec elle, s'est produit en mai lors d'une hospitalisation à sa demande en clinique privée où le protocole prévoyait une semaine d'isolement. Il s'agissait pour Eve, dont le poids avait chuté en dessous des 34 Kg, de faire face à sa jouissance dans ce qu'elle



appelait son besoin de vomir.

Cette compulsions la maintenait dans une toute-puissance vis-à-vis des soignants mais aussi de son environnement familial. En préparant l'hospitalisation avec Eve, nous lui avons proposé de mettre en mots dans un petit carnet que nous lui avons offert, toutes les angoisses qui pourraient l'assaillir lors des moments où elle ne pourrait pas se faire vomir. La psychologue étant en vacances à la fin de la semaine d'isolement d'Eve, je suis donc allée lui rendre visite seule. Je me suis rendue compte que l'angoisse, qui surgissait lors de ses crises de boulimie suivies de vomissements, venait se loger dans l'écriture. Eve s'était mise à tout écrire, à faire des listes de ce qu'elle pouvait manger et garder, ce qu'elle s'autorisait à manger mais qu'elle devait absolument vomir après, ce que sa mère devait lui apporter avec des codes couleurs suivant ce qui devait être caché à l'équipe soignante ou pas...L'écriture devenait une véritable obsession et traduisait le besoin irrésistible de tout contrôler...de peur de prendre conscience qu'elle ne maîtrisait plus rien. Je me préoccupais alors du bienfondé de ce carnet tout en constatant que quelque chose bougeait en elle. Il me fallait accepter l'idée que le chemin à parcourir jusqu'à un mieux-être était encore très long et escarpé. Il semble cependant pertinent de mettre en avant ce qui s'est joué dans le transfert avec cette jeune femme.

Cet Autre que nous représentions la psychologue et moi, avait tenu dans le temps sans lâcher malgré les moments où l'on avait l'impression qu'elle flirtait avec la mort et que nous étions les témoins impuissantes de son autodestruction. Nous étions prises dans un paradoxe face à un sujet qui pour exister devait disparaître... Il semble également pertinent de souligner ce qui s'est joué autour du regard. En effet, l'anorexie mentale donne à voir ce qui ne peut se dire. Il s'agissait alors pour nous de voir au-delà de ce corps qui prenait toute la place dans la vie pulsionnelle d'Eve. Notre travail de reconnaissance du sujet et de son désir a peut-être permis à Eve de reconstruire la représentation qu'Eve avait d'elle-même. Le titre de mon intervention aurait pu être « du corps au carnet » car il semble que dans l'après-coup, celui-ci ait été porteur d'une inscription symbolique. Je l'ai croisée par hasard un an après, dans l'institution pour adolescents où je travaillais en région parisienne. Elle était hospitalisée à temps plein dans un service soins-études où elle poursuivait sa classe de Première.

C'est elle spontanément qui m'a reparlé de ce carnet. Elle m'a expliqué que cela l'avait aidée à prendre conscience de sa maladie et à accepter de se faire aider pour tenter d'en sortir. En discutant avec la psychologue qui la suivait, j'ai pu avoir d'autres éléments. Eve entretenait une relation amoureuse avec un garçon du même service qu'elle et avait réussi à réinvestir ses études. Elle est cependant toujours prise dans un fonctionnement boulimique mais elle se fait moins vomir. Peut-on parler de guérison ? La réponse est non. Cela nous amène à une autre question : Eve est-elle incurable ? Je n'ai pas la réponse car quelle qu'elle soit, il me semble qu'elle viendrait figer le sujet dans ce qu'il en est de sa vérité à travers la maladie.

(1) Freud Sigmund, *Deuil et mélancolie* (page 150) in *Métapsychologie*, Folio essais, Gallimard, 2003.

(2) Extrait de *La peau et les os...après* d'Hélène Bélanger Martin, Paris Novembre .

(3) Fédida Pierre, *Corps du vide et espace de séance*, J.P Delarge, Paris, 1977.

(4) Fédida Pierre, « Une parole qui ne remplit rien », *Figures du vide*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, N°11, Gallimard, Paris, 1975.

## Le revers de l'irréversible Dario MORALES

C'est en travaillant sur la question de la « dangerosité » que nous avons rencontré le champ de l'incurable, de l'intraitable. Celui-ci désigne le point de « limite » auquel mène toute cure. Chaque prise en charge, qu'elle soit difficile ou pas, permet de découvrir cette part qui échappe à l'interprétation, la part incurable du symptôme, son noyau de jouissance. L'idée est d'inverser la démarche habituelle, qui consiste à poser l'incurable comme la limite qu'il s'agit de faire reculer, et de poser plutôt l'incurable au fondement même de la clinique. Il y a donc un résidu constant, point de buté, bénéfique de la maladie ou répétition permanente dans chaque cure ; toute la question est de savoir comment traiter ce résidu.

L'idée serait de traiter le reste que Freud formalisait comme la réaction thérapeutique négative dans les textes sur la pulsion de mort comme satisfaction de la répétition fantasmatique qui s'oppose à la guérison. En ce sens, on pourrait faire valoir ici la satisfaction du symptôme, qui est une satisfaction paradoxale. C'est-à-dire que quelque part, le symptôme, s'articule à la pulsion, du fait que toute pulsion est articulée à la pulsion de mort

Qu'est-ce que donc que de s'intéresser à l'incurable ? C'est ne pas négliger la part du **réel du symptôme**, la part articulée à la pulsion de mort. Je vais illustrer cette problématique à partir de ma pratique clinique carcérale, en particulier à partir des suivis des auteurs d'agressions et des crimes sexuels. Ce qui frappe dans le crime sexuel, crime pervers par excellence, c'est son lien scandaleux avec la pulsion. Bien qu'un humain ordinaire ne puisse jouir de l'objet de la pulsion de cette façon, sauf bien entendu dans ses fantasmes, le sujet qui accomplit un crime sexuel, au contraire, nous montre la tentative de dégagement de l'objet de la pulsion, on dira qu'il l'objective. Prenons l'exemple du viol, il fait apparaître l'objet en l'ôtant de l'image de la femme. Pour que vous compreniez, prenons comme exemple l'objet de la pulsion orale, le sein. Le sein est déshabillé de l'image de femme qu'il contribuait à rendre belle, ou désirable. Il sort de l'image. Le sein tout nu, tout cru, n'est plus qu'un objet consommable. C'est un passage au réel, une objectivation dans le réel de l'objet de la pulsion. Objet érotique, le sein d'ordinaire contribue à causer le désir, à faire d'une image idéale un être désirable. Par contre, l'acte criminel ôte l'objet, le sein, le prélève, pour en jouir, il le fait apparaître comme pur objet. Il s'agit donc d'un passage de l'objet érotique à l'objet de jouissance, qui doit être extrait, taillé, dégagé de l'image d'un être désirable. Je dis le sein, pour parler métaphoriquement, mais cela peut-être l'innocence, le non-consentement de la victime. A chaque fois **la mise à nu de la jouissance de l'objet** participe au scandale et à la fascination. Et la visée serait ainsi de rendre la jouissance à l'objet. L'objectivation laisse ainsi un trou, sans manque signifiant. Sur le public, le premier effet de cet acte, de la découpe de l'objet, du trou laissé par son extraction, est l'angoisse et l'horreur. Inversement, pour l'acteur de cet acte, l'objectivation de l'objet par son passage au réel suscite une satisfaction très particulière, il n'y aurait plus de manque ; la pulsion attraperait, réellement, son objet. Tel est le leitmotiv sous lequel l'auteur du crime exécute ses crimes.

