

Schizophrénie

Extrait de : L'apport freudien,
« Élément pour une Encyclopédie de la psychanalyse »
Sous la direction de P. Kaufman, éditions Bordas, Paris 1993

« Je nomme la démence précoce "schizophrénie" parce que, comme j'espère le démontrer, la dislocation (Spaltung) des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies. » C'est en 1911, et dans le cadre de l'Encyclopédie psychiatrique d'Aschaffenburg, que Bleuler rompt ainsi avec l'ambiance psychiatrique de son époque. Alors que Kraepelin considère les psychoses comme des « entités morbides qui doivent être étudiés comme des ensembles homogènes, depuis leur début jusqu'à leur terminaison » – ce qui permet donc de prévoir « l'évolution obligatoire des symptômes » –, Bleuler privilégie non la forme, mais le contenu de l'affection.

De 1886 à 1898, Bleuler a dirigé le grand hôpital psychiatrique de la Rheinau, ancien monastère situé sur les bords du Rhin. Il y connaît personnellement chacun de ses patients : « Sans cette expérience de vie communautaire avec ses malades, il n'aurait jamais pu concevoir sa grande œuvre sur la schizophrénie » (C. Müller). Dans la préface de son ouvrage *Dementia Praecox oder Gruppe des Schizophrenien*, Bleuler souligne ce qu'il doit à la pensée psychanalytique de Freud, mais aussi en quoi il s'en démarque. E. Minkowski situe ainsi le point de rupture : « Les complexes déterminent, pour Bleuler, le contenu des symptômes, expliquent certaines réactions particulières du malade, mais ne constituent pas pour lui la cause efficiente de la schizophrénie [...] Les complexes remplissent le vide creusé par le trouble initial, mais sont incapables de le creuser à eux seuls. »

Démence précoce ou schizophrénie

À la base des symptômes de la schizophrénie (comme lui-même, nous utiliserons par commodité le terme au singulier), Bleuler postule un « x », un « processus morbide », généralement entendu comme processus organique dont l'étiologie est laissée indéterminée, mais pour lequel cependant « l'hypothèse d'un processus physique n'est pas absolument nécessaire ». Ce « x », ce processus, produit des « symptômes primaires » (ou physiogènes), lesquels sont donc l'expression directe du processus, à l'inverse des « symptômes secondaires » qui ne sont que des réactions, des « modifications » de fonctions psychiques, voire des « tentatives d'adaptation » de la personnalité aux effets des symptômes primaires ; mais si les symptômes secondaires ne constituent que des « superstructures psychiques », ils se présentent souvent comme « les symptômes morbides les plus frappants », qui sont donc pourtant les plus susceptibles d'être influencés par l'entourage, les conditions de vie... et l'attitude du médecin.

Cette distinction symptômes primaires-symptômes secondaires, qui sera reprise par nombre de psychiatres phénoménologues, n'est pas un simple cadre sémiologique. Elle constitue, en effet, le fondement de la notion de « guérison sociale » grâce à laquelle Bleuler pose les premiers jalons d'un « travail de secteur » avant la lettre : dispensaire, essais de « sorties précoces », placements familiaux, etc. ; en même temps, l'idée de « curabilité » que porte en elle la notion de schizophrénie – alors que les « déments précoces » étaient avant tout des déments – vient changer la vie à l'intérieur même de l'hôpital : introduction de l'ergothérapie, de la psychothérapie, travail du « contre-transfert » du personnel...

Si la distinction entre symptômes primaires et symptômes secondaires appartient en fait à une « théorie de la maladie », Bleuler, à travers la variation des tableaux cliniques et le foisonnement des symptômes relevant de la schizophrénie, introduit une autre distinction, cette fois à visée nosographique : la distinction entre symptômes fondamentaux et symptômes accessoires. Les premiers sont caractéristiques de la maladie, les seconds peuvent être retrouvés dans d'autres affections.

La tentative de cerner des « signes fondamentaux » ou, mieux, un « trouble fondamental » (tantôt compris comme pathognomonique, tantôt comme « trouble générateur » dont dériverait l'ensemble des autres symptômes) a constitué un défi pour bien d'autres psychiatres, en particulier phénoménologues, à la suite de Bleuler. La difficulté vient alors de ce que nous nous trouvons devant une série impressionnante de « troubles fondamentaux », chacun attaché au nom de son « inventeur » : perte du contact vital avec la réalité (Minkowski), hypotonie de la conscience (Berze), humeur fondamentale ou « engourdissement » (« Bennommenheit », de J. Wyrtsch), altération des relations entre le Moi et « l'attitude interne » (Zutt).

Schizophrénie et démarche clinique

« J'ai souvent été frappé par le fait que je faisais mes diagnostics sur d'autres données que celles par lesquelles j'expliquais mes diagnostics une fois posés » écrit Rümke dans son rapport au premier congrès mondial de

Psychiatrie en 1950. En fait, la plupart des psychiatres pratiquent comme lui cette « double comptabilité » au plan diagnostic. Bien entendu, le problème ici posé est celui de la nature de la clinique psychiatrique. Tatossian reconnaît à l'activité clinique « deux modèles non exclusifs ». Le premier modèle – modèle inférentiel – comprend deux temps : une première phase est constituée par « l'observation du patient, menant au relevé le plus complet possible des symptômes qu'il présente », la seconde phase est celle de l'inférence diagnostique. « C'est que, précise Tellenbach, dans les symptômes qui se montrent, nous faisons seulement l'expérience que quelque chose est présent, qui justement ne se montre pas, mais qui seulement s'annonce ou se révèle – à savoir la maladie ou l'altération. C'est parce que la maladie s'annonce dans les symptômes sans se montrer que les symptômes obligent à des inférences diagnostiques. » Tellenbach oppose le symptôme – qui se montre et « annonce la maladie, conçue comme son fondement » – au phénomène, lequel n'est « nullement un indice de maladie, mais quelque chose où se manifeste un caractère d'être » de la présence humaine.

