

LASCAUX Fabienne
N° étudiante : 2099821
Master 1

LA BOUCLE DU CYCLE DE LA VIE A **L'ÉPREUVE DU SCHIZOPHRÈNE**

SCHIZOPHRÉNIE, DEUIL ET RAPPORT À LA MORT

Champs : personnel et interpersonnel.
Mots-clés : deuil, schizophrénie, médiation.

Session de juin 2013

Groupe FPP : Mr BITTOLO
à Paris
Université Lumière Lyon 2
Institut de Psychologie

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	3
<u>I – PARTIE CONCEPTUELLE</u>	5
1 – LE DEUIL	5
<i>LE PERTE D’UN PROCHE</i>	5
<i>LES ÉTAPES DU DEUIL</i>	6
<i>L’ACCOMPAGNEMENT ET LES COMPLICATIONS</i>	7
<i>L’ATTACHEMENT ET L’ANGOISSE DE SÉPARATION</i>	8
<i>LA FORMATION DE LA RELATION D’OBJET AU REGARD DE LA PERTE</i>	10
<i>LE RAPPORT À LA MORT</i>	15
2 – LE SCHIZOPHRÈNE ET L’AUTRE	18
<i>LA SCHIZOPHRÉNIE</i>	18
<i>LA RELATION OBJECTALE ET LE SCHIZOPHRÈNE</i>	21
<i>LA RELATION TRANSFÉRENTIELLE</i>	22
<i>ARTICULATION THÉORIQUE ENTRE SCHIZOPHRÉNIE ET DEUIL</i>	24
<u>II – PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES</u>	26
<u>III – PARTIE PRATIQUE</u>	28
1 – L’ERGOTHÉRAPIE À L’HÔPITAL	28
<i>L’INSTITUTION</i>	28
<i>L’OBSERVATION CLINIQUE</i>	29
<i>LES PROCESSUS DE MÉDIATION</i>	31
2 – DEUX SITUATIONS CLINIQUES	33
<i>ADAM</i>	33
<i>AGATHE</i>	49
<u>IV – ANALYSE ET DISCUSSION</u>	63
1 – REPÉRAGE DU DEUIL	63
2 – RETOUR AUX HYPOTHÈSES	64
3 – DISCUSSION	73
4 – MODÉLISATION HYPOTHÉTIQUE DU DEUIL CHEZ LE SCHIZOPHRÈNE	77
<u>V – CONCLUSION</u>	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	86

INTRODUCTION

Mes travaux dans le cadre de ma formation en psychologie se centre sur mon expérience d'ergothérapeute à l'hôpital psychiatrique d'adulte. Travaillant dans les quartiers populaires parisiens, j'ai pu explorer les questions identitaires, psychopathologiques mais aussi anthropologiques à partir de thérapie auprès de patients migrants. Dans ce mémoire, je me rapproche davantage du noyau de ma pratique où se concentre mon quotidien avec des patients schizophrènes, dans le contexte de thérapie médiatisée.

Ces patients que j'accompagne, sont parfois confrontés à la perte d'un proche dans la réalité. Il n'est pas rare de constater dans les services, leur manque de réaction face à la mort d'autrui. Ils réagissent pas ou peu. Ou bien, nous n'avons pas repéré les bouleversements sous-jacents, qui n'apparaissent pas visiblement dans le comportement tel que nous les connaissons. Nous associons, alors, l'idée du processus de deuil, et en même temps, nous constatons un rapport à la mort différent. Mais quel est-il ? Qu'est-ce que c'est un processus de deuil pour une personne schizophrène qui perd un proche ? Peut-on le repérer et l'accompagner ?

Le thème de ce dossier est donc **le deuil chez le schizophrène**. Si leur réaction est différente de ce qui nous est commun, les processus psychiques le sont, probablement, tout autant. Le manque d'identification et d'altérité nous est familier dans le contact avec les schizophrènes. Il doit être alors évident que la mort d'un autre, ne revêt pas les mêmes caractéristiques, quand cet autre, n'est pas tout à fait autre. Pour étudier le deuil chez le schizophrène, je suppose qu'il faille que la perte soit celle d'un proche dans le quotidien, afin que la perte soit effective au moins dans la réalité.

En l'espace de quelques mois, j'ai eu l'occasion de suivre, en ergothérapie, deux patients schizophrènes qui venaient de perdre un proche : pour le premier, la perte de sa femme avec qui il vivait depuis vingt-six ans, pour la seconde, la perte de sa mère, qu'elle n'avait pas vraiment encore quitter. Par conséquent, cette interrogation est devenue plus actuelle et a nourrit mon accompagnement ergothérapeutique. Au point de départ de cette recherche, je me demande donc : *À la perte d'un proche, la personne schizophrène entre-t-elle dans un processus de deuil ? Si oui, quels repères pour l'évaluer ?*

Au cours de ces suivis, il m'a semblé que la question du deuil était présente, et en même temps, pas tout à fait. Le deuil tel qu'il est décrit ne permet pas de rendre compte de la

position de ces patients. L'observation clinique ne peut donc pas se suffire de ce concept. Cependant, elle m'a permis de mettre en évidence des processus non étranger à la perte de ce proche. C'est dans l'expérience de ces deux suivis, que je décide d'investiguer davantage cette question du deuil chez le schizophrène, en étudiant **le vécu de la mort d'un proche pour le schizophrène**.

Ces patients ont utilisés le dessin et la peinture dans cet espace d'ergothérapie. Je propose une approche par *médiation picturale et graphique comme observation des contenus psychiques projetés sur la matière dans la relation transférentielle ergothérapique*.

Dans un premier temps conceptuel, je prends connaissance du deuil et de son processus, mais aussi du rapport à la mort. Je choisis de l'étudier sous l'angle de la perte et de la séparation psychique, que je réintroduis ensuite pour présenter la schizophrénie comme structure psychique. Je tente alors des liens théoriques entre la schizophrénie et le deuil, afin de mettre en évidence ce qui les disjoint. Cette première partie me permet alors de préciser la problématique de cette recherche et deux hypothèses, qui s'inscrivent dans le contexte de la thérapie avec médiation. Suite à l'explicitation de mon cadre institutionnel et théorique, quant à ma pratique, je vous présente Adam et Agathe, pour qui la perte a été au travail dans leur ergothérapie. Une dernière partie reviendra sur les hypothèses tout en mettant l'accent sur ce qu'apporte l'élaboration clinique de ces deux situations. Je tente à la fin de ce travail une hypothèse sur une modélisation du travail du deuil chez le schizophrène en comparaison avec le travail du deuil normal. Cette proposition vise davantage à ouvrir à la poursuite de cette recherche plutôt qu'à la conclure.

I – PARTIE CONCEPTUELLE

1 – Le deuil

Le perte d'un proche

Le deuil fait partie de ce qu'il y a de plus douloureux dans la vie. C'est la réaction à la mort d'un être aimé. Cette perte n'a pas d'autre loi que la fatalité de l'existence. Elle peut faire suite à une longue maladie comme apparaître brusquement. Les règles sont non négociables, ce qui participe au désarroi inhérent à l'annonce de la mort d'un proche.

Le deuil est défini par Bacqué (2007)¹ comme un « état de perte d'un être cher s'accompagnant de détresse et de douleur morale, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive et nécessitant un travail intrapsychique, dit 'travail de deuil' pour être surmonté. » Elle se réfère à Freud pour définir ce travail de deuil en tant que « processus psychique et douloureux grâce auquel le sujet parvient progressivement à se détacher d'un être cher qui est mort. » Dans un premier temps, il apparaît que la perte se fait dans la réalité. Le proche est mort, il n'est plus là. Dans un second temps, c'est dans la sphère psychique que le travail du deuil opère au détachement consécutif à la perte. L'endeuillé perd son proche, et perd une partie de lui qui est partie avec. Il perd ce qu'il était avant cette perte, ce qu'il était pour celui qui est mort. Freud (1917)² précise ce manque : l'endeuillé n'est plus pour celui qui est mort. Ainsi, dans le deuil, l'être perdu nous manque et nous souffrons de ne plus lui manquer. « L'endeuillé est, en tant que mort ».

Le chagrin qui accompagne le deuil suit une évolution qui doit s'acheminer jusqu'à son terme, selon Ancelin-Schützenberger et Bissone-Jeufroy É. (2005)³ afin de trouver un allègement de la peine et « une remontée vers la vie ». Pour parvenir à ce stade et retrouver le fil de l'existence, l'endeuillé traverse des étapes. Même si le deuil est un processus qui se parcourt de façon singulière pour chacun, ces phases ont été repérées. Dans un premier temps, le refus de la mort s'impose à l'endeuillé. Il faut du temps et un travail psychique pour parvenir ensuite à la reconnaissance de la réalité et intégrer la mort de celui que nous avons perdu.

¹ Bacqué (2007), p. 15-16.

² Freud (1917), p. 36

³ Ancelin-Schützenberger & Bissone-Jeufroy É. (2005), p. 101.

Les étapes du deuil

Les auteurs⁴ comptent cinq étapes. La première est imminente à l'annonce de la mort du proche. C'est **la phase du choc** dans laquelle la personne est sidérée. Le choc entraîne avec lui un état d'anéantissement aussi bien physique que psychique. La fatigue est majeure à la hauteur de la lutte intérieure activée contre la réalité de la mort. Le sujet a les pensées fixées sur le défunt et ne peut pas s'en détacher. Cet état se poursuit encore un peu, au cours de la deuxième phase appelé **l'étape de la dénégation**. L'intégration de la mort du proche est impossible et le sujet le recherche désespérément. Il aura tendance à l'apercevoir à tous les coins de rue. Il est possible d'observer également un attachement excessif aux affaires et aux lieux que fréquentait le défunt. « Pour Hanus (1994), nous ne pouvons nous séparer de l'être perdu qu'après l'avoir recherché de toutes nos forces »⁵. Freud⁶ soumet l'idée d'une fabrique de l'hallucinoire dans l'épreuve du deuil, quand la résistance à la réalité incite à s'en détourner. L'inconcevable de la mort de l'autre se fait alors au prix d'une expérience de perte de la réalité. Pour maintenir l'objet aimé présent, le sujet se forge des images qui vont valoir réalité et donner satisfaction à la dénégation dominante. La réalité, trop douloureuse, ne permet plus de parer le réel et l'imaginaire prime dans la vie psychique du sujet. Cette dénégation fait ensuite place à **l'étape de la colère et de la révolte**. À cette phase, l'endeuillé doit assumer les sentiments qui émergent à propos de celui qui mort. L'ambivalence, consubstantielle de toute relation d'objet réapparaît au risque d'en vouloir à celui qui est parti, de nous avoir abandonné. Ce sentiment, souvent difficile à assumer, peut se reporter sur un bouc-émissaire, un proche ou un soignant. L'endeuillé peut aussi sublimer cette colère dans sa participation à une association. Il s'agit de l'agressivité naissante face à l'absence du défunt. Puis **l'étape de la dépression** s'installe. À travers cette révolte, un sentiment de culpabilité témoigne de cette agressivité à l'égard du défunt, qui fait retour sur le sujet. Un sentiment d'abandon mène de la colère au chagrin de la dépression. C'est le temps du détachement, où la séparation par la mort va prendre effet dans la psyché de l'endeuillé. Ce travail nécessite beaucoup d'énergie psychique. À ce stade, le monde paraît vide et une tristesse profonde envahit le sujet. Le travail du deuil consiste alors à passer en revue tous les souvenirs avec le défunt. C'est la période des réminiscences. Les fantasmes, les rêveries, les projets concernant le défunt sont reconditionnés un par un pour être sanctionnés par le changement. L'endeuillé

⁴ Pour décrire les étapes du deuil, je m'appuie sur les ouvrages de Bacqué M-F & Hanus M. (2000), Bacqué M-F. (2007) et Ancelin-Schützenberger & Bissone-Jeufroy É. (2005).

⁵ Bacqué M-F. & Hanus M. (2000), p. 28-29.

⁶ Freud S. (1917), p. 34.

ne peut que difficilement se concentrer sur autre chose. Ce travail agence le désinvestissement libidinal d'avec l'objet aimé perdu. L'ensemble de l'énergie psychique est convoqué pour réaliser ce travail de détachement. Ainsi, le sujet peut manifester des troubles de mémoire et d'attention, ainsi qu'un ralentissement. Cette prise de conscience va ouvrir à la dernière phase, celle de **l'acceptation de la mort**. L'endeuillé peut laisser partir l'objet d'amour perdu dans le monde des morts et conserver vivant un lien à l'intérieur de lui. La fin du deuil se repère au soulagement vécu dans l'impression de revivre. Les tensions engagées dans la lutte contre la vérité se relâchent et permettent au sujet de récupérer son énergie au profit d'un retour à la vie. La perte a été élaborée et ce travail psychique achevé laisse généralement des traces auprès du sujet. De nombreux témoignages montrent comment le deuil participe à voir le monde autrement, à avoir une nouvelle philosophie personnelle, à avoir conscience de la valeur de la vie.

L'accompagnement et les complications

Ce parcours du travail du deuil est exposé de façon linéaire bien qu'il soit généralement plus complexe. Cependant, il donne une vue d'ensemble de ce que traverse l'endeuillé et permet de mieux le comprendre, pour l'accompagner dans ce travail. Ancelin-Schützenberger et Bissone-Jeufroy É. (2005)⁷ mettent en garde des « impairs à ne pas commettre ». Par exemple, l'endeuillé n'a pas besoin de conseil qu'il n'a pas demandés. Son travail est intérieur où toute rationalité ne l'aidera pas à prendre conscience. C'est sur le plan imaginaire que le détachement s'opère, de façon à ce que la mort revête son sens symbolique : l'abstraction de l'existence auprès de laquelle nous sommes impuissants. Ce travail de détachement est bien celui de reprendre tous les souvenirs attachés au défunt pour les faire passer sous le sceau du changement par la perte. L'endeuillé a donc surtout besoin d'être écouté et de se sentir légitime dans son chagrin qui peut lui paraître long et infini. Ces auteures précisent « qu'une présence, même silencieuse, produit un effet bénéfique : être ensemble, cela aide ». Il s'agit là d'une personne qui parcourt un travail du deuil normal, certes douloureux mais qui est efficient.

Bacqué M-F. (2007)⁸ confirme l'importance de l'écoute du sujet comme étant l'aide la plus précieuse, mais que dans certains cas, il est nécessaire que ce travail du deuil s'accompagne d'une psychothérapie. L'endeuillé peut faire une demande face à une

⁷ Ancelin-Schützenberger et Bissone-Jeufroy É. (2005), p. 17.