A propos de ce leitmotiv, il est important de signaler que l'auteur du crime sexuel n'est pas forcément pervers parce qu'il serait malfaisant, déviant, manipulateur, qu'il

manifesterait une perversité, une malfaisance de comportement et de caractère. Il est criminel parce que sa relation à l'Autre et en particulier à l'Autre de la rencontre sexuelle, l'y contraint. Son acte est une réponse particulière à la pulsion sexuelle, une réponse scandaleuse, incongrue. Pourquoi une telle réponse ? Parce qu'il entretient un rapport très particulier avec la pulsion sexuelle, son acte est en lien avec la sexualité et pour cette raison, il tend à se répéter et de plus il fait série. A chaque mauvaise rencontre, il trouve la même nécessité de reproduire son acte à l'identique. La logique est donc la répétition mais les hasards du destin en décideront parfois autrement : parfois le sujet sera arrêté au début de la série, parfois il aura le temps de produire une série.

La question que je me pose est la suivante : quel est l'avenir de la pulsion dans la cure, en particulier le versant dit de la pulsion de mort. Ce versant est structural et paraît de ce fait inéliminable. Freud, dans son texte de 1920, postulait que quelque chose ne cesse de se répéter, au de-là du principe de plaisir, dans la cure comme dans la vie. On a déjà vu, au cours de la première table ronde, comment la réaction thérapeutique négative révèle que le déchiffrement du symptôme aide partiellement mais échoue à le lever, car une satisfaction dans la souffrance peut également y rester fixée et indéchiffrable. Traiter l'incurable veut donc dire, non pas orienter la cure à partir de ce qui fait *automaton* (répétition) symptomatique, mais à partir du fantasme sous-jacent et/ou de l'objet à partir des coordonnées pulsionnelles.

Pour essayer d'y voir plus clair sur le traitement de la jouissance que la cure peut opérer, je vous propose de commenter deux moments d'une vignette clinique, le cas de M. D., incarcéré actuellement pour avoir commis dans une courte période de deux mois, une douzaine d'agressions et de viols.

C'est donc au cours d'une période où il était très perturbé, après une deuxième rupture sentimentale, que surviennent les agressions. Deux moments sont à signaler. Le premier coïncide avec le passage à l'acte. Il s'agit là d'une solution dont la jouissance est visée dans une tentative ultime d'arrachage mais finalement cette Chose-là n'est pas extraite ; la Chose, reste là et n'est pas refoulée, elle n'est pas du côté du manque, (le désir manque où la chose est), elle « fait retour dans le réel », dans la fixité angoissante. Dans le deuxième mouvement, à l'après coup, dans la cure, le sujet cherche à reappareiller la jouissance qui se substitue à ce qui organise jusque-là nécessité pulsionnelle. Si les résultats sont à vérifier, le traitement de l'incurable se pose, dont l'effet le plus palpable est une demande de « mutation subjective », ouvrant un horizon, celui de la répétition signifiante – à différencier de la fixité du retour du même, pour ce sujet.

Monsieur D., français d'origine camerounaise a rencontré une « Fée » qui a modifié radicalement sa vie qui l'a hissé du trou où il était resté plongé après plusieurs années de fugues, d'errance, de bégayement et de drogue. En lui offrant sa main, elle ne lui a pas apporté ce qui lui faisait défaut mais la confiance et l'amour qu'il n'avait jamais connu. Il avait 18 ans. Pendant les 7 ans de vie commune, il a grandi, pris de l'assurance et s'est forgé un masque de dandy avec lequel il tente de se faire une place dans l'univers du discours. Deux fébriles séjours en Afrique ont changé sa vie. Lors du premier, il anime des spectacles auprès du consulat qui lui apportent une reconnaissance inattendue, récompensée par la rencontre de femmes et de nouvelles drogues, en particulier l'*extacy*. Lors du deuxième séjour il découvre l'horreur qui fait retour dans le réel, par le biais de la pauvreté et de l'exploitation sexuelle des enfants. A son retour définitif en France, le couple se brise. Il ne semble pas avoir été affecté par cette rupture, ni par le manque, que cette rupture aurait entraîné.

Démarre aussitôt une nouvelle vie, très *fashion*, où se conjugent, les copains, les

vêtements de luxe, les boîtes de nuit, les rencontres sexuelles sans lendemain ; ces objets fonctionnent comme *Ersatz* d'un impossible rapport sexuel où se livre un combat entre deux passions antagonistes, les objets de substitution et la recherche d'un idéal féminin ; pour ce qui est des objets, ils ont une valeur de parure, s'offrent au déguisement, au regard ; pour ce qui est des femmes, une dernière rencontre, une jeune femme allemande, mannequin, va l'occuper pendant 6 mois, un symptôme, l'anorexie traverse cette jeune femme, ce qui va le pousser, lui, à s'intéresser à sa nourriture, à ses vêtements. De cette rencontre naîtra ce qu'il appelle une vocation, il veut s'occuper du versant pulsionnel du partenaire, du trop et du rien, du trou réel et de sa pente mortifère, ce qui est autre chose que le manque. A ce niveau, le symptôme du partenaire n'est pas appréhendé à partir de la vérité, mais à partir de sa jouissance en tant qu'articulée à la pulsion. D. se sent ainsi capté par la valeur particulière de l'objet oral, version radicale de la pulsion de mort chez la partenaire, il veut la nourrir, la combler. C'est à ce moment que s'opère un premier point de déstabilisation qui passe totalement inaperçu chez les experts et qui se formule ainsi : pendant les rapports sexuels D., enlève le préservatif sans que sa partenaire s'en aperçoive dans l'idée de lui faire un enfant. Un phénomène élémentaire se fait jour, la certitude qu'une femme blanche devrait être « porteuse d'une nouvelle race, métisse, pour la France ». il veut tout, tout de suite, il lui dit clairement qu'il aimerait avoir des enfants, mais la réponse de la fille est plutôt évasive, elle veut regagner son pays, l'Allemagne, il insiste pour l'accompagner et lors de son séjour, le grand père, ancien militaire au passé nazi, lui fait comprendre, qu'il n'est pas le bienvenu. La fin du séjour devient alors un cauchemar, on ne lui parle plus, il se sent méprisé, se fait interprétatif, il a l'impression ; que des sous-entendus et des regards de nature incestueuse circulent au sein de la famille. Sa copine décide sans aucune concertation de ne plus rentrer en France. Il rentre à Paris bredouille.