Le second modèle, plus spécifique de l'activité clinique psychiatrique, est le modèle perceptif ou « diagnostic psychiatrique spontané » : « le diagnostic est dans la majorité des cas porté très précocement, et parfois dès les premières minutes de l'entretien ». Ce type de diagnostic (*Praecox gefühl* de Rümcke) s'arrête à des catégories très larges, ce qui lui permet d'ailleurs un certain dynamisme. L'essentiel de cette démarche est son aspect « globalisant » : « l'entité en jeu est reconnue bien plus comme une Gestalt unitaire que comme la combinaison additive de symptômes ». C'est parce qu'une Gestalt est « vue et non inférée » que Tatossian parle ici de « modèle perceptif » : « La schizophrénicité ou la dépressivité – plutôt que la schizophrénie ou la dépression – sont directement, et en règle générale, précocement perçues, un peu comme l'est l'air de famille d'un inconnu avec le frère ou la mère que l'on connaît déjà ».

Si ces deux démarches (la première d'ordre « inductif », la seconde d'ordre « abductif », selon la terminologie de Peirce) peuvent apparaître complémentaires – la première venant étayer la seconde dans ce que Rümcke appelle sa « double comptabilité » – leur opposition méthodologique semble cependant recouper une autre opposition, celle-ci conceptuelle.

Le « modèle référentiel » constitue la démarche clinique appropriée à une conception médicale « traditionnelle » de la maladie ; sa méthode tient de la technique du portrait-robot : à partir des symptômes discrets, va se dessiner une figure... Le « modèle perceptif », lui, ferait plutôt appel à la catégorie de visage – globalité insaisissable mais signifiante – qu'à celle de figure, dont chacun des traits reste isolable. Cette seconde démarche, plus spécifiquement psychiatrique semble venir en écho à une conception « anthropologique » du trouble mental, inaugurée dès 1922 à la fois par Minkowski et Binswanger (quoique de façons très différentes). Leur caractéristique commune est de rompre avec la « psychologie descriptive » de Jaspers dont l'axiome de départ était « l'opposition entre conscience du Moi et conscience des objets ».

La psychopathologie anthropologique

Pour Blankenburg, une science est anthropologique « quand elle parvient à relier à la nature (*Wesen*) de l'homme et à comprendre à partir d'elle tout ce avec quoi elle a à faire ». Mais il ne s'agit pas ici – comme certains phénoménologues l'ont fait antérieurement – de recourir à une « structure anthropologique fondamentale », prédéfinie par ailleurs. Le mouvement n'est pas d'un emprunt à la philosophie par la psychiatrie, c'est, à l'inverse, l'expérience psychiatrique qui doit pouvoir enrichir la philosophie, le projet anthropologique visant à « élargir notre monde commun jusqu'à le rendre apte à englober comme possibilité le monde schizophrénique ». Dans cette démarche, la « structure ontologique » n'est plus que la condition de possibilité de tel ou tel phénomène, et « cette condition de possibilité qu'est la structure est donnée dans l'expérience du phénomène lui-même et en est partie intégrante ».

Si la phénoménologie ne s'intéresse pas au symptôme en tant que tel, mais au phénomène, le risque est alors celui d'une « déspecification », le fait psychopathologique comme tel devenant simple « possibilité d'être », et disparaissant derrière une fonction de « fil conducteur pour l'étude des métamorphoses du *Dasein* humain ». Ainsi, dit Blankenburg, l'autisme, que Bleuler place au premier plan de la symptomatologie schizophrénique, ne saurait avoir «... aucune prétention à une spécificité nosologique. L'autisme repose sur une possibilité d'être fondamentale co-constituant le *Dasein* humain ». Une « spécificité » ne peut être indiquée qu'à travers un type d'infléchissement du *Dasein*. Aussi l'autisme – jusque là simple possibilité d'être – ne prend-il une signification pathologique que « lorsqu'il s'émancipe du contexte vivant des autres possibilités d'être et, sous forme autonomisée, détermine le *Dasein* ». Il reviendrait au même de dire que l'homme sain « désautonomise » ses potentialités délirantes. Blankenburg reprend ici le concept de « proportion anthropologique » de Binswanger, qu'il réinterprète lui-même en termes de « disproportion anthropologique », signifiant par là une rupture de dialectique.

La démarche de la psychopathologie anthropologique inscrit à son principe un parti-pris éthique – qu'il faut saluer comme tel – mais qui, en quelque sorte, se trouve d'emblée, autolimité : «... la condition de possibilité qu'est la structure ne peut servir à expliquer la survenue actuelle du phénomène » écrit tatossian. La schizophrénie comme problématique s'en trouve alors exclue, car elle est précisément CE par quoi la condition de possibilité du « mode d'être » schizophrénique va s'actualiser comme évènement et fait. Déterminer la

schizophrénie comme « un mode d'être, une forme et un style de vie », plutôt que comme un « accident » survenant au sujet à la manière d'une maladie somatique ne fait que repousser sur un autre plan la problématique.

La schizophrénie est-elle pure contingence de la réalisation d'un « mode d'être » à partir de sa condition de possibilité, ici entendue comme possibilité générale ? Dire que le schizophrène, à partir de ce mode d'être, « ne peut pas faire autrement » que d'être tel qu'il est dans son rapport au monde ne dit rien du problème à notre avis fondamental : le schizophrène peut-il faire autrement... qu'être schizophrène ? Quel est l'opérateur qui déterminerait l'autonomisation de telle potentialité ? Est-il contingence d'un « choix », ou nécessité de structure ? C'est dans cette béance ouverte entre les possibilités générales que constituent « les conditions de possibilité de notre être dans le monde », et la réalisation de telle possibilité dans « la personne du schizophrène », que se tient la schizophrénie comme procès.

Schizophrénie et symptôme

« En psychanalyse, nous sommes habitués à envisager les phénomènes pathologiques comme étant liés, d'une façon générale, au refoulement », dit Freud. La première phase du refoulement est constituée par la « fixation » « qui le précède et le conditionne », le second temps – « processus essentiellement actif » – est le « refoulement proprement dit » ; mais c'est la troisième phase qui s'avère « la plus importante en ce qui concerne l'apparition des phénomènes pathologiques » : cette troisième phase est celle de « l'échec du refoulement, de l'irruption en surface, du retour du refoulé ».