⁸ Bacqué M-F. (2007), p. 187.

souffrance trop importante à supporter. La psychothérapie peut soutenir un travail du deuil, mais aussi permettre à un deuil compliqué de trouver la voie de son accomplissement. « Le thérapeute a une connaissance de ces phénomènes, des premières séparations infantiles jusqu'aux deuils à l'âge adulte »⁸. Lors de cette psychothérapie, la structure psychique du sujet apparaît, révélant les mécanismes à l'œuvre dans les complications du deuil. Cette auteure nous informe qu'environ vingt pour cent des endeuillés sont concernés par des difficultés pour cheminer dans le deuil. Les complications sont variées mais consistent toutes à bloquer le travail psychique à une étape. Par exemple, la brutalité de la mort du proche peut provoquer un blocage psychique dès le début. De la même façon, la mort d'une personne avec laquelle le sujet avait une relation fusionnelle sera un arrachement, pouvant bloquer dans une souffrance de séparation impossible. Par ailleurs, un deuil peut se trouver inhiber, généralement chez des personnes ayant des difficultés à exprimer leur émotions. Il est alors possible de constater des perturbations somatiques telles que de l'insomnie, de l'anorexie ou encore un estomac noué, une fatigue imposante. Le deuil peut aller jusqu'à une dépression pathologique, telle que la mélancolie, où le sujet s'identifie à l'objet d'amour perdu. Dans ce cas, l'endeuillé retourne contre lui-même l'agressivité contenue dans l'ambivalence. Le détachement dans le travail du deuil invite à s'intéresser à la nature de l'attachement qui lui préexistait.

L'attachement et l'angoisse de séparation

Face à la perte de l'objet d'amour, le travail du deuil ne se fait pas sans mal ni sans résistance. L'investissement libidinal de l'objet ne s'abandonne pas volontiers. Cependant, une fois le deuil terminé, le respect de la réalité va triompher. Le sujet ayant parcouru le processus du deuil peut réintégrer la vie, l'expérience de la mort et de la finitude.

Dans cette problématique du deuil, le sujet est au travail de ces liens d'attachements. C'est pourquoi, les deuils au cours de la vie se vivent à l'image des premières relations dans la construction de l'autonomie. La première expérience du deuil dans la vie n'est jamais la première perte. Selon Klein⁹, tout deuil est la reviviscence d'un deuil originel c'est-à-dire la séparation d'avec la mère. « Remplacer une absence extérieure en présence intérieure »¹⁰ dans le deuil correspond au travail de l'enfant au cours de son développement pour atteindre son individuation. Pour mieux comprendre les enjeux psychiques du deuil, les premières relations

⁹ Klein M. citée par Bacqué M-F. & Hanus M. (2000).

¹⁰ Ernoult-Delcourt. (1992). *Apprivoiser l'absence. Adieu, mon enfant*. Paris, Fayard. Citée par Ancelin-Schützenberger A. & Bissone-Jeufroy É. (2005).

fondatrices de la vie psychique peuvent donner un éclairage quant à la confrontation à la perte. Perdre est donc bien lié à la façon de s'attacher. Nous ne perdons jamais de la même façon, car nous ne sommes pas attachés par les mêmes liens.

L'attachement est une capacité à se lier à d'autres objets dont l'être humain est doté, ce qui fait dire à Lenoir (2010) que « nous ne sommes pas des dieux, nous ne sommes pas des machines ». L'homme construit son monde psychique et chaque événement de la vie est pris dans le filtre de son rapport au monde. Ainsi, dans le deuil, nous ne pouvons pas compter sur une automatisation où la rationalité aurait tout pouvoir, ni sur une toute-puissance qui nous rendrait créateur du monde, si ce n'est d'un monde piégé en dehors de la réalité. Ainsi, l'endeuillé fait l'expérience de sa condition d'homme, attaché affectivement à des objets d'amour, dans une vie où le désir de maîtrise se trouve souvent contraint face à l'inéluctable constructivité/destructivité de l'existence. L'endeuillé régresse au stade de ses premiers attachements, pour parcourir à nouveau, mais différemment le processus de différenciation. Dans ce véritable travail du deuil, Bacqué (2007)¹¹ souligne que « la perte d'une personne chère remet en question toutes les relations précédentes, y compris les toutes premières, celles que l'on a établies avec ses premiers objets d'amours, ses parents, et que l'on croyait parfaitement installées ».

Quant à l'attachement, Golse (s.d.) nous rappelle les critères de J. Bowlby : l'échange des sourires, la solidité du portage, la chaleur de l'étreinte, la douceur du toucher et l'interaction des signaux sensoriels et moteurs lors de l'allaitement, et enfin, la concordance des rythmes. L'attachement se pose dans une expérience sensorielle au sein de la relation. En fonction de ces expériences, le lien d'attachement sera plus ou moins sécure. Il apparaît que l'attachement est un besoin primaire bien avant l'apprentissage social. Ce lien très fort entre un nourrisson et sa mère se développe, permettant de maintenir la préoccupation maternelle primaire à un stade où ils ne sont pas séparés psychiquement. Se séparer est une des premières acquisitions du bébé.

Effectivement, le sommeil du nourrisson, omniprésent dans les premiers temps de sa vie, ne lui permet pas de faire l'expérience de la non disponibilité de sa mère. Ainsi, le besoin est comblé sans attente par l'objet d'amour. Le bébé a l'illusion de le créer au moment où le besoin se fait sentir. Progressivement, son temps de veille augmente et sa mère a d'autres occupations. La satisfaction de ses besoins doit trouver un moyen de supporter une certaine frustration. C'est le premier écart entre le bébé et l'objet d'amour qui apporte satisfaction.

¹¹ Bacqué M-F. (2007), p. 17.

Pendant l'attente, il va développer son monde interne pour faire vivre l'objet intérieurement afin de supporter l'absence. Lors de l'endormissement ou de séparations physiques au cours de la journée, l'enfant établit un espace transitionnel¹² dans lequel il va surmonter son angoisse de séparation. Grâce à ses représentations rassurantes, il va substituer l'imminence de son désir au profit de l'investissement de son monde intérieur. L'enfant fait l'expérience de l'absence et du manque. Les premières expériences de perte se compensent par la faculté de l'élaborer. L'objet avec lequel il se sépare transitoirement, devient présent intérieurement. Il s'autonomise progressivement jusqu'à organiser sa réalité psychique, lui permettant une relation au monde et une relation à l'autre, qu'il perçoit petit à petit comme différent de lui. Par le phénomène d'identification, il va poursuivre son évolution. En fonction des premières expériences de séparation, les deuils seront plus ou moins difficiles dans la vie du sujet. Son expérience de l'absence, du manque que provoque la perte d'un proche vont être colorées par l'expérience faite dans le plus jeune âge de la séparation psychique faisant passer de l'indifférenciation à un attachement dans le lien avec un objet différencié. La perte réactive ainsi le mode de défense primitif qui se constitue notamment à ce stade.

La formation de la relation d'objet au regard de la perte

À l'origine du détachement dans la perte, le sujet a intériorisé l'objet perdu. Ce que Abraham, dans son texte consécutif de celui de Freud (1917)¹³, nous apprend : « la perte réelle d'un objet est également temporairement suivie d'une introjection de la personne aimée ». Ce qui le fait poursuivre plus loin : « Le deuil contient une consolation : l'objet aimé n'est pas perdu, car maintenant je le porte en moi et ne le perdrai jamais ! »¹⁴. Ce processus d'introjection est un principe organisateur de la psyché, au fondement de la relation à l'autre.

La construction de la relation d'objet s'initie à partir du début de la vie, où l'objet n'existe pas de façon différencié du nourrisson. Winnicott (1971) étudie les premiers stades du développement émotionnel où l'enfant ne se sépare pas de son environnement. « Progressivement, le processus de séparation du non-moi et du moi s'accomplit, selon un rythme variant à la fois en fonction de l'enfant et en fonction de l'environnement »¹⁵. Au début, les soins lui sont apportés préservant son expérience d'omnipotence. L'objet est utilisé par le bébé comme objet subjectif qu'il a lui-même créé par l'expérience qu'il fait de

¹² Winnicott D-W. (1971).

¹³ Abraham K. *Perte, deuil et introjection*. In Freud S. (1917), p. 81.

¹⁴ Op. cit. p. 85.

¹⁵ Winnicott D-W. (1971), p. 153.

l'apparition de l'objet au moment du besoin. Cependant, dès le départ, « une certaine annulation de l'omnipotence est d'emblée présente »¹⁶, et va progressivement croître plus ou moins conjointement à la maturation de l'enfant. Celui-ci éprouve de l'amour pour cet objet mais aussi de l'agressivité naissante par l'expérience d'imperfection de la satisfaction de son besoin. Ce mouvement du bébé s'adresse à cet objet qui devient ainsi de plus en plus séparé de lui. L'angoisse de séparation d'avec l'objet s'aménage dans l'espace intermédiaire comprenant des phénomènes transitionnels, à l'aube de la véritable relation d'objet. Dans cet espace, l'enfant projette ce qu'il a déjà introjecté afin de se rassurer dans son expérience de perte et d'agressivité. Ces introjections passées sont issues de la relation maternelle pourvue de mélodie, de sourire, d'ambiance enveloppante, de sonorités de la voix, de toucher... Plus ces préludes d'imagos maternelles sont sécurisantes, plus l'expérience de la perte pourra s'élaborer. Le processus de différenciation du moi et du non-moi chemine jusqu'à construire la relation d'objet, accompagné du processus d'introjection, contribuant à l'élaboration de sa réalité intérieure.

L'introjection consiste à « inclure dans sa sphère d'intérêts une part aussi grande que possible du monde extérieur »¹⁷. Initialement, l'enfant est dans l'expérience subjective de ses parents, non différenciés de lui, ce que recouvre le terme d'imago chez Freud. C'est Melanie Klein qui développe cette notion, dans l'évolution du fantasme de la scène primitive pour l'enfant, qui le fait quitter l'archaïsme pour établir un rapprochement à la réalité donc aux objets extérieurs. Ce processus relie le stade de l'apogée du sadisme à l'amour génital. Selon Klein¹⁸, le fantasme de la scène primitive a une version initiale dans le conflit pré-oedipien, donc des fantasmes d'ordre pré-génitale. La scène primitive ou originaire est « la scène de rapports sexuels entre les parents, observée, construite, fantasmée par l'enfant et interprétée par lui en terme de violence »¹⁹.

L'imago en lien avec le processus d'introjection est défini par Susan Isaacs (1966). L'imago est le produit de l'introjection, c'est-à-dire « ce que l'on a pris à l'intérieur de soi »²⁰, donc devenue objet interne, provenant d'un objet externe. Elle développe une évolution du processus d'introjection selon la maturation de l'enfant. Le bébé évolue dans ce phantasme (équivalent au fantasme mais dans l'inconscient selon Susan Isaacs). Tout d'abord, il le vit au travers des sensations corporelles (orales, kinesthésiques...) puis au travers du regard. Avec la

¹⁶ Op. cit., p. 13.

¹⁷ De Mijolla A. (2005), p. 884.

¹⁸ Klein M. (1959), chapitre : *Les premiers stades du conflit oedipien et la formation du surmoi*. p. 137.

¹⁹ De Mijolla A. (2005), p. 1601.

²⁰ Isaacs S. (1966), p. 100.

perception visuelle l'espace se différencie progressivement. Les images vont enfin impactées le psychisme. « Imago comprend tous les éléments somatiques et émotionnels de la relation du sujet avec la personne imaginée, les liens corporels avec le ça dans le fantasme inconscient, le fantasme d'incorporation qui sous-tend le processus d'introjection »²¹. L'incorporation est une prise à l'intérieur de soi, qui consiste à absorber l'objet pour le contenir à l'intérieur tel quel. Tandis que l'introjection va mettre au travail l'appareil psychique dans cette prise de l'objet externe, pour en faire un objet interne. Le processus d'introjection n'ingère pas l'objet tel quel, mais en fait une image qu'il intègre dans sa psyché en la réaménageant. Ainsi, l'objet interne est en rapport avec l'objet externe dont il est issu, mais il n'est pas cet objet externe. L'incorporation est un stade archaïque de ce processus d'identification. Il intervient privilégié dans les premiers stades de la vie psychique, puis dans les échecs d'introjections futures.

La construction des premières imagos, les imagos parentales, en tant que premiers objets dans la vie du sujet, s'établissent à partir de ce fantasme de la scène originaires. Il convient de rapporter ce fantasme pour l'enfant en fonction de ce qui se passe pour lui intérieurement. Pendant sa phase d'agressivité vis-à-vis de l'objet qui s'éloigne en se différenciant, l'enfant fantasme cette scène selon ses propres pulsions destructrices. Ainsi, le fantasme des parents s'accouplant, correspond moins à une scène de sexualité secondaire qu'à une scène où ils se nourrissent l'un l'autre. Par la projection de ses éléments internes d'hostilité à ce stade, cette scène devient un fantasme où les parents se dévorent mutuellement. Cette phase correspond à la position schizoparanoïde où l'introjection se fait par identification primaire, c'est-à-dire selon l'ordre cannibalique de l'incorporation où l'enfant dévore l'objet et projette ses angoisses de destruction et de dévoration dans ses fantasmes qui tiennent lieu de réalité. L'enfant éprouve une forte angoisse à l'endroit de l'image de destruction mais aussi de son sentiment d'exclusion de cette scène, d'où émerge la détresse. Dans la proposition de Melanie Klein, il s'agit moins de la violence que la scène primitive suscite qui importe, plutôt que le fantasme projectif de désir de destructivité de l'enfant sur l'accouplement parental. Cette version initiale du fantasme de la scène originaires correspond à la figure des parents combinés. Le bébé reconnaît la réalité de l'intimité de ses parents à l'image de ses propres mouvements internes qui s'y projettent. Ainsi, la scène primitive est donc fantasmée par le biais d'une distorsion de la réalité, car déterminée par la projection, à l'instar de la réalité des liens des parents. « Les souhaits de mort qu'il [l'enfant]

²¹ Isaacs S. (1966), p. 102.

forme contre eux [les parents] au cours de la scène primitive ou des fantasmes qui l'entourent sont associés à des fantasmes sadiques dont le contenu est d'une richesse extraordinaire et comporte la destruction à la fois simultanée et successive du père et de la mère.»²². L'évolution du fantasme de la scène primitive va faire passer de la détresse à un rapprochement de la réalité. Pour ce faire, l'enfant introjecte cette image déformée de la réalité par les fantasmes agressifs du coït parental. Cette introjection est à l'origine de la formation du surmoi précoce. Avec la maturation de son développement et la réassurance de la survie de ses parents dans ces scènes violentes, le bébé s'apaise et peut introjecter l'un et l'autre de ces parents afin de les préserver en créant des imagos à l'intérieur de lui. Ces imagos sont donc à l'image de la scénarisation du couple amour/haine dans le lien auprès de chacun des parents, dans une période où la destructivité est vécue dangereusement. Cette expérience est influencée par les mouvements internes du bébé et par les réponses des parents. Toute relation d'objet sera régie par cette ambivalence amour/haine. La perte nécessite de revisiter le lien à l'objet perdu, donc aussi bien l'amour que l'hostilité. L'étape de la colère peut ainsi être comprise par la nécessité de reconnaître cette ambivalence dans le lien avec le défunt.