Cette rupture imposée de l'extérieur déclenche des phénomènes persécutifs. Des idées traversent son esprit : il veut se venger des violences et des viols subis au cours de son enfance, violences sexuelles exercées par un ami de l'amant de sa mère, par l'oncle paternel, par une femme et un ami du frère, viols qu'il n'a jamais oubliés. Un soir, il rencontre une jeune femme dans un square, il cherche à la séduire, veut à tout prix l'embrasser, la fille le repousse et se met à pleurer, elle lui dit qu'elle a peur parce plus jeune elle fut violée. Il se retrouve à partager ce trait (réel) insupportable et se précipite sur elle pour l'agresser sexuellement. Ensuite, il lui demande pardon, il propose de la rencontrer quelques jours plus tard. Au cours de cette période, il perd pied. Son amie allemande l'appelle pour lui signifier la fin de la liaison. Se dissout ainsi l'élément stabilisateur que représentait pour lui la promesse de lui faire un enfant. L'*automaton* des souvenirs d'enfance surgit ; « des enfants qui pleurent », des scènes de viol l'envahissent. C'est l'état onirique. Il retrouve un film qu'il avait visionné quelque temps auparavant, *L'irréversible* de Gaspar Noé. Il le visionne en boucle. « Ce film est le mal incarné, le mal n'est pas chez les Noirs mais chez les Blancs qui ont violé sa mère et lui, qui ont violé et souillé l'Afrique ». « Comment se fait-il que ce réalisateur ne soit pas puni, que son acte reste impuni ? » Du coup, il veut « arracher le mal qui est en lui », et se demande s'il ne devrait pas faire pareil, « j'étais violé, je vais donc éradiquer le mal en faisant ce que j'ai envie de faire ! Avoir des enfants !! Il décrit ces quatre semaines plongé dans une sorte de perplexité, de trou noir, d'arrêt de la signification, de colère où il perd les points de repère, ne comprenant plus rien. Et puis, au bout de ces semaines, il sort brusquement de cet état transitoire chaotique, il est hyperlucide. Il décrit cet état comme une sorte de « hyperréalité », se réveille alors qu'il venait de commettre en l'espace d'un mois 14 agressions dont deux viols. Le réveil n'a pas mis fin aux passages à l'acte mais indique la voie de la fin. Le mode opératoire avait fait ses preuves jusque-là ; une arme, un couteau avait eu raison de toute velléité de résistance ; ce jour-là la fille a su résister

et lui a arraché le couteau, il a du déployer sa force et pour récupérer l'arme et il a fallu qu'il la frappe. C'était le coup de trop : « je ne pouvais pas faire cela à une femme », « je suis donc malade ». « Je me suis rendu compte que je n'arrivais pas à m'arrêter !! ». Le lendemain soir, se rend dans une rue très animée de la ville et décide de suivre une fille, « tout était calculé », il l'a suivie jusqu'à l'intérieur d'une courette, le cri de la femme a « reverberé » sur lui ; il est resté quelques minutes sans bouger, la fille est montée chez elle pour demander de l'aide, il est sorti ; une fois dehors, il a vu les gens déambuler, il avançait le couteau à la main, soudainement, il a entendu, les cris de la foule, « c'est lui », « c'est lui », la police qui passait par hasard à ce moment-là est venue lui demander ce qu'il faisait avec le couteau. Il répond « je viens d'agresser une fille ».

Qu'est-ce que M. D. frappe à travers cette série effrénée d'actes ? Paul Guiraud, psychiatre, soutenait la thèse concernant l'inhérence du *Kakon* dans les meurtres immotivés, et Lacan, dans un texte de 1946, *Propos sur la causalité psychique*, s'attache à reconnaître que ce n'est rien d'autre que « le *kakon* de son propre être, que l'aliéné cherche à atteindre dans l'objet qu'il frappe ».

Pourquoi un tel objet s'impose-t-il dans le réel lorsque le symbolique défaille et que l'angoisse surgit. De quel objet s'agit-il ? Les éléments qui vont suivre sont issus de la cure. Au cours de ce travail qu'il mène avec moi depuis deux ans et demi, il a été possible d'aborder ce noyau d'incurable autour des signifiants qui déclinent l'impossible amour (de la mère), l'impossible reconnaissance (du père), et la jouissance des corps.

Justement, il est resté 7 ans avec une Fée, qu'il a rencontré quand il avait 18 ans ; la relation a tenu parce le versant idéalisé a fonctionné comme digue protectrice, lui apportant le semblant de la stabilité qui lui faisait défaut. Le mode de rencontre est révélateur. B. était assis sur un banc dans une position qui laissait supposer qu'il faisait la manche, lorsque la Fée est apparue, pour lui tendre la main. Le sujet va s'arrimer ainsi dans cet alter-ego imaginaire qui va lui donner une assise. Le coup de foudre se manifeste ici sous le mode de la capture imaginaire. La signification phallique de cette rencontre y est restée en suspens et l'amour ne fut pas ravageur parce que la passion de « la normalité » avait pris pour B. tout son sens, « il voulait être comme les autres, comme les Blancs français » ; l'amour s'inscrit dans un dispositif de suppléance qui fonctionne comme défense, comme rempart à l'intolérable désir de l'Autre. Avec la Fée, il dit avoir été très immature et capricieux, il voulait qu'elle lui offre des vêtements, des lunettes et des montres comme un enfant aurait pu le demander à sa mère. Cette panoplie d'objets lui permit d'appareiller le manque-à-être du sujet, mais la dimension de semblant, de la parade sexuelle, est ici absente, la dimension sexuelle est tenue au second plan. Sa relation fut marquée par une féminisation de sa position subjective. A cette époque, alors que son amie passait un concours, lui faisait des petits boulots. Elle était à la fois, sa femme, sa sœur, sa mère, etc. Il sortait beaucoup, s'absentait sans prévenir, il investit les copains, la musique, les boîtes de nuit, délaisse peu à peu son amie, devient infidèle, presque naturellement. Une fois dégagé de cette relation, M. B. parvient à se situer du côté de l'avoir, le semblant phallique est quelque peu restauré ; quelque temps plus tard, il rencontre Inga, la modèle allemande. La déstabilisation se situe au moment où il a été laissé tomber par cette femme, rupture vécue comme une « trahison » survenue dans le symbolique, fomentée par la famille d'Inga et qui fait virer l'amour en persécution. Dans cette relation, ce qui est visé est le colmatage de l'Autre par la nourriture, par le vœu d'avoir un enfant, par la demande énigmatique de savoir comment on élève un enfant, comment on aime un enfant ? En somme, il s'agit de gaver l'Autre sans créer du manque, d'où l'idée de chercher à compléter l'Autre ; d'où le tranchant fixe de chercher à compléter la femme d'un enfant. Etrange profession de

foi, que de vouloir engendrer des enfants, formule figée, répétitive, insistante. Comment comprendre alors, sa délirante et implacable logique ? Pourquoi ce choix aussi inconscient que rigoureux de faire engendrer des enfants aux femmes ?