Une telle définition du fait psychopathologique, qui situe la « formation des symptômes » comme troisième phase du refoulement, prend son origine de l'étude des névroses. Mais en ce qui concerne les psychoses, Freud insiste surtout sur le second temps « le refoulement proprement dit » qui va prendre une forme insolite ; paranoïa et schizophrénie, dit-il, se distinguent l'une de l'autre au niveau de la première phase du refoulement (par une « localisation différente de la fixation prédisposante ») et de la troisième phase (par un « mécanisme différent du retour du refoulé »). Mais c'est le second temps, le refoulement lui-même, qui y présente un même caractère, que nous pouvons donc supposer propre aux psychoses : « le refoulement consiste dans le détachement de la libido des personnes – ou des choses – aimées auparavant », détachement qui s'accompagne d'une « régression de la libido vers le Moi ». « En fait, ajoute Freud, ce que les observateurs prennent pour la maladie elle-même » – et donc ce que la nosologie psychiatrique considère comme symptomatologie – constitue bien plutôt une « tentative de guérison » ; ainsi, le délire vise à « reconstituer la relation à une réalité » ; et la réalité elle-même ayant été détruite (c'est ce que signifie : « détachement de la libido »), le « travail délirant » est un « processus de reconstruction d'un univers ».

Une définition « freudienne » du symptôme en ce qui concerne les psychoses reste donc une problématique ouverte que nous ne pouvons aborder dans cet article, mais seulement proposer : car si la psychanalyse définit le symptôme comme indissolublement lié au refoulement et à son troisième temps – retour du refoulé –, en étendant, sans rien en changer, la définition au « symptôme psychotique » reviendrait à assimiler les psychoses aux névroses. C'est dire que la problématique du symptôme psychotique reste conditionnée par un questionnement préalable : un « refoulement » ainsi défini – détachement de la libido d'avec ses objets – n'est-il qu'une « forme » de refoulement, ou bien présente-t-il un caractère assez singulier (et de surcroît manifestement en opposition avec le but du refoulement au sens habituel du terme) pour que nous puissions y voir à l'œuvre un mécanisme différent de celui du refoulement à l'origine des névroses ? C'est cette deuxième thèse que nous défendrons ici, conformément à ce que l'expérience clinique nous apprend de la spécificité de la schizophrénie et de sa modalité très particulière de transfert : le Praecox Gefühl de Rümcke n'est pas de la « magie » clinique, mais bien une sorte de repérage de cette particularité transférentielle à travers ce qu'à tort nous avons coutume d'appeler le « contre-transfert ».

Mais comment parler de la schizophrénie sans qu'elle soit du même coup déniée ? Comment dire, sans l'altérer, cette altérité ? La schizophrénie décrite, la schizophrénie expliquée n'est pas la schizophrénie ; « on peut énumérer une série de symptômes, et l'essentiel n'aura pas été dit » (J. Wyrsh).

Le schizophrène n'est pas un conglomérat de symptômes, et nous ne parlons pas seulement ici de « l'écart considérable qui subsiste d'une manière générale entre la maladie et l'homme malade » (F. Tosquelles). C'est qu'être schizophrène ne peut se définir d'avoir une schizophrénie : « Alors que le maniaque ou le mélancolique ont la manie ou la mélancolie de tout le monde, chacun fait, pour ainsi dire, sa propre schizophrénie » (L. Binswanger). La schizophrénie n'est pas un « état de chose », mais un événement, l'événement pur de l'irruption d'un dire qui toujours garde un pas d'avance sur tout ce qui s'en exprime, et toujours marque un pas d'avance sur tout ce qui peut en être dit. Mais si nous pensons qu'être schizophrène excède avoir une schizophrénie, tout aussi bien pourrions-nous dire à l'inverse que la schizophrénie garde un pas d'avance sur le schizophrène, lequel souvent se ressent proie passive de ce qui lui advient, comme venant de l'extérieur. C'est que ce « pas d'avance » est ici la structure même : la schizophrénie est trouble de l'émergence, non pas jaillissement, mais excès incoercible d'un dire an-archique qui ne peut reposer dans un dit. Auto-nécessité du dire : ça ne cesse pas de se dire, mais impossible du dit : « ça ne cesse pas de ne pas s'écrire ». Car notre pas d'avance est aussi un « pas »

par avance : un pas forclusif qui dérobe la surface d'inscription sous chaque inscription à venir. Ce pas par avance est la Verwerfung de Freud, la forclusion de Lacan. Ce pas par avance n'est pas à comprendre comme une simple négation, car « la négation [...] ne fait pas d'une pensée une non-pensée » (Frege). Or c'est pourtant ce dont il s'agit ici : d'un « pas » susceptible d'imposer une « non-pensée » en place d'une pensée, c'est-à-dire de faire trou dans le tissu des pensées. « Je ne peux pas nier ce qui n'est pas » (Frege). C'est en ce sens que « la négation est d'abord admission » (Benveniste).

Un premier corps de signifiants

C'est au niveau de ce que Freud décrit comme Bejahung que Lacan situe ce temps primordial d'admission. « Le terme de Verwerfung (forclusion) s'articule [...] comme absence de cette Bejahung », cette absence faisant le pas forclusif par lequel « le fait amplecté est exclu du monde accepté par le locuteur » (Damourette et Pichon). Freud présente ce premier temps d'affirmation en termes de jugement d'attribution : « la propriété sur laquelle il faut se prononcer pourrait avoir été : bon ou mauvais, utile ou nuisible... ». Les prédicats « bon ou utile » apparaissent alors des « caractères déterminants d'un concept » (le « Moi-plaisir purifié », dit Freud) dont l'extension constitue une « classe » – celle dont les objets satisfont au « bon » prédicat. Et puisqu'il y a classification, il y a aussi constitution de ce que les logiciens appellent un « univers du discours », que Lacan définit ici comme « premier corps de signifiants ».

Par quels « arguments », la « fonction » correspondante est-elle saturée ? Le jugement d'existence ne prendra place qu'ultérieurement : on en peut donc parler encore ni de représentations, ni de perceptions – seulement de signes : précisément Wahrnehmungszeichen (signes de perception) dit Freud. Nous pouvons donc ajouter que ce tout premier jugement opère un « saut » par lequel ce qui n'était que « qualisigne » (« une apparence ») devient un « légisigne » (« un type général ») – plus précisément un « rhème » (« signe qui n'est ni vrai ni faux ») (cf. Peirce).