Dans l'élaboration de ces imagos parentales, le bébé accède à la position dépressive décrite par Melanie Klein. Ce passage participe à l'avènement de la relation d'objet, en concourant à un rapprochement de la réalité, qui n'est plus exclusivement support de projection. Chez Melanie Klein, ce qui ne sera pas remanié par la phase dépressive restera dans l'archaïque, à des stades prégénitaux. La phase dépressive est un véritable mouvement de liaison apaisant l'angoisse de perte de l'objet en élaborant une relation avec cet objet. Les mécanismes de défense de l'individu vont s'originer dans l'histoire du sujet parcourant ce processus et produisant ses premières introjections en tant qu'imagos parentales. Dans la suite de son existence, les futures introjections viendront se condenser sur ces introjects initiales tout en les renouvelant. Lors de la perte d'un proche, le sujet fait le travail d'intérioriser l'objet perdu en introjectant le défunt. Il réintrojecte l'objet, cette fois mort, en renouvelant l'imago antérieure, correspondante dans sa psyché. L'expérience de la perte met donc en œuvre les mécanismes de défense les plus primitifs, réactualisant la première expérience de la perte qu'a nécessité le processus de différenciation. Celui-ci se franchit au cours d'expériences difficiles remplies de sentiments hostiles créant un climat psychique de danger pour le bébé. L'adulte en deuil éprouve des difficultés à la perte à l'image de ses premières

²² Klein M. (1959), p. 146.

expériences de manque et de l'aménagement de ces premières imagos. L'attachement du lien à l'autre est construit avec cette ambivalence. La perte d'un proche dans la réalité active la perte à l'intérieur de soi de cet attachement, pour construire un nouveau lien interne. Le détachement est donc pris dans le lien d'ambivalence de la relation d'objet, pour parvenir à une nouvelle introjection qui vient se concentrer sur les anciennes pour remanier les liens internes. Chaque deuil au cours de la vie sera traversé en fonction de la première perte puis également en fonction des précédents deuils.

Le processus de séparation psychique inaugurant l'autonomie et la relation aux autres se fait dans un contexte d'insécurité, peuplé d'hostilité et de destructivité. Dans ce contexte, l'enfant restaure sa sécurité dans ses expériences transitionnelles, dans la réponse et la survie des parents et dans l'évolution de sa maturation psychique. La séparation revêt d'emblée un caractère difficile, dans lequel il faut lutter, se sécuriser, introjecter, se différencier pour trouver la voie de l'accomplissement du sujet. Le deuil en est une expérience ultérieure dans la vie, au cours de la perte d'objet d'amour dans lesquels le sujet y avait investi une partie de sa libido.

Ce travail psychique que constitue le deuil met en lien à la question de l'originaire, par la perte. « La conception sadique de la scène originaire réunit le double questionnement de l'enfant sur l'origine et sur la fin, dans une représentation où mort et vie fusionnent »²³. Les questions existentielles auxquelles mène l'impact de la mort dans la vie, trouvent leur source précocement. L'épreuve de surmonter la mort d'un être aimé refonde notre organisation psychique dans ses investissements libidinaux, ce en quoi pour Freud, le travail du deuil est comme le travail du rêve, l'opportunité d'un renouvellement de l'appareil psychique. Le deuil consiste à surmonter la perte d'un proche. Maintenant, il apparaît plus complexe et plus complet, en introduisant un réaménagement intérieur de ses premiers investissements, procurant un rapport au monde différent. Lorsque le travail du deuil s'accomplit pleinement, ce rapport au monde est plus mature, plus autonome avec une meilleure conscience de ce qui échappe, de l'impondérable de l'existence. Le sujet se trouve solidifié en ayant parcouru un peu plus son processus d'individuation.

Le rapport à la mort a constitué un meilleur rapport à la vie. Ce processus étudié sous l'angle intrapsychique est influencé par l'environnement. L'enfant construit son processus de différenciation en fonction de ses mouvements intérieurs, de ce qu'il parvient à accomplir mais aussi de la nature et de la qualité de son environnement. C'est un travail mutuel où

²³ De Mijola A. (2005), p.1602.

intérieur et extérieur, jamais totalement différenciés, participent au cheminement. De la même façon, dans le deuil, le sujet possède ses ressources en fonction de l'histoire de ses investissements et de son développement psycho-affectif. Cependant, il n'est pas seul et l'environnement joue un rôle important pour lui permettre d'accomplir ce travail. Ainsi, le rapport à la mort est aussi une question sociale, bâtissant le bain environnant dans lequel le sujet va se séparer.

Le rapport à la mort

Dans notre société occidentale contemporaine, la mort est un tabou. Elle est peu présente en tant que partie intégrante de la vie. Cependant, elle apparaît continuellement au travers des médias dans les images de l'actualité dans le monde. Attentat, guerre, génocide sont des contextes où la mort est prise en image de façon crue et extrême. « Les deuils post-traumatiques sont les plus médiatisés aujourd'hui »²⁴. Bacqué (2007) en parle en tant qu'enjeu de pouvoir. Il s'agit du pouvoir de l'homme sur l'homme ou de la nature sur l'homme. Elle cite Susan Sontag²⁵ qui a réfléchi à l'impact de la photographie dans la représentation de la mort : « la chasse aux images spectaculaires dynamise l'entreprise photographique et participe de la normalité d'une culture qui a fait du choc un des grands stimuli de la consommation autant qu'une source de valeur ». Les images de la mort y ont une place de choix contribuant à désacraliser la mort autrement dit à lui retirer sa dimension symbolique. Un traitement de cette information, une intégration de ce qu'elle sous-tend, une pensée sur ce qui nous est présenté sont difficiles. À la place, le spectateur contemporain se trouve immergé dans un monde d'images qu'il ne peut pas facilement traiter pour s'en décoller. Ce même sujet trouve difficilement dans son quotidien, un espace pour penser la mort et l'encadrer de sens social et culturel. Ancelin-Schützenberger (2005) constate de son côté que la « société occidentale, reconnaissons-le, ne nous aide pas ; elle nous demande de rester digne dans la douleur, de ne pas nous plaindre, de vite redevenir 'comme avant' et en forme. Notre société, qui n'a d'yeux que pour la jeunesse, la beauté, la fortune, le succès, considère que la maladie, la vieillesse et la mort sont taboues ». Chacun doit trouver ses espaces de paroles pour penser l'existence, pour poser et manier ses questions existentielles, et notre monde moderne n'organise pas cet espace socialement. « La dimension sociale du deuil est de nos jours beaucoup moins

²⁴ Bacqué M-F. (2007), p. 49.

²⁵ Sontag S. (2000), *Sur la photographie*. Paris, Christian Bourgeois citée par Bacqué M-F. (2007), p. 49-50.

apparente, moins visible mais n'a pas disparu pour autant»²⁶. Aujourd'hui le deuil est davantage privé que collectif.

Pour Bacqué (2007) « maintenir la mort cachée, hors de toute parole, contribue non seulement à nier notre mortalité mais aggrave l'angoisse de la perte »²⁷. Lors d'une conférence²⁸ sur les soins palliatifs et le rapport à la mort dans notre société le docteur Mignot rappelait que l'essence même de l'être humain est de ne pas nier la mort. C'est ce qui le différencie du reste du monde animal. L'homme sait qu'il va mourir et il doit l'accepter. Il poursuit sur la notion de pacte avec la mort. C'est-à-dire que l'être humain, encadré par son monde culturel, pense la mort, la parle et l'organise dans le monde vivant. Si la mort est niée, elle passe dans l'inconscient et hante la vie. Il s'agit donc d'appivoiser la mort comme une donnée de la vie. Savoir intellectuellement que l'on va mourir est une chose que chacun peut reconnaître, mais intégrer réellement cette idée n'est pas simple.

Autrefois, les rites, dont la fonction est de « faire passer l'individu d'une situation déterminée à une autre situation tout aussi déterminée »²⁹, accompagnaient le deuil. Les rituels organisés par le groupe autour d'un événement qui nécessite une transformation, permet d'agencer une dimension symbolique, qui va participer à accompagner le sujet dans son trajet personnel d'endeuillé. L'aspect injuste de la mort, avec laquelle nous ne pouvons commercer, peut se traiter dans la sphère symbolique afin d'apaiser l'angoisse existentielle. Bacqué (2007) fait remarquer qu' « il est frappant de constater la contemporanéité entre les premiers rites funéraires et l'accès au monde symbolique chez l'espèce humaine »³⁰. Les premiers signes culturels de l'espèce humaine se retrouvent dans les funérailles. Les archéologues retrouvent, des plus anciens temps de l'existence de l'homme, la présence d'attentions particulières pour les squelettes, les emplacements de tombes, les ornements... ce qui constitue un invariant anthropologique. Face à l'inconnue, à l'abstraction de la vie, l'homo sapiens a dû construire des explications pour trouver une rassurance dans son existence. La mort apparaît comme la règle la plus inébranlable de l'impensable de la vie. Les religions se sont appropriées cet espace de croyance pour garantir des réponses tout en organisant la société dans un corps social. Ces pratiques ont foncièrement distinguées l'homme des autres êtres vivants. À l'origine des civilisations se trouve un ensemble organisé de valeurs, de croyances, de représentations destinées à s'affirmer dans le rapport à la mort,

²⁶ Bacqué M-F. & Hanus M. (2000), p. 5.

²⁷ Bacqué M-F. (2007), p. 61.

²⁸ Van Eersel P. & Mignot H. (2012).

²⁹ Van Gennep A. (1909), p. 4.

³⁰ Bacqué M-F. (2007), p. 143.

afin de canaliser les angoisses de mort individuelles. Ainsi, le sujet, au sein de sa culture, peut vivre son angoisse dans le groupe, régi par des règles symboliques, permettant une contenance beaucoup plus importante face à cette angoisse, que sa seule contenance psychique.

La conscience de la finitude de la vie suppose de s'agréments d'outils psychiques mais aussi groupaux pour parer au vertige dans lequel nous plonge l'angoisse de mort, l'angoisse du vide, l'angoisse existentielle. Comme le confirme Lenoir (2010), c'est l'angoisse de mort qui a conduit les hommes à créer des sépultures pour leur mort. Ces rituels offrent aux vivants qui restent et qui sont dans le deuil, une transformation de la mort en un « au-delà de la mort en une vie symboliquement éternelle »³¹ dans l'autre monde.

Les rituels ont donc une fonction contenant plus importante que la seule contenance d'une psyché, pour domestiquer la mort et contenir les mouvements psychiques difficile des endeuillés. Ils permettent d'organiser la mort dans un ordre symbolique, où les questions existentielles peuvent être pensées, pour être mieux intégrées. S'intéresser à la mort, c'est s'intéresser à la vie, au cycle de la vie au cours desquels nous naissons, nous grandissons, nous murissons, nous vieillissons puis nous mourons. La mort est indissociable de la naissance, de l'originare. D'où venons-nous, où repartons-nous ? Le deuil rend plus humble face à la vie et permet un chemin vers une paix intérieure.

Pour conclure cette exploration des enjeux du deuil, **la mort d'un proche nous ramène aux questions sur l'origine**, sur la vie, sur la finitude. Il ouvre ainsi à **une meilleure conscience du cycle de la vie**. La mort ramenant à l'origine nous fait faire une boucle dans l'existence. Le deuil fait parcourir un chemin intérieur duquel nous sortons grandis et plus individués. Je vais maintenant m'intéresser à une population précise : les personnes schizophrènes. D'emblée, les enjeux psychiques du deuil posent des questions pour eux, quant à la séparation psychique, à la relation à l'autre, à la conscience de la mort ...

³¹ Ndiaye L. (2005).

2 – Le schizophrène et l'autre

La schizophrénie

La connaissance de cette pathologie psychiatrique résulte de recherches médicale, psychanalytique, neurobiologique, génétique ou encore transgénérationnelle. Dans la poursuite de ce travail, je vais m'intéresser dans un premier temps à une description médicale pour ensuite investiguer du point de vue psychanalytique, les processus psychiques sous-jacents des symptômes.

Dans le champ de la psychiatrie, la schizophrénie a intéressée un certain nombre de psychiatre du 19^o au 20^o siècle, qui se sont attachés à sa description par l'observation. M'intéressant davantage aux phénomènes intrapsychiques morbides plutôt qu'aux classements de comportements qui en sont conséquents, je fais le choix de la nosologie classique³² plutôt que des classifications plus actuelles comme le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

La schizophrénie est la maladie la plus grave des psychoses. Elle constitue « l'aggravation morbide du caractère schizoïde »³³ par son repli hors de la réalité et sa dissociation. L'altération de la personnalité se retrouve dans toutes les registres : intellectuel, affectif et psychomoteur. Ainsi, chaque perturbation dans la schizophrénie peut s'observer dans ces trois dimensions.

L'ambivalence est un trait fréquemment observé chez les schizophrènes. Il est la « tendance à considérer dans le même temps sous leurs aspects négatif et positif, les divers actes psychologiques »³⁴. Nous avons abordé l'ambivalence dans le développement de l'enfant avec l'apparition de la dualité amour/haine qui constitue la nature de toute relation d'objet. Il est donc important de préciser un peu plus cette ambivalence dans la schizophrénie. Le malade vit l'ambivalence comme non-contradictoire. Il lui est possible de juxtaposer un sentiment d'amour et un sentiment de haine, sans qu'ils n'en viennent à se conflictualiser. Des contradictions sont souvent remarquées dans leur discours, sans qu'elles soient exprimées comme se contredisant. Ainsi l'ambivalence chez le schizophrène fait coexister deux aspects contradictoires sans qu'ils ne se contredisent. Au regard de l'ambivalence dans le

³² Je m'appuie sur la présentation de la schizophrénie dans *Psychiatrie de l'étudiant*, de Michel Hanus et Olivier Louis, qui rassemble ces données.

³³ Hanus M. & Louis O. (1996), p. 67.