Qu'est-ce qui organise une telle logique ? Certains destins s'orientent très tôt. Des carrefours. Dès lors que la direction est prise, la route est désormais tracée.

Choix primitif, construit par les hasards du destin dans la petite enfance. D. est le quatrième enfant d'une fratrie assez chaotique de six enfants. La mère quitte seule l'Afrique en laissant les deux aînés chez sa famille, deux enfants de pères différents. Le dernier de ces pères d'origine européenne, lui propose de venir en Belgique, mais à son arrivée ils se séparent. Au lieu de rentrer en Afrique, la mère s'installe en France, va de galère en galère, drogue, prostitution, rencontre un artiste africain avec qui elle a deux enfants, cet homme n'est pas stable, se drogue, finit par partir. Pendant 4 ans, c'est le déménagement perpétuel, des apparts sordides, des rencontres fugitives et beaucoup de violence. M. D. a été plusieurs fois le témoin de ces violences, il est agressé sexuellement, séduit par des femmes adultes et violé par des amis du frère aîné qui débarque d'Afrique. Il commence à fuguer, est placé plusieurs fois en internat. Il vient d'avoir 10 ans, sa mère découvre, enfin, l'amour avec un homme qui est resté, avec qui elle refera sa vie, avec qui elle aura deux enfants. Mais à cette époque, sa mère n'était pas très stable. D. croit pouvoir rester près d'elle, elle lui signifie « qu'elle va se marier et qu'il ne sera plus avec elle ». Curieuse formulation, qui en dit long sur les nouvelles attentes de la mère, « tout » à son nouvel amour. Alors qu'il pense pouvoir rester près d'elle, il se croit abandonné par elle. Cette absence imposée, c'est un défi adressé à D. mais cela ne le pousse pas à se plaindre ni à être responsable de lui-même. Que fait-il ? Les fugues se répètent et s'accroissent. Il voulait, sans succès, rester près de sa mère. En fuguant, il se soustrait à la mère, il crée du manque. Telle sera la construction inconsciente et la signification qu'il finira par donner de son départ, de ses fugues, en dépit du fait qu'elle a un nouveau mari et que naissent bientôt deux autres enfants. En fuguant, il se soustrait à la mère, il est perdu, et manque à sa mère. Enfant rejeté, réussit à maintenir cette signification-là, comme ce qui manque à la mère. Enfant abandonné, jeté, il tente de transformer le rejet en perte. L'enfant abandonné devient l'enfant perdu, qui manque. Dans cette logique, l'objet d'abandon et de rejet devient ce qui manque à une femme. Avoir un enfant sans interroger le désir de la femme, veut dire par la brutalité de l'acte sexuel, arracher, soustraire un signifiant qui manque, transformer de ce trou une perte, qui manque. Cela échoue bien entendu.

Deuxième carrefour ; le père. A l'amour vers la mère ne s'adjoint pas le lien au père ; ce lien reste toujours à l'écart et pour cause, car ce lien détermine le rapport aux hommes, à la communauté et au lien social. Pour D., ce lien ne s'est pas produit. Le rapport aux autres n'est pas structuré mais cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas, ce qui est venu plutôt s'imposer, pour lui, c'est le signifiant de la famille, sorte de signifiant vide, car il n'évoque jamais aucun lien avec la fratrie.

Pour ce qui est du père, il est livré sans défense aux caprices et à la folie de la présence paternelle qui ont incarné la succession d'amants de sa mère. Il s'agit des figures paternelles de la jouissance débridée et pas de la loi et du désir. Il garde le souvenir d'un partenaire sadique de sa mère qui la frappait au moment des rapports sexuels, et d'un autre tout aussi violent, bisexuel, qui amenait d'autres hommes à la maison. La seule chose qui lui venait à l'esprit était de fuguer pour ne pas les rencontrer. Enfin, M. D, dont notre patient porte le nom de famille, est apparu quand il a eu 10 ans. La relation avec lui ne fut pas facile car la mère le voulait, dans un premier temps, uniquement pour elle. Il n'a su gagner l'affection de M. D que vers ses 17 ans. Il l'a d'ailleurs reconnu vers sa majorité. M. D, le père, qui avait joui des faveurs de notre patient au début de la relation, suite à une faillite économique a brusquement

changé ; il est devenu assez sombre et distant pendant plusieurs années. Ceci fait dire à M. D. que le père qu'il venait de trouver, il l'a aussitôt perdu. En somme, les hommes de sa mère ne l'ont pas amené très loin. Il ne s'est jamais plaint de leur violence ni de leur peu d'intérêt pour lui ni pour les autres membres de la fratrie ; cette donne l'a plutôt conforté dans l'idée d'un lien exclusif à la mère.

Enfin, le troisième carrefour, le hasard des mauvaises rencontres met en perspective le débordement du réel des viols et la scène de séduction où une femme le séduit. De cette dernière, il dira qu'il s'agissait d'un corps immense, énorme et quelque chose d'incompréhensible. Elle a abusé de lui. Elle lui apprend à se faire l'instrument de son plaisir.

Ces trois vecteurs ne prennent sens que dans une lecture rétrospective qui ordonne et donne cohérence à tous les éléments que M. D., face à l'Autre a construit. Car il s'agit d'une construction. Au début du travail thérapeutique, ces éléments étaient fondés sur l'exclusion du sujet et la méconnaissance du réel du symptôme. Ces éléments vont de pair avec une approche clinique de l'incurable. L'incurable y témoigne justement de cette chose qui ne cesse de se répéter sous le mode de la fixité de la chose. Dans la cure de M. D., l'opération initiale a consisté à l'accompagner dans son souhait de construire un symptôme dont le déchiffrement bien entendu ne suffit pas à le lever, car une part de jouissance résiste encore actuellement à toute « mutation subjective ».

S'ouvre alors dans la cure, un espace dont j'évoquerai succinctement trois aspects : produire des bouts de savoir, autant des parcelles arrachées à ce dont il ne voulait rien savoir ; faire lien avec l'Autre, là où le sexuel échoue, il s'est mis aux études et travaille à l'atelier de poterie, il fait de expositions de ses ouvrages ; enfin, il sonne le réveil de son rapport à la jouissance, honteux des actes, il accepte maintenant la culpabilité ; bref, il veut trouver une façon à lui de s'arranger avec le réel, dans ses rapports avec la loi et la norme. Bien sûr, tout n'est pas si clair que cela, construire un symptôme n'est pas une voie droite, le symptôme comme aux temps initiaux se déploie dans la plainte, dans la tristesse, dans l'échec ou le rejet ; l'important c'est que le sujet puisse produire au fur et à mesure des signifiants pourrait-on dire de sa jouissance, afin de montrer ainsi le revers de l'irréversible. Ce qui ne sera pas sans conséquences futures sur les choix de sa vie.