Bien qu'un « Moi-réalité primitif », encore plus archaïque, ait déjà « distingué intérieur et extérieur à l'aide d'un bon critère objectif », Freud considère le Moi est ses entours comme jusque là indifférenciés. Sous l'influence du principe de plaisir, le Moi-plaisir purifié se constitue par un double processus. D'une part, un principe d'unification (vereinigung) par englobement de – et assimilation à – ce qui est « bon », d'autre part, une fonction d'expulsion (Ausstossung) de ce qui est « mauvais », fonction forclusive, qui est au principe de ce qui va « constituer le réel en tant qu'extérieur au sujet » (Lacan). La Bejahung s'avère donc consister en « un processus primordial d'exclusion d'un dedans primitif, qui n'est pas le dedans du corps, mais celui d'un premier corps de signifiants » (Lacan) lequel, en un second temps, pourra précisément structurer le corps et la réalité. Ce qui, par une sorte de débordement de la fonction forclusive, se trouve rejeté de l'« univers du discours » dans le réel – « domaine de ce qui subsiste hors de la symbolisation » (Lacan) – sera à jamais exclu des « données préalables » du sujet, et ce, « comme s'il n'avait jamais existé ».

Forclusion et délire

Lacan définit la forclusion (terme par lequel il traduit le vocable freudien de Verwerfung) comme « rejet d'un signifiant primordial dans les ténèbres extérieures », d'où, à l'occasion, il fera retour : « la projection dans la psychose... c'est le mécanisme qui fait revenir du dehors ce qui est pris dans la Verwerfung, soit ce qui a été mis hors de la symbolisation générale structurant le sujet ». La genèse de l'hallucination est ici manifeste, et c'est bien le mécanisme qu'en donne Freud lorsqu'il commente l'hallucination de « l'Homme aux loups ». Que le mécanisme du phénomène délirant soit identique peut être éclairé par le « mixte » que constitue l'interprétation délirante.

« J'ai vu la bicyclette de M A. appuyée contre un mur ; ça veut dire qu'il faut que j'arrête de manger. » La psychiatrie classique définit l'interprétation délirante comme « jugement faux sur une perception exacte » (Henry Ey). Si l'auto-référence apparaît comme la première caractéristique de l'interprétation, la seconde réside dans le caractère « important et pressant » (K. Schneider) du message porté par la perception : « Le sujet expérimente cette signification comme lui étant étrangement imposée » (J-J. Lopez-Ibor). Schneider repère une structure logique dans le phénomène de la perception délirante : « elle articule deux membres : le premier englobe la relation du sujet qui perçoit à l'objet perçu ; le second membre, celle de l'objet perçu à la signification anormale ». L'articulation de ces deux membres est le plus souvent énoncée par l'expression : « ça veut dire », qui nous apparaît comme une marque du domaine des significations.

C'est seulement après un long temps de prise en charge d'un psychotique que le contenu de l'interprétation (le « second membre ») se révèle pour ce qu'il est : un contenu de pensée que le sujet se refuse à prendre à son compte. Au fil des entretiens, le contenu des interprétations subit ce que nous avons pu appeler un « infléchissement transférentiel », c'est-à-dire qu'il devient susceptible de constituer un matériau pour le travail psychothérapeutique. Qu'au hasard de la fin d'un repas, des écorces d'oranges échouant sur des débris de poulet viennent au vu de tous « réaliser l'inceste » dans une assiette, et D., en proie à une angoisse incoercible, nous supplie de la croire qu'elle n'a pas voulu signifier cela... Deux crayons posés côte à côte veulent dire la relation sexuelle. Elle, « ces choses-là », ne la préoccupe en rien.

Pour Frege, « penser, ce n'est pas produire des pensées, mais les saisir... La saisie d'une pensée suppose quelqu'un qui la saisisse, quelqu'un qui la pense. Ce quelqu'un est alors porteur de l'acte de penser, non de la pensée ». Le mécanisme de projection ici à l'œuvre concerne le « porteur de l'acte de pensée », et constitue par là une étrange forme de négation. Dans la dénégation, la négation porte sur un contenu de pensée ; dans le déni, sur un fragment de réalité. Dans la perception délirante, ce qui est nié, c'est le sujet en tant que pensant tel contenu de pensée.

« Ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors. » Ainsi Freud définit-il la projection psychotique. D., qui ne peut se reconnaître au principe d'une pensée qui n'a aucun enracinement en elle, voit ce contenu de pensée surgir dans les objets de la réalité eux-mêmes. En un second temps, D. projettera la projection elle-même : « Ce n'est pas moi qui interprète, ce sont les autres ! » – les autres qui interprètent ses gestes et ses paroles. Le progrès sur la dissociation a réinstallé l'autre dans son statut de semblable – ce qui ne va pas sans une autre sorte d'angoisse, mais permet d'établir avec lui une relation à un alter-ego.

« C'est l'image de son corps qui est le principe de tout unité que l'homme perçoit dans les objets » (Lacan). Dans la perception délirante, le « un » de l'objet perçu n'est pas atteint, mais apparaît pourvu d'une « béance » – laquelle paradoxalement se manifeste comme un « en plus » : la boursoufflure ricanante de la « signification anormale » qui s'y surajoute, et qui vise le sujet.

L'interprétation délirante nous donne l'image d'un signe linguistique disloqué ; la perception y est mise en place de signifiant, la « signification anormale » de celle de signifié, l'auto-référence y manifestant que le sujet se trouve porté au rang d'unique référent. Le signe linguistique s'y montre décomposé en ses éléments constitutifs comme à travers un prisme, ses éléments ne sont plus rassemblés dans « l'ici et maintenant » du même signe, mais y apparaissent en quelques sortes juxtaposés et comme constituant des espaces distincts, chacun fonctionnant pour lui-même et non plus dans sa relation aux autres. Cette présentification quasi hallucinatoire de la désagrégation du signe linguistique nous semble bien alors manifester la dislocation des trois registres de Lacan : symbolique, imaginaire, réel ; mais aussi bien pourrait-on la dire traduire un effort de reconstruction du champ symbolique – justement en ce que la relation signifiant-signifié y est « non-motivée » (le délire, dit Gruhle, « pose un rapport sans raison »). L'interprétation délirante peut donc sembler participer de cette « tentative de guérison » dont parle Freud, qui viserait ici à restaurer la « barre » de la métaphore du langage. (« Dans la schizophrénie, la barre de la métaphore primordiale est poreuse. » Jean Oury). Mais sans doute aussi une perception délirante ne vient-elle en cette place de signifiant linguistique que pour tenter de « boucher » la place restée vide d'un signifiant primordial.