³⁴ Op. cit. p. 68.

développement du lien à l'objet devenant de plus en plus séparé psychiquement, il est préférable d'envisager l'ambivalence du schizophrène, comme un échec des sentiments ambivalents dans la constitution de la relation d'objet.

La bizarrerie est un autre trait des schizophrènes. Leur pensée, leur propos, leurs comportements nous semblent bizarres, insolites, parfois fantasques. Ils ont la particularité de ne rentrer dans aucun de nos repères, qu'ils soient de valeur, de logique, de référence... Cette bizarrerie induit des sentiments variés chez l'interlocuteur, variant entre l'extrême de la fascination à celui du rejet. Ces réactions sont fonction de la nature de la bizarrerie et de la façon dont l'interlocuteur tolère autant d'étrangeté.

L'hermétisme ou l'impénétrabilité sont décrits dans leur caractère contraire à toute communication et toute identification. Les schizophrènes nous semblent inaccessibles, inatteignables. Nous ne nous reconnaissons pas en eux. Il est difficile de les approcher tant leur logique est hermétique à toutes tentatives de mise en sens. Ce trait de la schizophrénie dévoile une opposition à communiquer, à partager un vécu avec autrui. L'autre est mis hors d'atteinte, mais de cette manière, il se met en dehors du lien avec lui-même. Cette impénétrabilité chez le schizophrène se constate au point où il devient inaccessible à lui-même, enfermé à l'extérieur de lui.

Enfin, le détachement est le dernier trait essentiel dans la schizophrénie. Ce détachement est aussi rapproché de la froideur. Ce détachement concerne la réalité. Le schizophrène régresse à une position où l'ensemble de ses investissements est dit « centripète »³⁴, c'est-à-dire tourné sur lui-même. La réalité n'est pas investie par la psyché, et se trouve alors déniée dans toutes ses manifestations pour le malade.

Le déni est un mécanisme de défense radical en tant qu'il ne se contente pas de refuser la représentation qui se présente, mais il refuse toute activité représentationnelle.

Le schizophrène ne peut donc pas investir d'autres objets que lui-même, réduisant le monde à son monde imaginaire sans lien avec la réalité. Le monde extérieur est anéanti, au profit d'un monde intérieur qui ne peut pas reconnaître de frontière dedans/dehors. Son vécu est omnipotent. La froideur vient de ce lien à la réalité attaqué, ne permettant pas d'être atteint par elle. Kapsambélis³⁵ présente les deux modalités d'existence qui en dérive. La première voie engendrée par le déni opère dans le clivage. Ainsi le malade perçoit la réalité extérieure et d'un autre côté il l'ignore. Ses deux parties de lui sont indépendantes l'une à l'autre construisant ce clivage qui rend compte d'un moi coupé en deux.

³⁵ Kapsambélis (2007), p. 16.

L'autre voie concerne les productions délirantes où le déni provoque en aval une reconstruction de la réalité. Depuis Freud, ce délire est conçu comme une tentative de guérison « au sens où une certaine forme d'objectalité devient à nouveau possible », bien qu'à un autre niveau.

Le délire dans la schizophrénie est dit paranoïde du fait des éléments de persécution omniprésent. Le monde dénié, mais toujours présent, devient persécutant. La conviction délirante est inébranlable, car le délire est hermétiquement clos à la réalité. L'expression délirante est chaotique et peu structurée, se faisant par des mécanismes d'interprétation, d'hallucination ou d'intuition. Les contenus délirants portent aussi bien sur le monde extérieur que sur leur corps et leur intérieur qui leur semble étranger. Le malade peut atteindre l'expérience de dépersonnalisation dans la perte de son sentiment d'existence. Ici, la schizophrénie montre une problématique liée à l'existence incertaine, plutôt qu'une problématique identitaire, dont il est plutôt question dans la névrose. Les thématiques sont généralement éprouvantes : la persécution, les possessions diaboliques, l'empoisonnement, la négation d'organe, la filiation, les idées mystiques, la dysmorphophobie, la sexualité, les sensations cénesthésiques... Parfois, un automatisme mental apparaît. Ainsi le malade a des pensées qui lui sont transmises, répétées, voire volées, sous formes d'hallucinations psychosensorielles.

Cette approche rapide de la schizophrénie par le trajet de la psychiatrie nous permet de mettre en évidence une relation à l'autre problématique, notamment par l'hermétisme construit par rapport à la réalité extérieure. Bien que le schizophrène régresse à une phase d'omnipotence, la réalité extérieure se fait sans arrêt présente. Il va ainsi former une symptomatologie en lien avec cette réalité présente et son déni de cette même réalité.

Freud n'a pas étudié la psychose de façon privilégiée. Cependant, il met en évidence son rapport à la réalité³⁶. Si la névrose conflictualise dans son monde interne les exigences du ça et l'organisation du moi sous l'égide du surmoi, la psychose passe outre cette expérience, nécessitant des mécanismes de défense pour préserver ce monde aconflictuel. Ses successeurs ont davantage étudié le fonctionnement de la schizophrénie. Le schizophrène utilise des mécanismes communs à tous, tels que la projection, le clivage, l'identification projective, mais de façon exacerbée. De plus il les mobilise dans cette indistinction interne/externe, qui lui revêt une façon bien particulière de fonctionner avec ses propres objets internes.

³⁶ Freud S. (1914).

La relation objectale et le schizophrène

Kapsambélis (2007) propose un travail organisant les différentes approches de la psychose qui permet de situer les concepts qui s'y rattache. Il présente une approche à partir de l'hypothèse « d'une précocité des relations d'objet à partir des deux mouvements pulsionnels fondamentaux de l'amour et de la destructivité »³⁷ faite par Melanie Klein, dans ses travaux sur les stades précoces du développement de l'enfant, notamment pré-oedipien³⁸. Dans ce mouvement, Kapsambélis précise que cette hypothèse permet d'étudier la relation thérapeutique selon un lien transférentielle. Searles³⁹ en a livré de nombreuses informations, qui invitent toujours à s'interroger avant tout sur le contre-transfert afin d'éclairer le transfert.

Freud avait pressenti que la perte de rapport à la réalité n'était pas organisatrice de la psychose, mais résultait d'un empêchement antérieur au mécanisme de représentation. Klein éclaire sur les mécanismes à l'œuvre dans la petite enfance, dont les angoisses sont caractéristiques des psychoses. À travers les mécanismes de clivage de « bon » et « mauvais » objets et de la projection, elle établit le lien entre les persécutions de la position schizoparanoïde et les relations à l'objet dans les psychoses. Les mécanismes schizoïdes sont à l'œuvre au début de la vie, où le seul objet est le sein de la mère. Il s'en trouve clivé en deux parties : le « bon », celui qui gratifie de nourriture, et le « mauvais », celui qui frustre. Les craintes de persécution, provenant de l'objet mauvais, fruit de la projection de la destructivité interne, sont pour elle, importantes dans le développement de la schizophrénie. Si ces craintes sont trop fortes, l'angoisse peut se fixer à ce stade et empêcher l'élaboration de cette position schizoparanoïde qui doit mener vers la position dépressive. Des fixations d'angoisse dans cette position schizoparanoïde peut conduire à des psychoses graves. Le clivage de l'objet et du moi, le déni de la réalité extérieur et intérieure sont des défenses typiques de cette phase du développement et se retrouve dans le tableau symptomatologique de la schizophrénie. L'objet extérieur est support de projection de ce qui ne sera pas tolérer à l'intérieur.

Dans le développement, la position dépressive intervient suite à l'élaboration de la position schizoparanoïde, et aboutit à « l'introjection de l'objet comme un tout »⁴⁰. L'objet, d'abord clivé en deux parties : « bonne » et « mauvaise », est ensuite intégré en unissant les

³⁷ Kapsambélis V. (2007), p. 11.

³⁸ Klein M. (1959), et Klein M. (1966).

³⁹ Searles H. (1979).

⁴⁰ Klein M. (1966), p. 276.

aspects aimés et haïs dans le même objet. Celui-ci prend alors une forme d'extériorité, ne permettant plus le contrôle omnipotent et le distinguant du sujet. Cette phase amène alors à des sentiments dépressifs. L'objet devenant complet, le sujet doit faire le deuil du contrôle de l'objet dont il avait l'illusion. À l'issue de la position dépressive, le sujet construit son rapport à la réalité, et à l'objet comme séparé de lui. La relation d'objet est donc fonction de ce passage. Or les schizophrènes montrent leur incapacité à élaborer la position schizoparanoïde pour la quitter au profit d'une position dépressive où le lien à l'objet va poursuivre son élaboration. Figés dans des angoisses de persécution, le schizophrène projette sur les objets extérieurs ce qu'il ne peut supporter en lui, lien à sa destructivité.

Dans un fonctionnement schizoïde, l'introjection échoue à l'instar de l'identification projective, où le sujet projette sa destructivité sur l'objet, qui devient alors persécuteur. Or, le moi du schizophrène est très affaibli et ne peut pas assimiler ses objets internes. Il ne peut pas non plus récupérer par introjection, ce qu'il a projeté à l'extérieur. L'introjection de l'objet complet, séparé, n'apparaît qu'à la position dépressive. Ainsi vit le schizophrène, en niant la relation objectale, n'ayant pu accéder à la position dépressive. Le moi est plutôt désintégré qu'intégré, la réalité n'est pas perçue. Le schizophrène a donc une relation avec l'objet, en tant qu'il n'est pas objet. Dans son lien avec lui, il annule toute objectalité.

La relation transférentielle

Melanie Klein a fait partie des précurseurs qui se sont intéressés aux psychoses. À son époque il est d'usage de penser que le traitement psychanalytique des schizophrènes est inapproprié selon l'idée que le patient n'ayant pas de représentation de l'objet dans sa vie psychique, il ne peut pas accéder au transfert.

Face à la réalité de l'objet, le schizophrène ne peut le concevoir autrement que dans son narcissisme. Kapsambélis nous rappelle une formulation de Serge Lebovici selon laquelle « l'objet est investi avant qu'il ne soit perçu »⁴¹ ce qui mène à l'objet subjectif selon Winnicott. L'investissement de l'objet se fait par une perception subjective sans qu'il soit nécessaire que l'objet revête un attribut d'extériorité. L'objet doit être déjà là pour qu'il puisse être investi.

Pour exposer son idée qu'« une capacité d'utiliser un objet est plus compliquée que la capacité d'établir une relation aux objets », il présente la séquence suivante : « 1) le sujet *se relie* à l'objet. 2) L'objet est en train d'être trouvé au lieu d'être placé dans le monde par le

⁴¹ Kapsambélis (2007), p. 19.

sujet. 3) Le sujet *détruit* l'objet. 4) L'objet survit à la destruction. 5) Le sujet peut *utiliser* l'objet. »⁴² Une relation à l'objet, dit subjectif, met en œuvre la destructivité, dont la survie de l'objet ouvrira à une perception de cet objet comme extérieur de son narcissisme. C'est là que Winnicott pose la survivance à la destructivité comme la principale mission de l'analyste avec un patient psychotique afin de l'accompagner vers une relation où le malade utilise l'analyste, utilise l'objet, le percevant à l'extérieur. L'analyse des psychotiques peut, entre autre, se penser comme l'élaboration de la position schizoparanoïde dans la relation à l'objet (l'analyste) afin d'accéder à la position dépressive où l'objet est perçue dans la réalité extérieure qui elle-même commence à être perçue. La relation transférentielle avec le schizophrène est donc constituée de destructivité du thérapeute, où celui-ci doit pouvoir survivre psychiquement. Mais alors, comment survivre dans une relation où notre subjectivité est niée, où notre présence est perçue comme support de projection de destructivité ? Harold Searles⁴³ nous aide à trouver la voie de la relation avec le schizophrène ; car si le thérapeute ne survit pas, il risque de se défendre massivement dans cette relation qui l'annule.

Il est tout d'abord important de reconnaître que le thérapeute n'a pas tout résolu de ses défenses les plus primitives. Or ce sont celles-ci qui vont être convoquées dans le contre-transfert avec les patients schizophrènes. L'objet n'étant pas perçu dans son extériorité, la relation transférentielle avec le schizophrène ne répond pas aux mêmes règles que dans des pathologies moins désorganisées. Le patient ne projette pas ses imagos intériorisées, pour la simple raison qu'il ne les a pas introjectées. C'est donc dans un lien d'indifférenciation que la relation s'établit. Searles pose l'expérience de symbiose thérapeutique comme nécessaire pour accompagner un schizophrène. Cette symbiose doit être tolérée, vivable pour le thérapeute. Elle doit également être analysée ce qui en fait une symbiose thérapeutique, et pas une folie à deux. Le thérapeute offre une partie de lui pour entrer dans cette relation, et conserve une partie psychique, en dehors de cette relation qui sera le lieu de son analyse. La relation transférentielle, établie d'emblée dans le registre affectif, se situe ici dans des affects archaïques qui peuvent sembler autant étranger que familier, au thérapeute, du fait de leur élaboration encore inachevée. Il offre au patient l'acceptation d'une dépendance symbiotique, en étant en contact avec son inquiétante étrangeté. Le traitement dans cette relation commence au niveau atteint par le moi du patient. « Dans ces processus symbiotiques, la haine et l'amour ne sont pas nettement différenciés, de même que le soi et l'objet ne sont pas nettement

⁴² Winnicott D-W. (1971), p. 131.

⁴³ Searles H. (1979).

délimités »⁴⁴. Searles nous met en garde de reconnaître l'ambivalence de ce lien afin de ne pas s'effondrer dans les sentiments d'inutilité, de négligence, d'incompétence qui n'aurait d'autre issue que l'asservissement de la psyché du patient pour réparer celle du thérapeute, ou plus radicalement, la rupture dans la relation par croyance de son insignifiance.

Le patient a besoin de trouver chez le thérapeute « la première mère qui contient la totalité du monde »⁴⁵ et auprès de laquelle il cultive un amour et une haine clivés. Le schizophrène va s'efforcer de rendre cette mère meilleure afin qu'elle puisse l'accompagner dans son processus d'humanisation puis d'individuation. Ici, le patient œuvre en tant que thérapeute de son thérapeute. Chacun, ayant trouvé dans les relations thérapeutiques avec les schizophrènes un espace d'intérêt et de plaisir, peut reconnaître cet aspect qui participe à développer encore davantage notre propre processus d'individuation.

« L'un des sentiments dont se défend le plus le schizophrène est la culpabilité de n'avoir pas réussi à aider sa mère à devenir pour lui une mère totale et bonne »⁴⁶. Quand le patient parvient à une relation avec son thérapeute, lui permettant de fonctionner dans ce rôle, il a moins besoin de lutter contre cette culpabilité. Il s'offre à lui, une relation au sein de laquelle il va reprendre les processus de différenciation psychique. Les mécanismes d'introjection et de projection dans la thérapie vont pouvoir profiter à ce processus.