## Traumatisme et Délire : deux avatars du réel Emma CHAMINAND

Jacques-Alain Miller, dans son cours du 12 novembre 2008 « *Des choses de finesse en psychanalyse* », nous indique : « *Eh bien la seconde clinique psychanalytique est précisément celle qui reconfigure le concept du symptôme sur les modèles de ces restes. Et c'est ainsi que ce que Lacan a appelé sinthome (...) est proprement le nom de l'incurable.* »

JAM parle de la vérité menteuse et précise que « *Dans la psychose, le réel parle, et on pourrait dire qu'il dit, lui, la vérité du sujet* (par opposition à la vérité menteuse dans la névrose). »

Réel, sinthome et vérité/singularité du sujet sont des boussoles pour entendre et traiter la psychose. Traiter, non guérir. Traiter que j'entends à plusieurs niveaux : pas d'interprétation, pas de vérification des faits apportés, soutien de ce qui peut être apporté comme solution/invention du sujet, un certain serrage de la formule du délire. Ce carnet de route m'a été indispensable pour être présente auprès d'un patient que je vois depuis un an et demi, très régulièrement.

Je travaille dans un service d'action éducative en milieu ouvert pour adolescents. Dans ce cadre je reçois adolescents et parents pour des consultations individuelles ou familiales. Il s'agit dans ces temps de travail court de saisir l'urgence des situations, d'accrocher les dires qui font jouir, de formuler des ponctuations... J'oriente vers les CMP ou des praticiens en libéral les sujets qui souhaitent commencer un travail analytique. L'homme dont il est question là n'entre pas dans ce schéma d'une orientation sur le secteur et pourtant l'on peut dire qu'il en relève. Il est venu me parler dans un contexte particulier et refuse toute orientation sur le CMP de secteur.

Ce patient est quelqu'un que rien ne vient arrêter quand il s'agit de sa certitude délirante. Quelle est-elle ? On se moque de lui, on grimace devant lui et il le voit, on le prend pour un « *chien public* ». Depuis combien de temps ? Les événements de son histoire, qu'il acceptera avec rigueur et patience de déployer, font apercevoir qu'il n'était pas un enfant comme les autres. Aîné d'une fratrie de cinq enfants, il sera dès sa petite enfance un bouc émissaire. Il décrira des châtimements corporels infligés par sa mère suite à de menues bêtises : brûlures, coups de bâton, etc. Hospitalisé en psychiatrie à l'âge de 18 ans, il ne veut voir aucun psychiatre et n'accepte aucun traitement médicamenteux.

La scène inaugurale au déchaînement pulsionnel qui suit (et qui a précédé l'hospitalisation), indique un vécu hallucinatoire dès ce moment. Il raconte : « *Je suis dans ma chambre qui est séparée du reste de la maison par une cour intérieure dans laquelle vit un chien. Je ne supporte pas ce chien, il aboie sans arrêt. Je vois mes parents à travers la fenêtre. Leurs lèvres bougent, ils parlent à mon oncle et ma tante. Je vois qu'ils me font des grimaces, qu'ils se moquent de moi car je ne peux sortir de ma chambre sans avoir à affronter le chien* ». Il détruira la voiture et sera donc emmené à l'hôpital.

Autre moment délirant fécond : au moment où sa femme attend leur premier enfant, il imagine que cet enfant n'est pas le sien. L'hallucination via les visages qui se moquent de lui, se transforme en idée délirante « *On me trompe et cet enfant n'est pas le mien* ».



Dans le chapitre sur la causalité essentielle de la folie, Lacan (2), indique : « ...il me paraît clair que dans les sentiments d'influence et d'automatisme, le sujet ne reconnaît pas ses propres productions comme étant siennes. ... pour la réalité que le sujet confère à ces phénomènes, que la sensorialité qu'il y éprouve ou la croyance qu'il y attache, c'est que tous, quels qu'ils soient, hallucinations, interprétations, intuition, et avec quelque extranéité et étrangeté qu'ils soient par lui vécus, ces phénomènes le visent personnellement : ils le dédoublent, lui répondent, lui font écho, lisent en lui, comme il les identifie, les interroge, les provoque et les déchiffre. »

#### *Un certain bordage symbolique comme tentative de parer au drame du réel*

Un énoncé du premier entretien prendra valeur de paradigme pour la suite du travail. Lui qui pouvait poser la question à un Autre : « Ai-je besoin de soins ? », se saisira de ma formule : « *Peut-être avez-vous besoin de parler.* » Cette proposition acceptable lui permettra de dérouler une chaîne signifiante qu'il me faudra au cours des mois suivants, ponctuer, interrompre, tant il lui est impossible de le faire.

Il dira : « *je suis asymétrique, vous savez ce que c'est ?* » S'ensuivra, à ma demande, toute une explication, une théorie sur l'asymétrie de son corps et de son cerveau. Selon lui cette asymétrie, c'est-à-dire ce déséquilibre entre son corps et son cerveau (il penche la tête sur le côté pour m'expliquer ce qu'il vit), l'empêche de finir ses phrases, le fait bégayer, lui fait perdre le fil de ses idées, l'empêche d'avoir de la force dans les membres. Il fait de la musculation et a suivi des séances d'ostéopathie qui lui font du bien.

Dès le premier entretien, le patient parle de son père en disant que « *celui-ci lui crachait dessus et l'insultait* ». Il a coupé les ponts avec sa famille depuis 4 ou 5 ans et ne supporte pas que ses fils et sa femme restent en lien avec elle. Un vécu persécutif sera rapidement repéré concernant sa famille : « *Qu'est-ce qu'ils disent tous ensemble de moi ?* Lors du début des entretiens, il est sur le point de devenir père pour la cinquième fois. Le moment de violence contre son fils à l'école (qui est l'origine du signalement et de l'intervention du service d'AEMO) est concomitant du début de la grossesse.

L'on voit que la question de sa filiation – être l'aîné d'une fratrie de cinq enfants mais sans les honneurs de cette place (ce n'est en effet pas lui qui part avec le père en France avant le reste de la famille) – et la question de sa paternité – être père de cinq enfants avec son impossibilité à tenir une place qui fasse autorité – sont étroitement liées. C'est lors de la première grossesse de sa femme qu'il délire sur sa paternité et c'est lors de la cinquième grossesse qu'il s'en prend à son second fils en faisant irruption dans sa classe.