« Les “non-dits”, je les traduits en termes d'irrationnel ». B., en notre présence, parvient peu à peu à critiquer son délire. Son thème délirant privilégié tournant autour des « pouvoirs » (magiques), il y a tout utilisé, du yoga à l'ingestion d'herbes présumées « Datura » qui poussaient dans la cour de l'hôpital, en passant par toute la panoplie de la parapsychologie. Dans le « trou » de ces non-dits s'épanouissent les mille facettes d'un délire de toute-puissance que les « termes d'irrationnel » tentent de nommer – de délimiter ? – avant que B. ne s'y perde totalement. Cet imaginaire n'est pas délimité par le champ du symbolique, mais touche au réel – le « réel » de la relation incestueuse à la mère. La toute-puissance construire par B. lui est nécessaire pour (se) tenir à distance (de) sa mère – elle-même constituée comme toute-puissante pourvue de toutes les magies : à preuve « l'esclavage » auquel elle a réduit le père. Mais B. sera toujours perdant : au moment où l'imaginaire le porte au faite du « pouvoir », il se sent, du même coup, à l'instar de sa mère, féminisé – c'est-à-dire châtré – et le point de rupture est dépassé : implosion explosive, innommable d'une catastrophe. Puis : « le vide », plage où plus rien ne peut s'inscrire.

Les mécanismes schizo-paranoïdes

C'est à ce même niveau d'une fonction forclusive que nous pouvons situer la problématique kleinienne des mécanismes schizo-paranoïdes et du « clivage primordial ». Il ne s'agit plus ici à proprement parler d'une partition entre « bons » et « mauvais » objets, mais du clivage d'un même objet en deux aspects. Ainsi le sein de la mère est « prototype des bons objets quand l'enfant le reçoit, des mauvais lorsqu'il manque ». Chez Mélanie Klein, le clivage entre bons et mauvais objets ne recoupe pas l'opposition incorporer-expulser. « Introjection » et « projection » constituent des « processus intrapsychiques » qui régissent le développement du bébé indépendamment du caractère des objets : « Dès le commencement de la vie, le Moi introjecte de bons et de mauvais objets », et ces mécanismes intrapsychiques « contribuent à créer une relation double avec l'objet primitif. Le bébé projette ses pulsions d'amour et les attribue au sein gratificateur (“bon”) comme il projette à l'extérieur ses pulsions destructrices et les attribue au sein frustrateur (“mauvais”). Simultanément, par introjection, un sein “bon” et un sein “mauvais” sont constitués à l'intérieur. »

Ce clivage de l'objet en ses aspects « bon » et « mauvais » constitue, pour Mélanie Klein, une « nécessité vitale », qui permet au « Moi » de « gérer l'angoisse ». C'est la pulsion de mort présente au cœur de l'organisme qui provoque chez le petit enfant une « peur de l'anéantissement ». Sous la pression de la menace d'être « détruit de l'intérieur », le « Moi » (dont la cohésion est encore peu assurée) « tend à tomber en morceaux. Ce morcellement semble sous-tendre les états de désintégration chez les schizophrènes. »

Soulignons ici la distinction, introduite par Winnicott, entre « non-intégration » et « désintégration ». Les moments de « retour à un état de non-intégration » sont pour le bébé parfaitement normaux : « Pour le nourrisson, le repos représente un retour à l'état non intégré », qui ne provoque pas l'angoisse de l'anéantissement « si la mère lui assure un sentiment de sécurité ». C'est seulement quand l'intégration, qui se fait progressivement, a atteint une certaine étape que « la perte de ce qui avait été acquis peut être considérée comme de la désintégration plutôt que de la non-intégration ». Cette distinction correspond cliniquement à la différence des effets de la « désintégration de la personnalité », propre aux psychoses, et des effets d'un « retard » ou d'un « défaut » d'intégration, plutôt retrouvés dans les névroses graves et chez les personnalités borderline...

Des inclusions de réel

Logiquement, le ratage de la fonction forclusive peut être conçu de deux manières : soit comme forclusion d'un signifiant primordial « par excès » de la fonction forclusive, soit comme non-exclusion d'une part de réel « par défaut » de cette fonction : des flaques de réel peuvent ainsi se trouver retenues dans l'univers du discours, n'y laissant parfois intacts que des îlots de signifiants. Sans doute est-ce ainsi que nous pourrions situer « l'humeur fondamentale » schizophrénique dont parle Wyrsh : « état d'âme de l'inquiétude et du menaçant », qu'il rapproche de « l'engourdissement » (Benommenheit, de Bleuler). Zutt précise que ce qui nous paraît être « engourdissement » devant le monde de la réalité constitue en fait un état d'hypervigilance : un « être engagé », un « être sombre », un « être fasciné ».

Dans une série d'entretiens dans lesquels nous sommes quelques temps simple « secrétaire », N. raconte une telle expérience : « C'est comme un mécanisme capricieux qui s'installe [...] Un va-et-vient perpétuel, plus ou moins rapide, comme une trappe qui s'ouvre vers une région désertique, morne, plus uniforme. Une plaine aride, sans eau et sans richesse, un peu désabusée. À un moment, rien ne va plus. On veut faire marche arrière ; on est retenu par un fil malin, retenu par cette autre face de la vie qui se dédouble en vous. Face mirifique, plus colorée, mais déroutante et aride, un monde où l'on veut s'imaginer, s'imaginer autre que ce qu'on est pour se dépasser soi-même et s'affirmer aux autres... Une part de superstition, d'a priori me dirigeait. Des sensations de rancœur, de morosité, de désespoir [...] Rien ne m'intéressait, sinon machinalement [...] Même les objets qui m'entouraient, je les voyais grossir, c'était un effet impressionnant. Avec les gens, c'était pareil, je ne les reconnaissais pas vraiment [...] Quelque chose que j'avais perdu : l'élan de se sentir soi-même, de suivre son cheminement [...] C'est comme un traumatisme, un manque de joie qui s'affermait en nous... »

C'est aussi le mouvement même de l'expulsion (Ausstossung), comme négation en acte, que Freud pose au principe du négativisme psychotique. Quelle que soit l'irritation qu'il nous provoque, il n'est certainement pas à comprendre comme phénomène qui s'adresse à l'autre. Ainsi se plaint P. : « Ça ne va pas, je n'ai pas dormi de la nuit ; pas une minute [...] je n'ai pas réussi à aller me coucher. Il n'y avait rien à faire, je n'arrivais pas à vouloir. » Le même P. Nous définira ainsi ce dont il souffre : « Ma maladie, c'est un trou dans la possibilité d'agir. »

Lois du langage et refoulement

Ce qui est exclu du champ symbolique – le réel – est le domaine de ce qui est forclusivement rejeté. Par opposition à ce type de négation « forclusive », le champ de la Bejahung constitue un domaine « discordantiel » : la détermination d'une classe y est aussi détermination de la complémentaire de cette classe ; en d'autres termes, « pour toute pensée, il en existe une autre qui la contredit » (Frege), étant entendu que « chaque proposition qui en contredit une autre la nie » (Wittgenstein).