Dans l'accompagnement de patients qui ont perdu un proche, il sera pertinent d'être sensible, dans le lien transférentiel au vécu de vide et d'ambivalence.

Articulation théorique entre schizophrénie et deuil

Il s'agit maintenant de situer les concepts de la mort et de l'autre dans la schizophrénie pour repérer le deuil chez ces malades.

La perte d'un proche dans la réalité est susceptible de faire revivre l'angoisse de perdre le bon objet interne, réveillant alors l'angoisse et les défenses propres aux positions schizoparanoïde et dépressives. Les personnes schizophrènes, dont les points de fixation de l'angoisse se situent dans la position schizoparanoïde, peuvent se trouver en difficulté pour accéder à la position dépressive que permettrait d'envisager l'être perdu comme un objet total, séparé de soi.

Conserver un lien à l'autre à l'intérieur de soi, suppose d'avoir élaborer la relation entretenue avec celui qui est mort. Pour le schizophrène, la relation à l'autre se fait dans le

⁴⁴ Searles H. (1979), p. 19.

⁴⁵ Op. cit., p. 16.

⁴⁶ Op. cit., p. 21.

paradoxe où l'autre n'est pas un autre. C'est-à-dire que cet autre est support des projections du patient et n'est pas perçu dans sa réalité autonome. Le lien n'est donc pas une relation à deux entités mais plutôt une indifférenciation. Ainsi, l'attachement n'a pas lieu, en tant qu'il suppose un lien intérieur avec un objet extérieur. Comment se sépare-t-on de ce à quoi nous ne sommes pas attaché, mais avec lequel nous sommes dans un rapport d'indifférenciation ? Sans attachement à l'objet, la séparation prend le risque d'un arrachement.

Nous pouvons considérer que la perte est effective dans la réalité, mais psychiquement, nous ne pouvons pas perdre ce dont nous n'avons pas disposé. Ainsi, la perte d'un proche pour le schizophrène ne consiste pas à se détacher du lien d'attachement interne d'avec le défunt. Coincé dans un lien à l'autre dans une position schizoparanoïde, le schizophrène ne peut élaborer l'ambivalence de son lien à l'objet pour accéder à une position dépressive où la perte serait vécue.

L'ambivalence dans la schizophrénie prend la voie du clivage, elle ne peut donc pas être intégrée, pour reconnaître l'être perdu comme un être total différencié de soi. Elle risque alors de promouvoir une idéalisation figée ou le vide.

La conscience de la mort ne peut pas trouver de représentation dans la psyché du schizophrène. Nous pouvons considérer que la conscience de l'existence dans son caractère inéluctable ne peut être vécue autrement que dans l'existentialisme quotidien du schizophrène qui pourrait se formuler ainsi : « J'existe ? ».

L'ensemble de ces données me permet de conclure par l'hypothèse suivante :

Il n'y a pas de processus de deuil autonome chez le schizophrène.

II – PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

À la fin de cette investigation théorique, je propose d'envisager que le schizophrène, du fait de son organisation psychique, ne parcourt pas de deuil de façon autonome. Ainsi, à la perte d'un proche, il est courant de constater ce détachement de la réalité, qui l'empêche de mettre au travail un détachement d'un attachement qui n'a pas eu lieu. Nous observons le manque de réaction de ces patients à l'annonce d'un décès. Cependant, à ce stade de cette recherche, je ne peux exclure le processus de deuil chez le schizophrène que dans son caractère naturel. Qu'en est-il du schizophrène accompagné en thérapie suite à la perte d'un proche ? Les jeux projection/introjection peuvent-ils être mis en œuvre dans un lien thérapeutique qui permettrait un certain parcours du deuil ?

Si un certain travail de deuil était possible en thérapie, il ne s'agirait pas de se détacher d'un objet comme il en est question dans le processus de deuil tel qu'il est décrit. La thérapie permet de parcourir un chemin avec le patient, mais ce dernier se présente malgré tout, avec des imagos parentales défailtantes qui ne permettent pas d'y condenser de nouvelles introjections. Si un processus de deuil est rendu possible par la thérapie, alors de quoi s'agit-il ?

Les thérapies de ces patients se font souvent dans un cadre de médiation, afin d'accompagner des processus de symbolisation, restés en souffrance chez le schizophrène. L'ergothérapie s'inscrit dans ces pratiques de médiation.

Je propose alors de travailler autour de la problématique suivante :

Repérer dans le processus de médiation, ce qui ouvre la voie, pour le schizophrène qui perd un proche, à un processus de deuil, plutôt que figé dans le vide du chaos schizophrénique.

J'ai orienté mon travail théorique autour de l'expérience de la perte initiale dans le développement du sujet. Ce chemin conceptuel m'a amené à considérer le jeu introjection/projection dans le lien à l'objet. Je propose donc de travailler autour de deux hypothèses pour étudier les situations cliniques qui suivent :

- Si la relation ergothérapique se scénarise autour des vécus de la perte, alors un espace transitionnel se déploie sous les augures d'un travail de séparation psychique d'avec l'absent : le défunt.
- Pour le patient schizophrène, la projection de la perte du défunt sur une matière transformable en thérapie, lui devient distancée, initiant le processus d'introjection du mort.

III – PARTIE PRATIQUE

1 – L’ergothérapie à l’hôpital

L’institution

Je suis ergothérapeute dans un service de psychiatrie qui correspond à un secteur de service public d’un arrondissement parisien. Je travaille dans l’une des deux unités d’hospitalisation du service et au centre médico-psychologique (CMP). Les situations cliniques que je vais présenter se sont déroulées au cours d’hospitalisations. L’équipe se compose également de soignants (infirmiers et aides-soignants), de psychiatres, de secrétaires médicales, d’agents d’entretien, d’une assistante sociale, d’une psychologue et d’une psychomotricienne.

Cette unité d’hospitalisation, à l’étage d’un grand bâtiment, se matérialise par un couloir en L. Dans sa petite branche, une salle de vingt mètres carré est l’atelier d’ergothérapie, dans lequel je travaille avec une collègue ergothérapeute, référente de l’autre unité d’hospitalisation. Une prescription médicale inaugure le suivi ergothérapique. Cette prescription peut être des plus formelles, où je vais à la rencontre du patient suite à l’indication du psychiatre. Dans le quotidien, je peux aussi rencontrer le patient au fil de la vie du service, où la prescription médicale viendra dans un second temps, formaliser le suivi dans le parcours de soin. Dans cet atelier, je reçois des patients en individuel ou en atelier polyvalent.

Différentes raisons motivent un suivi individuel. Les patients dont la symptomatologie ne rend pas pertinente une présence en groupe. C’est le cas par exemple, pour des patients très dissociés, très persécutés, encore en phase aiguë, mais qui peuvent commencer à accéder à cet espace de thérapie. Le suivi individuel peut aussi être judicieux quand le contenu des séances concerne des éléments personnels voire intime de l’histoire du patient qui doivent être contenu dans un espace privé. Enfin, les rencontres formelles avec un nouveau patient, se réalisent sous forme d’entretien, en individuel. Au contraire, l’atelier polyvalent est un dispositif que je partage avec ma collègue ergothérapeute. Nous accueillons pour des durées d’une heure, les patients en groupe. Ce dispositif ne constitue pas un groupe au sens d’un travail de groupe c’est-à-dire que nous n’avons pas d’objectif quant à une dynamique de

groupe. Cependant nous sommes sensibles à la voire émerger. Chaque patient a une activité personnelle, qui n'est pas en lien direct avec l'activité des autres patients. Ainsi, dans un atelier polyvalent, un patient peut être investi sur une peinture sur soie, son voisin installé au chevalet pour une peinture acrylique et un dernier patient s'attèle à la confection d'une mosaïque. Nous pouvons nous aussi réaliser des activités, en lien avec l'atelier, ou être occupée à accompagner un patient dans son activité, pour qui c'est nécessaire. Dans ce dispositif, le groupe n'est pas un but mais une configuration. Nous accueillons sur rendez-vous, les patients pour ces ateliers polyvalents, deux fois par semaine.

Par ailleurs, dans mon quotidien à l'hôpital, je réalise des visites ou accompagnements à domicile, et des sorties culturelles. Chaque occasion est définie en équipe selon le projet individuel du patient et le lien ergothérapique.

La pensée dominante du service est la classification internationale des maladies (CIM 10), pour les diagnostics et l'écriture du dossier. Pour les thérapies (psychomotricité et ergothérapie), l'approche relationnelle est psycho-dynamique avec une attention portée sur la compréhension du symptôme et la relation transférentielle.

L'observation clinique

J'accueille le patient dans le souci de le recevoir tel qu'il est et je me centre sur sa réalité psychique, sur ce qui est sous-jacent au manifeste. La relation thérapeutique s'instaure à partir de la confiance grâce au respect, à l'écoute, à sa fiabilité pour la permanence du lien. Ecouter dans ce contexte conçoit de ne pas se laisser prendre au sens immédiat de la parole. Les fonctions de Holding, de Handling et d'Object Presenting sont à l'origine de cette posture de l'accueil. Ainsi, pour accueillir le patient, je me concentre sur ma capacité à le recevoir, le porter psychiquement, c'est-à-dire contenir ce qu'il amène visiblement mais aussi subrepticement. Cette contenance fait fonction de pare-excitant ce qui permet au patient un sentiment sûr, une confiance. Dans cette contenance, mon rôle est donc de trouver mes moyens pour l'assurer et la maintenir, afin que le patient fasse l'expérience d'un sentiment d'existence. Ces moyens sont les échanges avec mes collègues, l'analyse de mes observations pour ne pas être prise au piège de l'identification projective et assurer une relation reposant sur la symbiose sans m'y perdre. Écrire sur les suivis me permet également de tiercéiser la relation que j'entretiens avec ces patients. Mon parcours en FPP contribue au développement de ma faculté à recevoir ces patients, dans la distance prise dans l'élaboration de mes dossiers. Cette distance m'assure un peu plus, dans une proximité sûre avec ces patients. Dans la relation avec le schizophrène, ma priorité est de conserver un lien avec moi-même.

Mon attention pour la réalité psychique du patient, différemment d'une attention sur son comportement, lui offre une expérience en lien avec ses objets internes, plus ou moins chaotiques. Enfin, la fonction de miroir lui renvoie une image de lui, par le détour de l'image que j'ai de lui. Je le regarde, je le perçois, il me regarde le regarder et il perçoit ce que je perçois, lui, donc il se perçoit. Ces fonctions d'accueil permettent de s'inscrire dans une observation clinique cherchant à mettre en évidence les processus psychiques latent du patient.

Ciccone indique que « l'observation, (...) repose sur une saisie du réel, de l'objet, par l'activité de la perception, par les voies de la sensorialité »⁴⁷. Cette observation s'appuie sur le regard que porte le thérapeute, la sensation qu'il héberge en lui, dans la relation avec le patient. Elle vise à rendre compte de ce qui n'est pas encore connu. Cet auteur nous précise que « la perception est une activité, (...) [elle] transforme, invente et construit la réalité, au fur et à mesure qu'elle la découvre »⁴⁸. Il est donc admis que l'observation du thérapeute est subjective et doit rendre compte du contexte. De ce fait, l'observation donne surtout des indications sur celui qui observe en train d'observer un objet, ici un patient. L'observation est une hypothèse qui construit un chemin de pensée sur le patient.

Dans ma pratique clinique, j'ai développé cet intérêt pour l'observation, en étant en contact avec mes vécus en présence des patients que j'accompagne. La nature transférentielle de cette relation suppose que le contre-transfert renseigne sur les mouvements psychiques du patient. L'observation clinique est alors une recherche de ce qui n'est pas visible. Je recherche ce qu'exprime le patient mais qu'il ne peut exprimer autrement que dans un discours et un comportement dont le sens échappe.

Cette observation se fait dans un contexte particulier qu'est la médiation. C'est autour d'un projet d'activité que la relation se déroule. Ainsi, j'observe la relation transférentielle et le lien du patient à son objet créé en ergothérapie.

L'ergothérapie est conceptualisée autour de la relation triangulaire : patient-thérapeute- {matière transformable}. Elle suppose de construire un arrière-fond entre le patient et l'ergothérapeute, à partir duquel la médiation prendra sens. Cet arrière-fond est en jeu dans un premier temps dans la relation patient-ergothérapeute. Avant l'acte créatif, la relation thérapeutique doit contribuer à ce que le patient élabore une certaine conscience de lui-même. Le symptôme du patient doit devenir un objet de soin pour lui. Au début de la relation thérapeutique, l'espace créatif d'ergothérapie n'est pas encore constitué. Le patient, en

⁴⁷ Ciccone A. (1998), p. 16.

⁴⁸ Op. cit., p. 17.

souffrance psychique, est en rupture avec ses sécurités antérieures. Il ne sépare pas le soi du non-soi. Il ne se sépare pas de son symptôme, il est son symptôme. La première matière pour l'ergothérapeute est le patient non dissocié de son symptôme ; la première matière pour le patient est l'ergothérapeute. La présence de l'ergothérapeute crée un extérieur sur lequel le patient projette son symptôme dans le premier temps. Par son attitude, l'ergothérapeute renvoie au patient, son image qu'il perçoit. Le patient y trouve son identité primaire, c'est-à-dire un sentiment suffisamment fort de lui pour qu'il puisse objectiver son symptôme (le rendre différent de lui). L'investissement du soignant induira une certaine qualité du suivi.

Dans l'activité, je suis sensible à laisser le temps au patient de trouver sa matière, celle à partir de laquelle il pourra se reconnaître comme sujet de son activité, celle avec laquelle il fait un « passage de l'état d'union avec le symptôme à l'état où il est en relation avec lui en tant que quelque chose "non-moi" »⁴⁹. Quand le patient investit la projection de son symptôme dans la matière, il peut alors avoir un rapport à lui, le manipuler et par là-même, se transformer. Nous entrons dans la phase de relation triangulaire. Le patient devient sujet qui utilise l'ergothérapeute et la matière comme "non-soi".

L'objet est ce qui sépare et ce qui relie l'ergothérapeute et le patient. L'objet en création (objet externe) est relié aux objets internes du patient. L'activité n'a pas de valeur thérapeutique en soi. Elle s'inscrit dans la relation ergothérapique et permet ainsi l'ouverture à une aire d'expérience au sens de l'espace potentiel.