De son père, il retient cet énoncé qui viendra ponctuer un certain nombre d'entretiens : « *Avec un fou, il faut être plus fou* ». Peut-on faire de cet énoncé un paradigme de sa relation avec son père ? Il reformule pour lui cet énoncé du père en disant « *Avec un grossier, il faut être plus grossier* », nommant par là sa violence contenue, les insultes entendues et répétées. Il se voit gros (j'y viens), il se dit grossier, il ne supporte pas les grossesses de sa femme.

#### *Un trou noir qui fait sens pour lui : il est victime de manipulation*

Il relatera durant notre travail un événement qui date d'une dizaine d'années et qui marque le début d'un cauchemar pour lui : on lui a retiré son permis de conduire suite à une infraction sur la route qu'il dément aujourd'hui mais qu'il n'a pas osé démentir au moment où cela avait lieu. Sa famille l'a encore plus humilié à la suite de cet épisode – il a dans l'idée que peut-être même ils sont à l'origine de cette arrestation - et il demande aujourd'hui réparation. Il a pu accepter mon intervention visant à amoindrir l'urgence à ouvrir un dossier judiciaire, pour autant quelques mois après m'en avoir parlé, il reviendra sur cet élément

arguant l'effet de rupture, de bascule, qu'a eu ce moment dans sa vie et son obsession, sa revendication d'être réhabilité.

### *Le transfert*

Il est intéressant de noter que c'est dans un lieu judiciaire, porteur de la loi et spécifiquement des lois propres à la protection de l'enfance, que ce patient a pu accepter de parler. Son délire est construit autour de sa paternité, avec la question « *Qu'est-ce qu'un père ?* » qu'aucun semblant, qu'aucune construction symbolique ne fait tenir. Pas même la dimension culturelle qui ne fait pas re-père pour lui. Paternité d'une certaine manière empêchée et en résonance avec une filiation malmenée. Il est, en tant que fils, celui qui n'est pas intelligent, qui est méprisable. Il est, en tant que père, quelqu'un que l'on ne respecte pas.

Il pourra parler à certains moments de la religion musulmane mais elle est finalement peu investie. Il ne vit pas mes questions comme une effraction. Il dira que le seul moment où il se sent en tranquillité est le moment des entretiens avec moi et quand il fait du sport. Il acceptera au fil des rencontres, les coupures ou plus exactement les fins d'entretiens. Coupures qui ne seront jamais brutales, qui ne viseront pas une vacillation du sujet, les interprétations seront évitées. Pour quelle(s) raison(s) cet homme vient-il aux rendez-vous avec une assiduité et une ponctualité remarquables, et ce, au-delà de l'obligation de soins insinuée par le juge des enfants ? En première instance, je l'écoute, alors qu'il se plaint qu'on lui coupe sans arrêt la parole. Il parle parfois de soulagement, physique, de baisse de tension quand il parle, quand il se pose. Ce patient adhère peut-être aussi à l'idée qu'un bordage symbolique de ce qu'il vit comme expérience singulière, est secourable.

Lorsqu'il dépliera, un peu, des événements de son enfance avec sa mère, assez peu dans des mouvements de tendresse, et punitive, je lui proposerai le signifiant de maltraitance, il acceptera ce signifiant mais il ne prendra plus appui sur lui pour déployer ce vécu-là. Pour ma part, ce signifiant de maltraitance vient résonner avec ce qui l'a amené à rencontrer un service judiciaire : c'est lui qui est visé, dans le signalement puis le jugement d'assistance éducative, comme un père, si ce n'est maltraitant, du moins impulsif et parfois harcelant. Son enfance est marquée aussi du sceau de la maltraitance (négligences et humiliations).

### *Le réel du corps : l'asymétrie et les hallucinations*

L'on peut formuler que, de cette maltraitance physique vécue, non symbolisable, et qui se poursuivra par des insultes, se formulera une construction délirante avec la certitude d'être visé, menacé, persécuté. Cette maltraitance réapparaît dans le réel via les hallucinations cénesthésiques (on l'empoisonne, on aggrave son asthme, on l'empêche de maigrir, on lui fait sentir de mauvaises odeurs), des hallucinations visuelles (on l'observe, on le suit, on lui fait des grimaces, on se moque de lui), des hallucinations auditives (on imite son rire) et un délire interprétatif construit : « *On parle de moi quand je ne suis pas là, on me traite comme un chien* ».

Au fil des entretiens, je suis à l'écoute de ces signifiants propres, ceux qu'il consent à exposer : il explique son asymétrie qui lui sert d'hypothèse explicative, de théorie, aux phénomènes de corps qui l'assaillent, par la voie hallucinatoire. Son asymétrie explique pour lui aussi le fait que l'on se moque de lui. Il pourra parler de son corps et des efforts parfois importants pour maigrir : sport, diète, comprimés. Durant l'année de suivi, il se fera poser un ballon dans l'estomac : peut-on voir dans cette réduction dans le réel du corps une tentative de castration symbolique ? Il pensait que ce ballon réduirait son appétit mais il est très « *gourmant* » comme il dit et s'étonne de pouvoir manger comme avant. Il aime sentir le goût

des aliments dans sa bouche, surtout des aliments sucrés ou gras. A contrario, certaines odeurs et certains goûts l'indisposent.

Un énoncé brut signe son rapport singulier à la langue et à la substance jouissante du corps « *Je ne supporte pas l'odeur du corps humain.* »

Le rapport à son corps propre se noue autour d'une métamorphose attendue, parfois agie (sport, opération, médicaments), mais cette métamorphose semble plutôt tenir lieu pour lui d'une résolution totale de ses difficultés : s'il était mince, il travaillerait plus vite et serait promu ; s'il était mince, l'on ne se moquerait pas de lui. La guérison de son asymétrie aurait la même vocation salvatrice. Les menaces qui viennent de l'Autre touchent à son corps : on l'empêche de maigrir voire on le fait grossir, et on l'empêche de se sentir bien « *en le piquant* » dit-il, c'est-à-dire en le déséquilibrant, réactivant ainsi son asymétrie.

### *Une question théorique*

Qu'en est-il d'une analogie (3) entre le déclenchement d'un délire (à la place d'un ordre signifiant, déchaînement du réel) et le trauma (traversée du fantasme par le réel), dans leur fonctionnement ? Peut-on penser le traumatisme et le délire comme deux avatars (au sens de transformation, métamorphose) du réel, avec le poids d'une certaine contingence dans les deux cas ?

Traumatisme et déclenchement délirant participent de la même logique de la mauvaise rencontre, la *tuché* ; la répétition du trauma et le délire, sont pensables tous deux comme les signes de la persistance du réel, l'*automaton*.