Nous nous proposons d'introduire ici la thèse selon laquelle la soumission au principe de réalité impose la soumission aux lois de la logique formelle – ce que rien ne nous interdit de formuler.

Deux propositions contradictoires ne peuvent être vraies ensemble (principe de non-contradiction). Une seule alors doit être affirmée par un jugement qui la tient pour vraie, l'autre (qui la contredit) étant alors de fait rejetée. Dans le registre discordantiel, à l'inverse du registre forclusif, « la négation ne fait pas d'une pensée une non-pensée » ; la proposition rejetée n'en subsiste pas moins (pour peu que le sujet se refuse à abandonner la « motion de désir » qu'elle traduit), mais constitue alors un autre lieu logique que celui de la proposition conservée – lieu logique que nous assimilerons au lieu topique de l'Œs.

La contradictoire refoulée ne pourra faire retour dans le champ de la conscience qu'en y étant déniée – soit, sous forme de la proposition négative qui nie la pensée rejetée (= refoulée c'est-à-dire niée), – cette double négation ne la faisant plus contradictoire de la proposition présente au niveau Cs. « Je ne te hais point », chacun le sait depuis l'école, ne contredit pas l'amour.

Sous cet éclairage, le symptôme apparaît à la fois comme transgression et préservation du principe de non-contradiction ; le symptôme — « formation de compromis » — n'est un « compromis » que dans la mesure où il « représente » la contradiction qui le sous-tend ; son statut formel est celui d'un « tiers », et, du fait que les lois de la logique formelle s'y opposent, ce tiers est exclu... du discours. Il ne saurait être en lui-même une proposition, et ne peut s'inscrire au niveau du discours que comme classe vide. Mais puisqu'il ne trouve origine que dans les lois du langage, il est un fait du langage — et ne saurait donc être lui-même que langage : « Le

symptôme névrotique joue le rôle de la langue qui permet d'exprimer le refoulement. » (Lacan). Si refouler est un équivalent de la négation, la place du « ne » qui marque la négation dans le langage correspond, au plan métapsychologique, à celle du « nœud » du refoulement originaire.

Le refoulement originaire

Le refoulement originaire... Freud se lance dans la quête des sens opposés dans les mots primitifs : là où les antinomies sont encore conjointes dans une même matrice, là où la chose est à elle-même son propre « non » – présence et absence confondues –, là où la chose est à elle-même son propre « nom »... Mythe de l'origine du langage.

Si le refoulement originaire, en tant qu'ensemble vide, peut être conçu comme « disjonction fondamentale », les fantasmes originaires nous en paraissent au plus proches. Certes, ils semblent conter les « mythes des origines » (J. Laplanche et J.-B. Pontalis), mais ils constituent aussi les « mythes » des oppositions fondamentales : être/ne pas être (scène primitive), avoir/manquer (fantasme de castration), activité/passivité (séduction), même et autre (fantasme du retour du sein maternel). Et dans chacune de ces oppositions, l'un des termes ressortir de la pulsion de mort.

Les fantasmes originaires ont donc une structure commune, qui est l'articulation des couples de contradictoires en quelque sorte émergeant du refoulement originaire. Nous pouvons les considérer comme mises en scène primitives du principe de non-contradiction, auquel ils confèrent des premières « signifiances » : matrice de l'imaginaire.

« Le refoulement peut être considéré comme l'étape intermédiaire entre le réflexe de défense et la condamnation du jugement », dit Freud – c'est-à-dire comme intermédiaire entre l'expulsion et la négation, conjonction du « pas » forclusif et du « ne » discordantiel : l'ensemble vide est « un ». Le refoulement sauvegarde le principe de contradiction au niveau du Moi-réalité, tout en préservant, en un « autre lieu » logique (une « autre scène »), la contradictoire écartée. Le « pli du pli » (Zwiefalt) de ces deux lieux topiques – l'un, le système Cs, pouvant être considéré comme lieu de ce qui est affirmé, l'autre, le système Ics, étant implicitement affecté du signe négatif – est le refoulement originaire : ce par quoi ek-siste le contradictoire comme tel, ce par quoi prend sens la contradiction, virtuelle conjonction – disjonction originaire du sens et de la signification, du symbolique et de l'imaginaire, barre de la métaphore primordiale.

Dire que, « dans la schizophrénie, les investissements d'objets sont abandonnés » c'est dire que les investissements sont retirés aux représentations de choses Ics. Or ces représentations Ics ne sont elles-mêmes définies que comme étant « constituées » par leurs investissements. Tout au plus pouvons-nous concevoir ce qu'il en persiste, après le retrait d'investissement, comme de vagues restes de « traces mnésiques », partiels, épars, sans liens entre eux. À l'inverse de cette désertification des représentations chose Ics, « les représentations de mots (Pcs) subissent un investissement plus intense » – ce qui est dire, en d'autres termes, que « la libido se replie dans le Moi ».

Le mécanisme du « refoulement psychotique » apparaît donc en quelque sorte comme un mécanisme de dé-refoulement qui n'est pas « retour du refoulé », mais « paraître » du refoulé. Dans le « retour du refoulé », le refoulé ne s'annonce que sous le masque du symptôme ou du « ne » de la dénégation – et c'est ce masque qui en indique le « retour » dans l'après-refoulement. Ici, le refoulé réapparaît comme laissé à découvert par le « retrait » du refoulement, ce qui évoque plutôt un mécanisme de régression à un « avant coup » du refoulement... s'il y en avait eu un. Certes nous pourrions parler d'une régression à la « fixation » – et c'est le cas – mais la fixation est le premier temps logique du refoulement et, comme tel, en fait partie intégrante. Tout se passe comme si ce paradoxal « refoulement schizophrénique » fonctionnait à la manière d'une tapisserie de Pénélope, où ce qui se tisse-refoule le jour se défait-dé-refoule la nuit. Le refoulement originaire s'avère ici impuissant à garantir « de l'intérieur » le mécanisme du refoulement, et l'énergie présente dans le lieu topique Ics semble plutôt s'y engouffrer, comme aspirée par lui, pour réapparaître « au-delà », dans le lieu du Pcs – et sous forme inchangée : c'est-à-dire sous forme d'énergie libre. Les lois propres au processus primaire envahissent donc le lieu topique Pcs habituellement régi par le processus secondaire, auquel elles se substituent en partie : « Dans la schizophrénie, les mots sont soumis au processus psychique primaire » (Freud).