Les processus de médiation

Brun (2011) explique d'emblée que « le recours aux médiations permet en effet d'engager un travail thérapeutique avec ce type de patients en deçà des processus de symbolisation secondaires vectorisés par les mots »⁵⁰. Les schizophrènes font parties de ces patients dont les processus de symbolisation sont en souffrance. Dans les thérapies qui emploient des médiations, nous recherchons donc des expériences primitives non symbolisées, émergeant dans la transformation d'une matière. Cette manipulation va mettre en forme ce qui n'est pas encore advenu à la figuration. Roussillon (2011) décrit deux temps à la symbolisation : en premier lieu, il y a l'expérience vécue puis « la mise en représentation symbolique de l'expérience, le jeu qu'elle comporte, ne va pas de soi, elle résulte d'un travail

⁴⁹ Pibarot I. (1979), p. 11. *Isabelle Pibarot est une ergothérapeute, devenue psychanalyste plus tard, qui a élaboré la fonction et le cadre de l'ergothérapeute en lien avec les théories winnicottiennes de la transitionnalité et de la mère suffisamment bonne.*

⁵⁰ Brun A. (2011), p. 9.

psychique »⁵¹. Ce travail, pour les schizophrènes s'effectue en thérapie où ce qui n'a pas pu faire trace dans la psyché se remet en scène, à nouveau vécue dans l'expérience de l'objet créé. Dans ce cadre thérapeutique, cette expérience est mise en mot. Le patient projette sur la matière, la transforme, qui fait retour vers lui. L'expérience trouve une mise en représentation.

L'élaboration progressive de la différenciation se fait à partir du fond sur lequel cette activité a pris naissance, c'est-à-dire sur la relation avec le thérapeute dans cette création. « La différenciation subjective suppose aussi que soit reconnu le fond commun sur lequel elle prend son sens »⁵². La relation thérapeutique se fait sur fond d'indifférenciation, cette symbiose thérapeutique évoquée par Searles. Elle doit être tolérée et reconnue par le thérapeute pour être travaillée dans la médiation. L'objet créé n'est alors pas objet anodin, et n'est plus exclusivement objet externe. Le processus de symbolisation s'opère dans la relation à un objet qui a pris valeur d'autoreprésentation de soi. « L'objet n'acquiert de valeur symbolique que dans la mesure où il existe en tant que résultat, achèvement d'une opération métaphorique qui l'a précédé et qui lui confère le statut même d'objet »⁵³.

Les processus de médiation émergent de cette expérience. Le thérapeute est amené à les reconnaître pour les accompagner. Les processus thérapeutiques mis en jeu sont à repérer, soutenir et induire. Parmi eux, *la distinction du soi et du non-soi* permet de faire l'expérience d'un dedans (le psychisme : choix, goût, souvenirs, idées, sentiments, angoisses, vécus ...) et d'un dehors (la réalité extérieure : action des autres, objets, contexte qui provoque des ressentis, images, mots ...). Dans la médiation, les situations sont variées et répétées où l'expérience verbalisée permet progressivement l'intégration de cette distinction.

Il est possible également de soutenir un processus tel que *la permanence de l'objet*. Le sentiment de continuité permet de supporter l'absence, ce qui n'est pas familier au schizophrène, l'expérience ne faisant pas trace, habituellement. L'objet devient symbole de l'existence d'une continuité si le patient l'investit affectivement. L'ergothérapeute, s'il est référent, contribue à la continuité du travail thérapeutique en dehors des séances. Un projet qui nécessite plusieurs séances impose la continuité de l'activité et des idées qui s'y rapportent.

Par ailleurs, *le principe de réalité* est notamment mis en jeu pendant les attentes et dans la confrontation aux limites. Il met un frein à la toute-puissance pulsionnelle. Il est la

⁵¹ Roussillon R. (2011), p. 26.

⁵² Roussillon R. (2002), p. 71.

⁵³ Chouvier B. (2002), p. 34.

référence au tiers symbolique. Les matériaux, les techniques liées aux activités, les objets supportent des règles de réalité, des contraintes. La résistance de l'objet, de la matière à manipuler, affirme ainsi sa réalité échappant à l'omnipotence du sujet. Les personnes psychotiques intègre progressivement ce principe de réalité, ce qui contribue à agencer l'énergie psychique chaotique.

C'est dans ce lien du patient à son objet que mon observation se pose dans le contexte de la relation transférentielle.

2 – Deux situations cliniques

Je vais présenter deux suivis d'ergothérapie qui répondent au cadre présenté ci-dessus. Ainsi, je présente le suivi par l'observation de la relation transférentielle en situation de médiation. L'écriture des deux cas cliniques est faite à partir de ma prise de note à l'issue des séances, sur ce qui s'est passé, ce qui s'est dit, ce que j'ai ressenti et ce que je présume que le patient a ressenti.

Adam et Agathe sont deux patients que j'ai rencontrés suite à la perte de proche. Dans ces deux situations, le proche faisait partie de leur quotidien, permettant de poser la question du deuil.

Adam

Dans cette histoire ergothérapique, j'ai cheminé avec celui que j'ai nommé Adam. Il a cinquante-huit ans. Il vit depuis vingt-six ans avec sa femme dans un logement social. Ils se sont rencontrés en soins-étude il y a vingt-huit ans. C'est à la même époque qu'Adam rencontre le psychiatre libéral qui le suit encore actuellement. Les éléments biographiques et anamnestiques d'Adam sont, pour l'essentiel, livrés par ce dernier. Ainsi, Adam est diagnostiqué schizophrène dysthymique et stabilisé depuis longtemps avec du lithium et des neuroleptiques. Il précise que sa femme a été souvent hospitalisée avec un délire mystique persistant. Tous deux se soutiennent au quotidien.

La mère d'Adam a été hospitalisée en psychiatrie pour schizophrénie après sa naissance et y a passé une grande partie de sa vie. Il est le dernier d'une fratrie de quatre. À la naissance du fils précédent, elle s'était défenestrée à la maternité sans conséquence corporelle grave. Ainsi, son père avait décidé qu'Adam serait élevé, dès sa naissance, par une nourrice

italienne, afin de le protéger, ce qui a engagé des rivalités avec la sœur aînée, qui s'occupait de lui comme une mère.

Son frère s'est suicidé un vingt-quatre décembre, Adam avait vingt-quatre ans.

Son père était juge au droit civil et est décédé quand Adam avait trente-et-un ans.

Sa sœur aînée connaît plusieurs hospitalisations en psychiatrie pour des épisodes maniaques ou dépressifs. Aujourd'hui, elle est à la retraite et entretient des contacts téléphoniques avec Adam, sans qu'ils ne se voient.

Alors qu'il a quarante-six ans, sa mère meurt à l'hôpital psychiatrique.

Enfin, Adam a cinquante ans, quand sa seconde sœur, schizophrène, décède en service de psychiatrie où elle a vécu pendant trente ans.

Sa nomination à sa naissance fait déjà lien avec un mort. Il porte le nom du saint correspondant à son jour de naissance, car ce jour-là était aussi le jour anniversaire de la mort d'une de ses grand-mères.

Son histoire apparaît parsemée de deuils où les soins psychiatriques sont familialement présents d'emblée dans sa vie.

Lui-même suivi en psychiatrie depuis vingt-huit ans, son parcours de soin comprend des périodes d'hôpital de jour, de centre sociothérapeutique et d'ateliers thérapeutiques. Son psychiatre traitant précise une diminution de ses activités, depuis une dizaine d'années, à cause de douleurs d'arthrose aux genoux réduisant ses déplacements au périmètre de son quartier. Il est alors suivi par un médecin généraliste près de chez lui pour son traitement et poursuit un suivi téléphonique avec son psychiatre. Ce dernier rajoute que la charge domestique le préoccupe beaucoup, ainsi que sa présence auprès de sa compagne, souvent hospitalisée.

Notre histoire se déroule à l'hôpital, où il est arrivé quelques jours avant Noël, en réaction au suicide de sa femme, défenestrée du sixième étage où ils habitent. Le compte rendu des urgences relate les faits : « *Son épouse était suivie pour des troubles psychotiques chroniques, suivie au CMP du secteur. Après une dispute d'avec son épouse concernant la détérioration de son état de santé et de la prise anarchique des médicaments, il menaçait d'appeler son médecin pour l'hospitaliser. Il s'est réfugié dans sa chambre pour se reposer mais quelques minutes après il sort mais ne trouve pas son épouse dans le salon. Il remarque un Tabouret [la majuscule est présente dans le compte-rendu] près de la fenêtre, hésite un moment avant de s'approcher de la fenêtre puis regarde en bas et aperçoit le corps de son épouse. Le patient a du mal à parler, il tremble en nous décrivant le décès de son épouse mais*

dit qu'il est en colère mais pas triste, il ne comprend pas pourquoi elle se suicide après une simple dispute. Il dit que sa compagne lui demande sans cesse de se faire hospitaliser. Le patient est en état de choc psychologique et ne veut pas rentrer chez lui. » Une hospitalisation libre est décidée. A son admission, il est en état de choc pendant plusieurs jours.

Adam est hospitalisé depuis près de six mois quand je prends mes fonctions dans ce service. C'est le début de l'été et je vais à la découverte de nouvelles collaborations tout en étant traversée par un processus de séparation d'avec mes anciennes attaches. Rapidement, le médecin m'adresse Adam à l'ergothérapie car le retour à domicile est délicat. Elle souhaite que toute l'équipe se mobilise autour de lui. Je reçois cette prescription, troublée par l'attente impérieuse que l'intervention d'ergothérapie aide Adam à rentrer à la maison. Au cours des réunions dans le service, je perçois le fossé entre la demande de ce médecin à mon égard et la position du reste de l'équipe pluriprofessionnelle vis-à-vis de la situation d'Adam. En effet, la pensée du groupe se concentre sur ses troubles cognitifs qui leur laissent concevoir une détérioration mentale probablement suite au traumatisme du suicide de sa compagne dont il ne se relèverait pas. Face à une hospitalisation qui se prolonge, des soins qui piétinent et le drame inaugurant son hospitalisation, le projet prend la forme d'une maison de retraite pour Adam qui deviendrait progressivement dément. Le retour à domicile effraie l'ensemble des professionnels. Au fur et à mesure, je cerne un fantasme soignant surplombant l'hospitalisation : Adam n'est pas retourné au domicile depuis le suicide de sa femme, le tabouret est encore devant la fenêtre, elle-même restée ouverte tout l'hiver, battant aux vents. Chacun exprime des craintes pour accompagner Adam chez lui dont la plus récurrente est l'idée qu'Adam pourrait se précipiter vers la fenêtre et sauter, à son tour, de manière impulsive. Des accompagnements à domicile ont été organisés à plusieurs reprises sans qu'aucun n'ait pu avoir lieu en raison des problèmes somatiques d'Adam. L'équipe est en effet très présente autour d'Adam mais dans une atmosphère mortifère et angoissante.

La prescription d'ergothérapie s'éclaire dans ces enjeux. Le médecin d'Adam à l'hôpital souhaite un retour à domicile pour lui. Cependant, Adam n'est pas capable d'aller chez lui pour l'instant et elle ne sait pas comment s'y prendre sur ce point. Par ailleurs, son désir, isolé, va à l'encontre de l'ambiance figée de l'ensemble des médecins et soignants qui n'entrevoient pas d'autre issue que la condamnation démentielle pour Adam. La nouvelle venue que je suis, enthousiaste et venant d'ailleurs, devient l'objet sur lequel ce médecin se décharge pour aller dans le sens de son désir en s'épargnant une conflictualisation avec l'équipe.

Il est maintenant temps de prendre contact avec Adam. Notre rencontre se fait donc sur le terrain commun de la séparation et du changement : pour lui au travers du deuil et d'un futur au domicile sans sa femme ; pour moi par mon départ récent d'un service où j'ai travaillé plusieurs années, et ce nouveau lieu dont il est le premier patient à m'être adressé. Une autre idée m'accompagne : ici, je suis celle qui ne l'a pas connu lors du drame de décembre. L'ensemble du personnel est habité par un choc à l'image de celui d'Adam quand ils l'ont accueilli. Cependant, je n'étais pas dans le service à cette époque, je n'ai donc pas partagé cet effroi avec eux et ne suis pas mobilisée par ce fantasme mortifère.

À côté du fonctionnement institutionnel autour d'Adam, je m'interroge sur son deuil. Le deuil actuel ne peut pas être considéré en dehors de son parcours de vie. Comment se séparer de sa femme, avec qui le vécu semblait très indifférencié ? Comment faire autant de deuils dans sa vie ? Comment les activités ont-elles déjà accompagné d'anciens deuils ? Finalement, qu'en est-il de son processus de deuil actuel pour envisager le retour à domicile ? L'événement du suicide de sa compagne est une réactivation de deuils répétés, révélant que ce travail psychique actuel se complexifie. Or, aujourd'hui, l'important pour Adam est de retourner à domicile et c'est sur ce point que je suis interpellée.

Je vais frapper à la porte de sa chambre pour l'inviter à venir à l'atelier afin de nous entretenir. Je découvre un homme grand, mince tel que les ouvrages psychiatriques ont décrit les physionomies leptosomes des schizophrènes. Ses bras, ses mains, ses jambes semblent ne jamais finir et la démarche d'Adam ressemble à une démantibulation où chaque pas se charge de réorganiser le tout corporel. Il est enthousiaste et me suit. Sur le chemin, il me parle, en souriant, de ses troubles de mémoire. Une fois assis à l'atelier, il me raconte le suicide de sa femme, il me parle de sa tombe qui n'est pas loin, et de son désir de retourner chez lui. En riant, il m'avoue être trop vieux pour retrouver une autre femme. Ce premier entretien nous permet de faire connaissance et de commencer à réfléchir à un projet en ergothérapie. Adam se livre facilement sur l'évènement dramatique à l'origine de son hospitalisation et se montre plus confus sur ce qui l'environne aujourd'hui à l'hôpital. Par ailleurs, ses douleurs articulaires l'empêchent de pouvoir se rendre à l'extérieur. Finalement, Adam doit rentrer chez lui, mais il ne sort jamais de l'hôpital, pas même en permission pour quelques courses. Qu'est-ce qui fige sa présence dans le service et bloque l'investissement d'une vie à l'extérieur ?