Chez ce patient, l'on peut voir comment la maltraitance avérée (physique et psychologique, l'assignation à une position de déchet) vient renforcer et inaugurer le délire d'intrusion : « *L'autre me téléguidé, je ne contrôle pas mes pensées ni mes actes* » et le délire de persécution : « *On me veut du mal, on téléguidé les actes de mes enfants et de ma femme.* » Sa décision radicale de ne plus avoir à faire avec sa famille n'a pas atténué l'angoisse et n'a pas altéré la certitude délirante. L'auteur de persécution se déplace de la famille aux gens de l'usine, à un homme croisé dans la rue qui le regarde mal. Ce qui n'est pas rassurant.

La rencontre avec le réel que le névrosé ne cesse d'éviter (qu'il peut à l'occasion d'un événement traumatique entrevoir), pour le sujet psychotique, cette rencontre ne cesse d'agir. Cet homme témoigne de l'effort qu'il réalise pour vivre avec. Il cherche à faire avec le tutoiement d'un certain point d'insupportable.

Pour le psychotique, il n'y a pas de manque chez l'Autre, *il peut m'influencer*. Pour ce patient, le point d'intraitable pourrait se formuler à partir du chien réel qui mord et menace, du chien comme substitut de tout objet persécuteur (le père, la mère, sa femme, ses enfants, les gens de l'usine), il traite l'Autre de chien, insulte même à laquelle il n'a de cesse de ramener sa position pour l'Autre.

Pas de rectification subjective à l'horizon, peut-être un mieux y faire avec cet intraitable de la persécution qui en passe, probablement par quelques molécules, la poursuite de l'historisation avec une tentative de pacification de l'objet persécuteur et puis le soutien des solutions – à un moment ce fut le projet de formation professionnelle - qu'il propose discrètement à mon oreille. L'occuper ailleurs....

(1) « *Propos sur la causalité psychique* » in Les Ecrits, P ; 150, 28 septembre 1946

(2) Ressemblance établie par l'imagination

## Julie, un bébé sans mère Margot DELLA CORTE

Pour cette séquence de travail portant sur la compulsion à la répétition, j'ai choisi de présenter le cas d'une patiente, âgée de 57 ans, rencontrée il y a un peu plus d'un an - en juin 2008 - lors de sa première hospitalisation au sein de l'unité d'hospitalisation psychiatrique dans laquelle je travaille. Depuis, elle continue le suivi psychologique avec moi, à raison d'une fois par semaine. Elle a du être hospitalisée une deuxième fois à la fin de l'année 2008.

Il s'agit d'un cas de mélancolie que je vais tracer dans ses lignes essentielles.

*Juliette* est une femme qui a toujours travaillé : à 18 ans elle était aide soignante. Elle faisait des toilettes mortuaires, ce qui consistait à fermer *les neuf portes* - m'expliquera-t-elle un jour - à savoir les neuf orifices corporels à embaumer sur les cadavres.

Ensuite, elle choisira de devenir éducatrice dans une maison d'enfants maltraités. Aujourd'hui, elle exerce toujours cette profession.

Elle a été mariée et divorcée deux fois, a eu deux enfants, l'une du premier mari, âgée aujourd'hui de 32 ans et la seconde, de son second mari, âgée de 25 ans.

*Juliette* n'avait jusque là jamais été hospitalisée de sa vie. C'est à la demande de ses filles et de son médecin traitant qu'elle est admise en psychiatrie. Elle y restera 6 semaines.

Elle raconte : « cela faisait cinq jours que je ne mangeais plus ». Elle s'était scarifiée, après avoir bu un peu d'alcool et pris deux Lexomil. Elle me dira comment cela s'était passé : « avec le cutter, la partie ventrale de mon corps en partant de la poitrine jusqu'où je pouvais aller » (elle indique et s'arrête au niveau des cuisses). Elle avait « trop de douleur dans la tête, **il fallait que les mots sortent**, que ça sorte par le sang » qu'elle voyait couler. « C'était une façon de dire les choses, **parce que je ne pouvais pas parler** ».

Les deux symptômes majeurs de juin 2008 - à savoir le refus de s'alimenter visant à se laisser mourir et le passage à l'acte sur son corps - se situaient dans une conjoncture de déclenchement qui se présentait ainsi : un peu avant son hospitalisation, elle avait retrouvé dans le regard de son directeur au travail, le regard « pervers » de X., son second mari.

Ce même directeur faisait récemment des remarques sur le fait qu'elle était « la plus ancienne, le pilier » de l'équipe et cela la confortait dans son vécu d'être devenue vieille, ce qui lui était insupportable compte tenu du fait que pour elle : « le vieillissement c'est le début de la pourriture ».

Elle associera sur le fait de voir depuis dix mois ses parents vieillir, et du coup elle dira voir son corps aussi changer : « ma mère et ma grand-mère avaient des tâches sur le visage, sur les mains et moi aussi. C'est le début de la vieillesse et je suis passé de l'autre côté ». Dans un lapsus, elle dira aussi : « Maintenant, je peux pourrir quand je veux ».

Mais l'événement majeur - qui avait déterminé pour elle désormais l'impossibilité de continuer à se soutenir dans son existence par les solutions qu'elle avait bricolées seule jusque-là - c'était, justement, produit dix mois auparavant. Il s'agissait de la décision de son père de signer un contrat obsèques. Celui-ci avait pris l'initiative de définir les conditions de sa propre mort, de répartir les places de tous les membres de la famille dans chaque caveau : un caveau pour le couple parental, un caveau pour son frère et un caveau pour elle. À ce sujet, elle dira : « mes parents ont fait le trou : c'est pour moi ». Depuis lors, rajoutera-t-elle : « c'est inimaginable pour moi de vivre ».

Aussitôt, elle fera la même chose que son père : signer un contrat obsèques, en me précisant qu'elle souhaite être incinérée et que ses cendres devront être dispersées dans la mer,

parce qu'elle « ne supporte pas qu'on voit la pourriture et qu'elle ne veut pas laisser de traces ».

Ça ne sera qu'au moment de sa deuxième hospitalisation -- cinq mois après notre rencontre, lorsque le transfert sera en place – que Juliette pourra de façon plus précise aborder les aspects liés à son être de femme et que l'on découvrira que l'insupportable vécu de ne *pas pouvoir parler* qui l'avait poussée à se scarifier, était au cœur de sa position psychique et englobait toute sa vie : personnelle en tant que femme et mère, et professionnelle.

En effet, X., l'homme qu'elle avait choisi comme second mari, avait épousé, en premières noces, la fille du beau frère de sa mère - celui-ci ayant abusé de Julie à dix ans - et, en deuxième noces, ma patiente.

C'est justement cet homme là – chez qui elle pouvait retrouver quelque chose de la jouissance mortifère rencontrée enfant - que *Juliette* était allée rechercher. Et d'une certaine façon, elle ne s'y était pas trompée, puisque X fera des attouchements à son tour sur la fille que le couple aura ensemble.

D'où venait alors sa conviction de *ne pas pouvoir parler* ?