En assurant la séparation du lieu des représentations de chose et de celui des représentations de mot, le refoulement originaire maintenait un « incorporel » entre les choses et les mots, et garantissait la barre de la métaphore linguistique. Et, « si l'on ne trouve aucun “non” en provenance de l'inconscient », c'est peut-être précisément parce que le refoulement est la condition d'apparition du « non » de la dénégation : ce « non » du registre discordantiel permettant l'essor des processus de pensée.

Clivage et transfert dissocié

Dans la psychose, la contradiction n'est pas du même coup esquivée et maintenue par le refoulement : tout simplement, elle est abolie. Faute de refoulement originaire, la contradiction n'est plus reconnue comme telle par un Moi qui n'est pas remanié par le principe de réalité – c'est-à-dire n'assume pas les lois du langage. Dès lors, deux contradictoires peuvent être affirmées ensemble au niveau du Moi : mais n'étant pas reconnue telle, la

contradiction devient simple juxtaposition de ses contradictoires. Que les lois formelles du langage ne soient pas « admises » dans le Moi n'empêchent en rien qu'elles s'imposent, pour ainsi dire au « corps défendant » du sujet : le principe de contradiction se manifeste en acte. Là où, chez le sujet non psychotique, la contradiction créait le lieu topique de l'Ics, chez le schizophrène – faute de cet opérateur qu'est le refoulement – elle fait clivage de ces parties du Moi qui persistent à en affirmer chacun des deux termes. Chaque proposition ignore ainsi sa contradictoire – en quoi Racamier peut avancer que « le schizophrène manque d'ambivalence ».

Le clivage schizophrénique – la « dissociation » – est le prix à payer de la « forclusion » de la négation comme telle. Certes, Freud considère l'instauration de l'Ics comme une forme de clivage : « Avec l'introduction du principe de réalité, une certaine forme d'activité de pensée se trouve séparée par clivage ; elle reste indépendante de l'épreuve de réalité, et soumise uniquement au principe de plaisir. » Mais ce clivage Cs/Ics est sous-tendu par le nœud du « non » qui à la fois lie et oppose les deux termes de la contradiction, permettant ainsi la distinction des deux domaines topiques, et leur articulation.

De tout autre nature est le multiclivage schizophrénique, fondé précisément sur l'absence du clivage Cs/Ics.

Gisela Pankow le définit en référence à l'image du corps, qu'elle introduit « uniquement au titre de la reconnaissance d'une dynamique spatiale ». « La dissociation, dit-elle, est une destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leurs liens avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur... sous forme d'hallucinations auditives ou visuelles. »

La « dissociation » psychotique s'oppose au morcellement névrotique, distinction essentielle pour la pratique et l'abord thérapeutique : « Alors que le névrosé est capable de reconnaître l'unité du corps même si ce corps est mutilé, le psychotique n'en est pas capable [...] J'entends par dissociation le fait que le malade n'est plus capable de reconnaître une partie du corps comme partie... Chaque partie du corps est un corps tout entier. » (Pankow).

La menace du clivage est vécue comme menace de catastrophe, d'anéantissement du monde extérieur ou de désintégration de la personnalité. Les « investissements Ics de représentations de chose » étant constitutifs de « l'investissement libidinal des objets de la réalité extérieure », du fait de la « faillite » du refoulement originaire, le monde et la « réalité psychique » ne sont pas distincts dans la schizophrénie. Le sujet en proie au clivage ne peut que se réfugier dans la « partie » de lui-même qu'il incarne à tel moment, « laissant en plan », du même coup, les parties de sa propre réalité qu'il déserte. Peut-être est-ce dans une tentative de rassemblement qu'il s'auto-mutile des parties ainsi « déshabitées » de lui-même, la restriction du champ d'existence (du champ d'investissement libidinal) apparaissant alors comme mécanisme de défense devant le clivage : « l'abandon de l'investissement Ics » constituerait alors une réponse à la menace de clivage et à l'angoisse « folle » qu'elle déclenche.

Parce qu'il n'y a pas de distinction de la « réalité psychique » d'avec la « réalité extérieure », c'est littéralement le schizophrène qui donne existence au monde et à ses lois : deux et deux ne font quatre que pour autant qu'il s'astreint compulsivement à compter, car « qui » pourrait garantir que deux et deux « continuent » à faire quatre s'il cesse ? Aussi doit-il s'en assurer à chaque instant.

Si l'énergie libidinale tend à désertir les investissements d'objets, « l'objet » du monde apparaît flou, et lui-même déshabité : « des ombres d'hommes bâclées à la six-quatre-deux », disait Schreber. Plus que pour quiconque paradoxalement, l'autre est pour le schizophrène un « alter ego ». Non seulement parce que cet autre ne subsiste que par son investissement, mais aussi parce que, comme tout un chacun, le schizophrène tend à se projeter dans ses objets : l'autre est donc clivé, mutilé, assimilé à une partie de lui-même – outre qu'il reste « même » que la partie du schizophrène qui l'investit. Mais nous ne parlerons pas pour autant « d'objet partiel » – ni même « d'amour partiel de l'objet » (Abraham). Car « la désintégration n'est pas la non-intégration », et la dissociation n'est pas retour au monde pulsionnel, comme en témoigne d'ailleurs la « rigidification » (par « auto-mutilation » de sa réalité propre) de maintes structures schizophréniques. De même, le « narcissisme secondaire » (Freud) n'est-il pas non plus « auto-érotisme ». Nous avancerons ici, avec Jean Oury, le terme de « transfert dissocié ». S'il peut paraître hardi, le corollaire – pratique – en est cependant bien connu : c'est qu'il faut « s'y mettre à plusieurs » pour espérer traiter un schizophrène, du moins à partir d'un certain degré de clivage. Chaque investissement nouveau, si limité soit-il, peut permettre de re-susciter une partie clivée du schizophrène – de lui restituer une partie de lui-même – et la notion de « greffe de transfert » de Pankow nous permet alors de mieux situer ce que nous avons appelé « l'automutilation ».