Plusieurs entretiens sont nécessaires afin d'entreprendre un projet en ergothérapie, ce qui me semble figurer une inertie présente en lui. Il a des difficultés à réfléchir, il souffle, se

met la tête dans les mains quand il essaie de me parler de l'organisation de ses journées actuelles. En contrepartie, Adam, toujours souriant, évoque le décès de sa femme sans difficulté. Pour autant, cette parole signe-t-elle une acceptation de sa mort avec tous les mouvements internes ambivalents que cette perte suppose? Progressivement, son discours me semble socialement très convenu. « *Ma femme est morte, c'est terrible, je dois être triste, je dois penser à elle ...* ». Véritablement, cette parole rend-t-elle compte d'un processus de deuil ? Ne vient-elle pas plutôt mettre à distance un processus dynamique, qui mobiliserait de l'affect ? Ces mots ne me semblent pas faire fonction de symbolisation par le langage, mais plutôt opérer au figement du statut social de veuf sans que psychiquement le chemin du deuil soit engagé.

Compte tenu de sa structure psychique, se met en évidence la tâche difficile d'accéder aux sentiments ambivalents à l'égard de l'objet aimé et perdu, afin de s'en différencier. La différenciation est bien l'impossible à être pour la personne schizophrène, sur le chemin chaotique de sa subjectivité. Aujourd'hui, s'annonce pour Adam la nécessité de créer une nouvelle vie après vingt-six ans de vie commune. Celle-ci était organisée autour du soutien commun, chacun la béquille de l'autre, où un sentiment d'unité se faisait au prix d'une indifférenciation dans le couple. Construire une nouvelle vie pourra se faire à la sortie de cet état immobile dans lequel il attend. Cependant, cette attente ne m'apparaît pas accrochée à une temporalité. Cette tâche, complexe pour Adam, schizophrène, demande à être accompagnée pour ne pas se fourvoyer dans une façade d'endeuillé figé où son intériorité déjà difficilement accessible serait envahie d'une réalité trop difficile à mobiliser. Alors, où en est Adam de son processus du deuil de la perte de sa femme ?

A son arrivée en décembre, Adam était dans un état de choc. Passé ces quelques jours de blocage, il s'était montré très confus, avec un discours incohérent et une perplexité anxieuse. Au cours des six mois qui ont suivi, il a eu des moments de reviviscence avec sa femme en alternance avec des états de dissociation intellectuelle. Il était sorti de l'hôpital accompagné de deux soignants pour les obsèques de sa femme, après quinze jours d'hospitalisation. Je remarque également, dans le dossier médical, des problèmes de constipation récurrents apparaissant juste après. Par la suite, des troubles cognitifs étaient au premier plan. Il se plaignait de trouble de la mémoire, il ne s'orientait plus dans le temps et l'espace. Adam était psychiquement débordé. Une fatigue s'imposait devant chaque effort de penser. Cet état le rendait incapable de mener une action efficacement et lui donnait l'allure de se détériorer cognitivement. Étape à laquelle il réside encore lorsque je le rencontre. Il est encore dans cet état d'agitation intérieure qui se manifeste par l'effort titanesque que lui

demande l'action de réfléchir. Ainsi, sous l'image de parler sereinement de la mort de sa femme, se dessine un arrière-plan beaucoup plus confus. Les troubles cognitifs semblent prendre origine, davantage dans un ralentissement psychique, que dans un déficit en cours, ce qui n'en exclut pas le risque.

L'expression du deuil se fait dans une dépression-état pour Adam, avec les caractéristiques somatiques, comportementales et intellectuelles figées. Constipations, discours plaqué, fatigue insurmontable à l'effort de penser, constituent son état quotidien. Ses processus psychiques nécessitent d'être réamorçés, afin de reprendre le chemin de la dépression-dynamique.

Le premier temps du suivi, constitué de ces différents entretiens, est donc un temps d'installation nécessaire pour établir un espace potentiel où ce qui va advenir n'appartient pas au convenu et au collage au discours manifeste. Adam me livre avant tout, ce qu'il sait de son état de deuil, ce sur quoi je pourrais y poser un certain savoir également. Cependant, après avoir identifié la parole d'Adam comme signe de son état figé dans un statut social collé à l'évènement dramatique, je place mon écoute dans la surprise. Cette position de départ suppose intrinsèquement que le discours d'Adam ouvre à un autre discours et à la possibilité de se déployer. Je me fie à ma capacité d'étonnement, de faire place à l'indéterminé, plaçant mon écoute au-delà du savoir. Je vais donc écouter Adam mais surtout construire un espace d'expérience où pourrait prendre place un processus thérapeutique. Lors d'un entretien, qui s'avèrera être le dernier avant les séances d'activité, je lui demande s'il préfère que l'on se nomme par le nom ou le prénom. Il a une préférence pour le prénom, « *car en ergothérapie, le travail est plus intime que chez l'assistante sociale* ». Mais, il décide d'y réfléchir et de m'en tenir informée. Le lendemain, il vient m'annoncer que nous nous nommerons par nos prénoms. Par ailleurs, il m'avise de sa décision d'aller à son domicile avec moi. Il désire retourner à la maison, mais ne s'en sent pas capable seul. Il a fait son choix : ce sera le prénom et la nouvelle ergothérapeute pour aller à domicile. Serais-je l'élue ? De quoi ?

Nous organiserons des permissions à domicile où je vais l'accompagner. De plus, Adam me parle de peinture pour en avoir fait dans différents centres au cours de sa vie. En fait de peinture, il s'agit de dessin. Le suivi prend la forme d'une alternance d'accompagnement à domicile et de séances à l'atelier.

Dans les premiers temps, nous convenons d'un dessin par séance sur format A4, et utilisation de différents matériaux de couleurs. Ces séances qui ont lieu une à deux fois par semaine, sont en groupes polyvalents, composé de trois à quatre patients. Les durées d'hospitalisation induisent des modifications de la configuration du groupe. Adam va

connaître quatre patients différents dans ce groupe, où, chaque patient travaille sur son projet d'activité même si la séance se passe ensemble. A chaque séance une dynamique se met en place. Les patients ont tout de même l'habitude de voir les mêmes participants, ce qui instaure certains rituels, notamment dans les places autour de la table, dans les types de relation qu'ils entretiennent entre eux, dans les échanges verbaux qu'ils se permettent dans ce cadre précis. Pour Adam, cinq dessins sont réalisés dans ce cadre. Je lui donne pour consigne habituelle de dater et signer son dessin en fin de séance.

Je vais décrire le suivi d'ergothérapie qui s'est déroulé sur deux scènes : le dessin en atelier polyvalent d'ergothérapie et le domicile.

A la première séance à l'atelier, Adam dessine avec aisance tout en participant aux conversations dans le groupe. Il parle ainsi de sa femme, de sa belle-famille et de son deuil. Il se pose des questions quant au suicide. Une fois le dessin terminé, il me le présente.⁵⁴ Nous reconnaissons un point central autour duquel l'ensemble du dessin tourne. Devant l'abstraction que ce dessin représente pour moi, je lui demande de le titrer. Adam accepte l'invitation immédiatement, réfléchit en regardant son dessin et énonce « *l'échelle* ».

Il m'explique que c'est par rapport aux traits superposés. Quelques minutes plus tard, il attire mon attention pour me dire que le mot échelle lui évoque une échelle dans une grange où il allait quand il était petit et qu'il aimait. Puis, les traits de l'échelle lui rappellent les barreaux d'une chaise qui lui faisait peur. Il ne situe pas exactement l'âge de ses souvenirs. Sans que je lui demande, il propose ses liens. Il y associe des souvenirs d'enfance. De mon côté, j'écoute mais je ne ressens pas d'émotion et n'ai pas d'image. Ses paroles me font l'effet d'un écran plutôt que des associations d'idées chargées affectivement. J'ai l'impression qu'il tient à attirer mon attention sur du matériel qui pourrait avoir l'air d'animer un « psy », c'est-à-dire, des associations d'idées avec des souvenirs d'enfance. Mais rien ne se passe à l'intérieur de moi d'autres que cette sensation d'artifice. Je me sens encore à la porte de « l'habitat intérieur » d'Adam, à l'extérieur duquel, il est probablement lui-même enfermé. Que dit-il que je pourrais entendre ? Vais-je m'animer devant ses souvenirs d'enfance comme d'un matériel pour nourrir mon appétit « psy », éveiller mon désir ? Lui qui a été plusieurs années en thérapie avec un psychanalyste, tente-il de cerner les règles de notre relation et de mon intérêt à son égard ?

En parallèle de ses séances d'ergothérapie, Adam dispose de séances de psychomotricité avec Célia. L'investissement dans ces deux cadres thérapeutiques et sa

⁵⁴ Premier dessin d'Adam en annexe 1

manière de nous interpeler l'une par rapport à l'autre, nous amènent à envisager l'accompagnement à domicile en co-thérapie. Devant les difficultés d'Adam à anticiper ces sorties chez lui, manifestées par les modifications de son état somatique (constipations, douleurs aux genoux), nous décidons de nous rendre à l'appartement avec lui spontanément : nous le préviendrons le jour même. L'anticipation est ainsi évitée. Le lendemain de la première séance de dessin, nous nous présentons toutes les deux auprès d'Adam, prenons connaissance de son état du jour. Devant l'énonciation qu'il va bien, nous lui proposons d'aller à son domicile ce matin, nous partirons dans quinze minutes. Adam est d'accord en même temps que surpris. Il commence par s'affoler un peu. Nous organisons chaque étape de cette sortie. Il se sent rassuré et entreprend de préparer ses affaires pour y aller. Son anxiété est présente. Il répète les phrases, ses mains tremblent, mais il s'organise. Il met sa genouillère pour ses problèmes d'arthrose et opte pour le bus afin de diminuer la marche. L'aide au déplacement débute. Une fois arrivé à son appartement, il se repose sur notre présence, portant son regard sur l'une ou l'autre continuellement. Il nous interroge à l'affirmative : « *je vais faire ça ?* », sans attendre de réponse, si ce n'est notre regard contenant. Il ne souhaite pas ouvrir la porte-fenêtre à partir de laquelle sa femme avait sauté. Nous nous installons dans le salon. Il s'assied sur le canapé qui fait face au balcon et à la porte-fenêtre. Sans être d'une carrure imposante, Adam semble prendre toute la place du canapé. Nous restons debout, sensibles à l'expérience qu'il est en train de vivre. Dans ce lieu, je me sens en lien avec lui autrement qu'à l'atelier. Le discours convenu de veuf qui doit être triste, laisse place à un homme angoissé, un peu confus mais s'autorisant l'épreuve de son « chez lui ».

La deuxième séance de dessin commence pour Adam par une attitude contemplative dans l'atelier. En le voyant flâner ainsi, j'ai l'idée qu'il s'acclimate à ce lieu, en s'imprégnant de son atmosphère. Je respecte ce moment et attends sa mise en route. Finalement, il se met au dessin. Je reconnais son style : association de traits, tâches de couleurs, points. Il est silencieux, concentré. Une fois terminé, il reprend spontanément la consigne de le titrer et le nomme « *la pierre tombale* ». ⁵⁵ Le groupe fait part de sa surprise étant donné la gaieté qui se dégage de son dessin. Un patient nous parle de certaines sociétés où les morts se célèbrent en fête. Adam écoute puis nous livre que ce n'est pas gai et qu'il a osé ! Le thème funéraire est bien présent. Lors de cette séance, j'interviens peu, irritée par sa persévérance à hisser entre lui et les autres, l'écran du suicide de sa compagne. L'expérience que j'ai faite d'Adam à son

⁵⁵ Deuxième dessin d'Adam en annexe 2

domicile me rend-t-elle difficile l'accueil de cette façade avec laquelle je l'ai rencontré ? Je suis en lien avec ces deux aspects d'Adam, le veuf statufié et l'homme confus. Vont-ils pouvoir cohabiter en moi ?

Son dessin est composé de traits de couleurs et de tailles variées, dans la suite du premier dessin. Dans le précédent, aux quatre coins de la feuille, apparaissaient de petites traces de traits balayés. Ici, ces traces sont plus nombreuses sur l'ensemble du dessin. Ils se distinguent du trait simple par la rythmicité figurant les échanges psychiques dans le jeu projection/introjection, sans que ce qui est perçu soit séparé de soi. Les enfants commencent ses formes rythmiques entre dix-huit mois et trois ans, selon Haag (1995)⁵⁶, participant de la constitution d'un premier fond de rencontre, surface plane qui n'est ni le fond de soi ni celui de l'autre. Sur ce dessin, nous retrouvons l'ensemble des formes rythmiques graphiques à ce stade de développement. L'évolution du balayage simple dans le serrage ou dans l'étalement exprime l'élasticité défensive à offensive liée à l'excitation musculaire du tracé. Les pointillés sont rouges et fins, ou verts et épais. Ils représentent différents mouvements pulsionnels et affectifs dans l'expérience de pénétrance de l'autre. Ces dessins m'informent sur l'arrière-fond qui se constitue entre nous et l'objet d'étayage que je pourrais être pour lui, amorce d'un sentiment d'enveloppe.

Deux jours plus tard, nous repartons tous les trois à son domicile. Il a rajouté une genouillère pour son déplacement. Ses tremblements sont toujours présents, mais moins importants. A l'appartement, il commence par s'asseoir sur le canapé. Puis il se dirige sur le balcon. Nous le suivons et il nous montre où ça s'est passé. Il constate que l'on ne voit plus les traces au sol, s'étonne puis marmonne « *ils ont nettoyé* ». Nous faisons le tour du balcon. Je circule peu car je ressens le vertige. J'ai l'impression que le sol du balcon est en pente, se dirigeant vers le vide. Le vertige apparaît dans la sensation que je puisse glisser sur ce sol devenu pentu, et tomber du balcon, des six étages. J'héberge cette sensation, peu familière pour moi, qui n'est pas sans lien avec l'évènement tragique qui surplombe cette visite. Célia constate avec Adam que les plantes sont mortes après des mois à l'abandon. Adam s'arrête sur une plante accrochée à la rambarde, qui tente de survivre. Il l'arrose d'une bouteille d'eau, et se charge de le faire à chaque visite. Nous regagnons le salon. Il reprend place sur le canapé et propose à Célia de s'asseoir sur la chaise à côté. Il respire puis me regarde hébété. Son œil s'éclaire et il tire un tabouret sous la table pour me le présenter. Je m'y assieds. Nous prenons

⁵⁶ Haag

le temps de souffler, discuter un peu. Il me regarde fixement, sourit. A ce moment-là, en me montrant du doigt le tabouret sur lequel je suis assise, il me dit « *c'est LE tabouret* ». C'est à dire celui à partir duquel sa femme a sauté. Le tabouret après le vertige, me voilà confirmée dans l'idée que je figure une adresse à laquelle se destinent certains de ses mouvements internes liés à ses affects retenus dans son deuil. A cette évocation, j'acquiesce et signifie avoir entendu. Célia manifeste une certaine tranquillité, contenant ainsi le cadre où le jeu transférentiel peut avoir lieu, participant d'une certaine pare-excitation à la scène. Un silence tranquille se poursuit. Il me semble que pour Adam, maintenant nous avons survécu. La fatigue, présente à nouveau, nous incite à décider avec Adam de réaliser un ou deux objectifs par visite afin de respecter le rythme nécessaire pour se réapproprier cet appartement, avec son histoire, et dans une nouvelle vie, seul.