Concernant l'épisode de ses dix ans, la patiente me racontera qu'elle en avait parlé à ses parents, mais qu'après leur avoir dit que son oncle maternel avait abusé d'elle par des attouchements et par une fellation, sa mère lui avait répondu: « on va aller voir ça ». Néanmoins, ses deux parents finiront par ne plus jamais en parler. Elle interprétera leur silence en se disant : « je n'aurais pas du leur en parler. J'ai fauté pour toujours. J'ai eu l'impression que c'était moi la mauvaise fille ».

On voit donc que l'évènement ayant marqué sa rencontre avec la sexualité dont elle dira s'être sentie « comme un objet au service des autres » et la non- réponse donnée par ses parents la figeront définitivement à la place de cet objet indigne.

Compte tenu de sa structure de psychose, elle n'aura pas la possibilité de recours à un scénario fantasmatique dans une élaboration symbolique et cette rencontre restera traumatique à jamais : les scarifications partant de sa poitrine nous indiquent que c'était bien au plus profond de son être - en l'occurrence son être de femme - que cela lui était insupportable de vivre. Ce regard d'homme pervers rencontré au travail dans les yeux de son directeur avait participé à réveiller l'insupportable vécu d'être une chose indigne.

C'est cette faute qu'elle avait commise à dix ans qui la rendait indigne d'exister et elle se manifestait dans son discours, dans des phrases récurrentes telles: « Je mérite de souffrir, parce que je suis mauvaise en tout, je suis nulle. Les gens se trompent : réellement, je ne vauds rien ».

Mais il existait une faute en amont de celle-ci, une faute originaire - si je pus dire - celle liée à sa naissance et au prénom que sa mère avait choisi pour elle.

Le titre de ma présentation *Julie, un bébé sans mère*, est choisi pour mettre en avant l'idée délirante que la patiente avait exprimée assez tôt dans la suite des entretiens avec moi, à savoir de pouvoir (re)naître, un peu aussi comme si elle n'était pas encore née. C'est une sorte d'auto-engendrement, marqué par le fait qu'au moment du divorce de X., elle décidera de ne plus s'appeler *Juliette* - prénom que sa mère avait choisi pour elle et qui était celui de sa propre sœur morte en couches. Elle coupera son prénom pour s'auto-nommer *Julie*, et c'est le prénom que son entourage socioprofessionnel utilise depuis.

Ce qui s'était passé c'est que, peu de temps avant la naissance de *Juliette*, sa mère avait perdu cette sœur, qui avait cependant donné naissance à une petite fille – une cousine de *Juliette* qui, du coup, s'était retrouvée d'emblée sans mère.

A propos de sa naissance, lors d'une séance, ma patiente me dira des phrases décousues, notamment : « je n'aurais pas dû être là, je n'ai pas ma place. Je devais m'appeler

**F. quelques mois avant ma naissance (jusqu'au moment où la sœur de sa mère décède). Je devais rester dans le ventre de ma mère. C'est comme si je n'étais jamais née. Le bébé était sans mère... c'est moi le bébé ».**

Dans cette dernière phrase, *Julie* est prise dans une identification à sa cousine, le bébé resté sans mère, identification dans laquelle elle devient elle-même ce *petit autre* imaginaire : à fin de pouvoir se loger d'elle-même à la place d'une femme vivante - elle s'imagine être sa cousine. D'ailleurs, dans le dessin de l'arbre généalogique qu'elle tracera un jour, elle fera disparaître sa cousine, en ne la faisant pas figurer par son prénom, mais en laissant la place vide.

La position psychique de *Julie* - position soutenant ses actes dans sa vie - s'incarne dans ce trou dans l'arbre généalogique qu'elle dessine, et dans lequel la cousine n'apparaît pas.

On entend là, sa tentative délirante de se donner de l'être, marquée d'emblée par le choix de sa mère de la nommer par le prénom de sa sœur morte, en la figeant ainsi à cette place silencieuse, celle d'un sujet ne réussissant pas à être vivant, faute de pouvoir s'autoriser à parler. C'est une tentative de se guérir toute seule de cette faute originaire d'être quand même venue au monde, alors que la sœur aimée par sa mère décédait, une façon de tenter de se construire un symptôme par cette idée de pouvoir rejouer les conditions de sa naissance.

Le problème est que cette tentative n'a pas suffi à empêcher que la pulsion de mort ne rattrape la patiente, en l'amenant à se scarifier et à tendre à se laisser mourir, jusqu'à devoir être hospitalisée.

Si on part de l'argumentaire de notre journée -- *l'incurable* -- on voit bien que depuis toujours cette patiente a à faire au réel de son être de déchet, de chose pourrie, une femme fautive et indigne d'exister. Elle essaie de traiter ce vécu comme elle peut : même par le délire. Et c'est ce réel là -- celui qui amène Juliette à la conviction profonde et inébranlable de ne pas pouvoir parler - qui reste et que l'on peut qualifier d'incurable, dans la mesure où il revient tout le temps et continue d'agir dans une répétition mortifère, comme quelque chose qui résiste à se lier à la pulsion de vie.

Mais dans la parole avec moi en tant qu'analyste, dans nos entretiens réguliers, la patiente s'autorise à parler -- elle qui dans le désir de ses parents ne pouvait pas parler. Ceci l'oblige à faire autrement avec le réel en jeu et lui rend ainsi beaucoup plus supportable de vivre. Les effets de cette parole sur les symptômes de départ, présents avant notre rencontre, se remarquent : elle ne s'est plus jamais scarifiée depuis sa première hospitalisation, et elle ne s'est plus jamais sous-alimentée comme à cette même époque, non plus.

L'analyse -- associée à un traitement par antidépresseurs, anxiolytiques et neuroleptiques - lui a permis depuis un an et demi de ne pas tomber dans le trou creusé et accentué par son père au moment où il avait signé son contrat-obsèques.

Dans le suivi avec la patiente il a nullement été question de faire disparaître sa conviction d'être comme un objet au service des autres, pourrie et indigne de vivre -- de faire en somme disparaître son symptôme - mais plutôt de *faire avec ce reste*, de façon à ce que cela lui soit plus supportable de vivre, de façon à ce que - à la place du passage à l'acte dans lequel le sujet sort de la scène -- nous ayons une possibilité de subjectivation dans une parole liée, grâce au transfert.

Nous avons au jour d'hui une nouvelle alliance avec la pulsion, qui amène le sujet vers d'autres satisfactions, ce qui a permis de sortir de la répétition intrinsèque à la pulsion de mort : à certaines périodes, elle a beaucoup investi la lecture de romans ou le collage d'images et elle a pu progressivement reprendre son travail d'éducatrice jusqu'à travailler à nouveau à temps plein. A propos de sa place au travail, elle me dit aujourd'hui : « les jeunes se repèrent sur moi, donc je suis un repère pour eux ».