Ces investissements multiréférentiels semblent s'ignorer les uns des autres (et, a fortiori, si nous les ignorons). Et sans doute est-ce pour créer entre eux des liens, des ponts, que le schizophrène, comme le note Chaigneau, « dans le collectif, commence par se nourrir des relations des autres entre eux, pour autant que ces relations... soient préservées de l'immobilité et du formalisme [...] Or il est véritablement urgent que le schizophrène soit nourri par la parole » une parole qui s'adresse à lui, mais aussi, simplement, les paroles qui s'échangent autour de lui. B. disait avoir ressenti, dans tel hôpital, des « non-dits » entre les soignants, et qui, là tout comme dans son milieu familial, ouvraient une trappe vers le monde du délire.

Se donner les moyens collectifs pour susciter, rassembler, dialectiser ces bribes d'investissements épars, c'est le sens de la démarche de ce qu'on appelle la « psychothérapie institutionnelle ». C'est seulement à partir de là que peut s'envisager l'entreprise d'un travail psychothérapique avec le schizophrène. Le moins que l'on puisse dire

est que l'argument de son « inutilité », sous prétexte que « dans la schizophrénie il n'y a pas d'autre » – affirmation qui court dans trop de cercles analytiques – prend quelques libertés avec la clinique la plus évidente. Car d'où viendrait alors le syndrome paranoïde ? Que dans cet « autre » du schizophrène, le thérapeute ne reconnaisse pas le reflet de son propre Moi fait plutôt problème pour le thérapeute qu'obstacle rédhibitoire au déroulement d'un travail analytique. Ce serait comme de prétendre que pour l'enfant il n'existe aucun objet avant la constitution « objectale » de l'objet. La difficulté est plutôt que cet « autre » tient mal dans son statut « d'autre », par non-délimitation de la « réalité extérieure » et de la « réalité psychique » ; en quoi cet « objet extérieur » redevient sans cesse « investissement de représentation de chose » – c'est-à-dire une partie de la « réalité psychique » du patient, et donc une partie de lui-même.

Ce n'est qu'à « rompre » dans le « duel » de l'entretien que le thérapeute évitera de « faire assaut » avec le patient : assaut de toute-puissance. « Rompre » est ici : laisser la place, ou plutôt « créer » la place, créer le lieu de l'Autre. Car c'est faute d'Autre que le statut de l'autre régresse vers du « même ». Dégager la place de l'Autre est d'abord créer un espace de parole – « espace du dire », dit Oury, qui fait place libre pour l'émergence du désir. Dégager le lieu de l'Autre permet alors la création du « troisième point de vue » (ainsi le nomme B)... Le troisième point de vue ? « C'est pouvoir se voir en train de parler à l'autre [...] Ça permet d'interrompre le monologue ; sinon, quand on parle à l'autre, on parle à soi-même. »

L'accès au « troisième point de vue » est creusement d'un écart entre le « je » qui parle et l'image de celui qui parle. « B » parle, et ce n'est que d'un point B' que B peut être vu parlant – comme image. C'est seulement en s'identifiant à celui à qui il parle, en se mettant à sa place, (B'), en « voyant » à sa place, qu'il peut « se » voir : voir sa propre image. B qui parle, et l'image de B parlant, ne se séparent comme deux « lieux » que depuis un lieu troisième. Le « troisième point de vue » qui permet à B de « se » voir est avant tout dégagement de l'Idéal du Moi : « point de vue » depuis lequel peut être vue sa propre image (Moi-idéal), avec laquelle il se confondait jusque-là. Cette distinction de l'Idéal du Moi et du Moi-idéal, décollement des registres symbolique et imaginaire, est aussi dégagement d'une place pour le sujet : B ne soutient sa parole que s'il peut l'adresser à un autre, et précisément, l'image (Moi-idéal) n'étant vue que depuis la place de l'Autre, dès lors que B peut « se » voir, il peut aussi « voir » l'autre – et le voir comme distinct de lui. Et cet autre peut alors n'être plus confondu avec le propre Idéal du Moi du sujet, c'est-à-dire avec un « point de vue ». Car jusque-là, « l'autre » n'était pour B qu'un regard qui le persécutait, et son désir d'être reconnu par l'Autre ne recevait en réponse que sa dégradation imaginaire : partout, tout « autre » le « reconnaissait ».

La place de « l'autre » et la place du « sujet » se constituent du même coup – par triangulation de l'Autre qui les tient à distance. Si le thérapeute parvient à en laisser libre la place – ne se précipite pas à s'y installer –, il restera à s'occuper du quatrième terme toujours au moins virtuellement présent : le « monstre », conglomérat du patient et de son thérapeute, qu'il faudra peu à peu tuer pour qu'il retrouve sa vraie place – précisément celle du mort.

Danielle Roulot

bibliographie

blankenburg w. : la Perte de l'évidence sexuelle, P.U.F., Paris, 1991.

ey h. : traduction résumée de *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Analectes, Theraplix, Paris, 1969.

freud s. : « La négation », in Résultats, idées, problèmes, II, P.U.F., Paris 1985.

– « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques » in Résultats, idées, problèmes, I, P.U.F., Paris 1984.

– « Névrose et psychose », « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », in Névrose, psychose et perversion, P.U.F., Paris, 1973.

– « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) » in Cinq psychanalyses, P.U.F., Paris, 1967.

– Métapsychologie, Gallimard, Paris, 1968.

lacan j. : Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (Séminaire II, 1954-1954), Le Seuil, Paris 1978.

– Les psychoses (Séminaire III, 1955-1956), Le Seuil, Paris, 1981.

– Écrits, Le Seuil, Paris 1986.

oury j. : Création et schizophrénie, Galilée, Paris, 1989.

pankow g. : l'Homme est sa psychose, Aubier-Montaigne, Paris, 1969.

roulot d. : « Les marches du délire », *Psychiatries*, n°80/81, 1987, 5/6, Revue Française des Psychiâtres d'Exercice Privé.

tatossian a. : « Qu'est-ce que la clinique ? » in les Modèles expérimentaux et la clinique psychiatrique, *Confrontations Psychiatriques* n°30, 1989, Éd. specia, Paris, 1989.

– « Phénoménologie des psychoses » *Comptes rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, tome I, Masson, Paris, 1979.

wyrsch j. : la Personne du schizophrène, P.U.F., Paris, 1956.