Au début de la troisième séance, Adam arrive morose. Il m'annonce qu'il a ruminé tout le week-end car c'était l'anniversaire de sa défunte compagne. En reprenant la lecture de son ancien agenda, il s'est remémoré des fantasmes qu'il avait à propos d'une pharmacienne de son quartier. Il s'en veut d'avoir été infidèle par la pensée à cette époque. Il met un long temps avant de s'installer au dessin, ce qui entame ma patience. Je prends de la distance en m'occupant de l'installation d'un autre patient, ce qui m'aide à ne pas le bousculer comme il m'en vient l'envie. Je me vois ne pas supporter son inertie et avoir l'élan de le secouer, avec le fantasme qu'il se réveillerait de cette léthargie installée. En même temps, je me retiens et utilise un peu d'humour pour lui exprimer mon état intérieur : « *Suspense, Adam va-t-il bouger ?* ». Adam sourit et s'amuse de mes tentatives à l'accent paradoxal. J'attends et l'observe à distance, faire silence du monde extérieur et attendre que quelque chose émerge de l'intérieur. A cette séance, son approche graphique est toujours abstraite, dans le même style que les deux premières. Une forme rythmique nouvelle apparaît en haut et en bas : la croix. Le croisement des axes représente l'accession à la temporalité linéaire. L'inertie que je vis avec Adam attaque cette temporalité avec laquelle le lien à l'autre peut s'inscrire. Serait-elle à l'œuvre dans notre relation, à la façon dont la question se pose dans son lien avec sa défunte compagne depuis son suicide ?

Il fait apparaître un visage, qu'il remarque une fois terminé. Il le nomme « *visage pleurant* ». ⁵⁷ Il explique que c'est celui de sa « *défunte compagne* » et le sien également. Tous les deux indifférenciés dans ce visage pleurant. À chaque fois, il m'annonce le titre et le

⁵⁷ Troisième dessin d'Adam en annexe 3

valide en attendant mon assentiment. Je me retrouve tiraillée entre mon irritation face à cet écran figé d'endeuillé et l'approbation qu'il me demande dans la nomination de ses dessins à propos de son deuil. Comment vais-je trouver une voie d'apaisement qui me permettra de retrouver ma capacité à me positionner sans passer par un frein et ma propre inertie ?

Le lendemain, un nouvel accompagnement à son domicile est organisé. Célia est partie en vacances. Avant son départ, nous nous étions réunies pour décider de poursuivre ces sorties, Adam et moi, en attendant le retour de Célia où nous lui partagerions l'avancement de ce travail. A l'appartement, il souhaite aérer, puis se repose sur le canapé. De longues séances de canapé face au balcon et à la fenêtre, meublent chacune de nos visites à ce domicile. Il arrose sa plante survivante, qui se révèle être un pommier et qui manifeste apprécier les soins prodigués. La mission du jour est de faire le tri de tous les médicaments présents dans l'appartement et de les ramener à la pharmacie. Parmi eux, beaucoup étaient à sa femme. Il exprime quelques animosités vis-à-vis d'elle. Elle ne rangeait pas. Il ne comprend pas son organisation des médicaments. Elle ne faisait pas ce qu'il faut. La tâche est difficile et mobilise Adam dans une colère modérée qui prend vite la voie de l'empressement. Il souhaiterait se débarrasser vite fait de tout ça. Il s'appuie sur mon soutien pour parvenir au bout de cette tâche. Une fois les sacs de médicaments déposés à la pharmacie, il est soulagé et son corps se relâche. Il exprime un certain contentement et son étonnement face au pharmacien qui a accepté ce dépôt ! Adam n'en revient pas, et fait l'expérience d'objets déposés à quelqu'un qui va s'en occuper, à l'instar d'objets jeter dans le vide, sans adresse ni soin. Ce traitement de déchet est une nouveauté pour Adam, pris entre constipation et relâchement soudain de ses déchets-selles.

Le début de la quatrième séance est à nouveau, un lent démarrage. Il est assis et attend, souriant. Cette attitude continue de m'irriter et j'ai l'impression qu'il en prend plaisir. Ma patience, habituellement un de mes atouts, est avec lui, mise à mal, voire absente. De quelle irritation s'agit-il ? Après l'avoir vu exaspéré, impatient face aux médicaments de sa femme, je m'interroge sur ce qu'il m'invite à ressentir à l'atelier, à mon tour. Le vertige, l'irritation seraient des sensations transférées d'Adam sur moi. Pourrait-il y avoir accès par mon intermédiaire ? À son domicile, Adam est plus authentique, en lien avec ses émotions que je soutiens pour qu'il ne se dérobe pas à sa rencontre avec lui-même. Il me touche. À l'atelier il m'irrite. Y aurait-il une continuité ? Son ambivalence à l'égard de sa défunte compagne est difficile à rassembler pour Adam. À l'atelier, il vient dans l'idéalisation de sa femme. À domicile, il est en lien avec ses sentiments d'opposition avec elle. Accéder à son ambivalence,

pour Adam, passerait-il par ma capacité à loger à l'intérieur de moi ces deux parties de lui qu'il me présente ? Pour l'instant, il existe une conflictualité à l'intérieur de moi pour accueillir ses deux parties sans qu'une prenne le pas sur l'autre. Conflictualité qui signe une dynamisation des parties qui peinent à vivre ensemble. J'accueille à l'intérieur de moi, le passage de l'inertie en conflictualisation, probablement inaccessible à l'intérieur de la psyché d'Adam. Cette conflictualisation n'était-elle pas déjà prête à s'activer dans l'équipe, sans vraiment y parvenir ? En effet, le médecin sensible à la situation d'Adam échouait déjà dans son affirmation dans l'équipe, face au poids plus important de la partie "irritée" qui souhaitait expulser le problème dans la voie du vieillissement prématuré d'un schizophrène figé.

... Enfin, il lui surgit l'idée de dessiner ! Il remplit la feuille. Il nomme son dessin « *visage sans bouche* »⁵⁸. Mais, un autre titre s'impose à lui : « *visage en fête* », cependant il ne parvient pas à choisir. Pour la première fois, Adam n'est pas sûr de lui à propos de son dessin. Un doute, proche de la confusion, s'imisce. Je lui propose de garder les deux formules dans le titre. Prémisse de la différenciation, nous passons d'un visage habité par deux identités, dans le dessin précédent, à une double dénomination aujourd'hui. Le visage se scinde en deux, ouvrant la voie de la dualité. Peut-être, serais-je moins assujettie à abriter une conflictualité si elle peut se transférer dans la matière et faire médiation. Ce dessin est rempli de balayages, dans lesquelles s'intègrent quelques pointillages. Il me donne l'impression de faire naître des espaces différenciés, les uns à côté des autres.

A la cinquième séance, notre installation {son inertie → mon irritation → son plaisir → mon attente inconfortable → le surgissement de son action}, est moins imposante ou moins pénible pour moi. Avant de nommer son dessin, il s'amuse à me demander ce que j'y vois. Il aimerait que j'aie des idées⁵⁹. Adam active la réanimation de mon esprit réduit par mon agacement. Je trouve son dessin bien agencé. Je lui parle d'une impression urbaine avec des immeubles et de la perspective. Il est intéressé et surpris de mes propositions. Il m'explique que pour lui, c'est une « *borne vibrante* ». Il la compare à une borne kilométrique. Il avait pensé à « *la borne funéraire* » pour « *rester dans le thème* ». Je lui partage mon sentiment que la borne vibrante évoque plutôt la vie. De plus, c'était sa première idée. Soucieux d'une fidélité à sa défunte compagne, il conserve quand même le titre de « *la borne vibrante* ». Il semblerait que l'inerte vibre pour chacun de nous deux, en miroir. Dans ce

⁵⁸ Quatrième dessin d'Adam en annexe 4

⁵⁹ Cinquième dessin d'Adam en annexe 5

dessin, les pointillés et les traits contribuent à poursuivre l'instauration d'espaces différenciés qui me semblent se structurer un peu plus en formes.

Au quotidien, il se plaint toujours d'une forte constipation qui l'immobilise le temps que ça passe. Il me prévient que pour l'instant, ce problème a épargné les horaires d'ergothérapie. La mobilisation psychique s'acquiesce avec l'immobilisation de la digestion. La matière figée devient *vibrante*. De la même manière que pour ses aides à la marche telles que ses genouillères, la constipation vient réguler le rythme du travail entrepris.

Pour la séance qui suit, je lui propose de prendre une feuille de format A3. Au fil de ses dessins, j'ai pu observer l'émergence de formes, après un début essentiellement constitué de traits, ainsi qu'une durée plus longue de la phase de dessin dans la séance. Par ce format plus grand, je lui propose un espace plus important à investir laissant possible une structuration du dessin en plusieurs étapes. Il est d'accord. Aujourd'hui, il prend encore plus de temps que d'habitude pour démarrer. A l'issue de cette séance, le dessin n'est pas terminé. Pour le moment il l'appelle « *jeu de l'oie* », car la forme qui apparaît, rappelle le plateau de ce jeu connu.

Le lendemain, nous repartons à son domicile. Ce départ a failli être différé par une constipation invalidante dont il a été soulagé juste avant. Les déchets-selles s'organisent autour d'une adresse : moi et ses séances d'ergothérapie. Son suivi trouve alors un chemin, lien à la construction anale, où s'élabore le monde pulsionnel.

Aujourd'hui, l'objectif est de trier les cigarettes éparpillées dans l'appartement. Elles sont de deux sortes : celles de sa femme et les siennes. Il m'explique qu'il s'est mis à fumer avec elle, en la rencontrant. Il dit que c'était « *son truc à elle* », lui, il faisait comme elle, c'était comme ça. Mais maintenant qu'elle est morte, il peut ne plus fumer. Un élément propre à sa femme apparaît différencié en tant que ce n'était pas à lui. Fumer, c'était dans son lien à elle. Ce n'était pas à lui. L'indifférenciation avec sa femme l'a amené à fumer sans devenir un fumeur.

Par ailleurs, le médecin a prévu pour lui, une permission pour le dimanche à venir, seul chez lui, pour la journée. Adam banalise et me demande si je suis rassurée. Il récupère dans ses placards une chevillère, une aide au déplacement supplémentaire. Genouillère et chevillère, ses articulations se trouvent maintenues, contenues pour lui permettre d'avancer dans sa marche sans trop de douleur.

Son dimanche à la maison s'est bien passé. Il a fait ce qu'il avait prévu. Il vient me dire que j'avais raison, ce n'était pas si facile d'y aller seul. Je me fais la réflexion que je ne lui avais pas dit ces mots, si ce n'est que c'était un changement pour lui.

Inexorablement libérée de sa constipation dans les minutes qui précèdent notre rendez-vous, la séance suivante présente un changement : d'emblée, Adam se met au travail dès le début. Il poursuit le dessin « *jeu de l'oie* »⁶⁰ en précisant le fond. Il affine la forme de la spirale. Deux parties la composent : le chemin puis le colimaçon. La borne kilométrique, dite vibrante, en était-elle une annonce ? Il décide que le titre s'écrit « *jeu de lois* ». Il s'en amuse, notamment sur l'idée d'un jeu sur les lois. Je lui propose d'en réaliser un vrai jeu. Dans un premier temps, il ne prend pas l'idée au sérieux, puis face à la permanence de ma proposition, il se prête au *jeu*. Nous établissons le travail à faire : réaliser des pions, un dé, un gobelet... Il pense qu'il devrait préciser les cases sur le dessin. Il souhaite afficher ce dessin au mur de l'atelier entre les séances. Il en est content.

Lors de la séance suivante à l'atelier, Adam arrive soulagé et soufflant. Il m'explique qu'il subit une constipation importante qui vient de se libérer il y a un quart d'heure. Il a craint de ne pas être en état de venir à la séance. « *Mme Lascaux, vous avez failli ne pas avoir votre séance !* ». La mienne, la sienne... Mon inquiétude, la sienne... Mon irritation, la sienne... Alors que les constipations et aides à la marche ne concernaient que les déplacements à domicile, elles s'immiscent dans les séances à l'atelier. Le franchissement de l'inertie au mouvement précède sa venue à notre rendez-vous, par le passage de ses intestins figés à la libération. Alors qu'avant, cette transition se faisait dans le premier temps des séances, de l'attente à la mise en route, activant mon inconfort par son impassibilité.

La séance est consacrée à la réalisation des pions et du dé. Il choisit l'argile. Tout d'abord les pions, qui se distinguent par leur taille. Ils sont au nombre de quatre. Mis les uns à côté des autres, les autres patients soulignent qu'ils font penser aux daltons, c'est-à-dire les mêmes du plus petit au plus grand. (une fratrie de quatre ?) Sa règle prévoit trois joueurs, mais Adam préfère avoir quatre pions pour jouer à trois afin que le dernier qui prend son pion ait encore le choix. Il réalise ensuite un dé de la taille d'un poing, alors que les pions font la taille d'une phalange. Il souhaite construire un gobelet en terre, qui servira à ranger les pions et à lancer le dé. Je le mets en garde sur la taille du dé afin qu'il entre dans le gobelet. « *Quel gobelet pourrait accueillir à l'intérieur de lui, un si gros dé ?* » Adam ne comprend pas mon

⁶⁰ Sixième dessin d'Adam en annexe 6

intervention et reprend de la terre pour confectionner le gobelet. A l'issue de ce travail, il fait le constat que le dé ne rentre pas dans le gobelet. Il s'en étonne, paraît confus. Après réflexion, il en réalise un de taille similaire aux pions. Il peut maintenant jeter le dé, jeter le sort. Dans les interactions, il est de plus en plus à l'aise dans le groupe. Il fait de l'humour et semble beaucoup s'amuser.

Cette semaine, il est prévu qu'il parte en permission chez lui deux jours consécutifs. Il va donc dormir chez lui. A son retour, il me dit simplement que ça se passe bien. A l'équipe, il explique avec tranquillité qu'il est très angoissé chez lui.

La séance suivante se fait à l'ordinateur pour écrire les règles du jeu. Nous nous installons, moi avec l'idée que l'informatique a beaucoup évolué depuis le début des années 80 où il avait suivi une formation, ce qui ne semble pas si évident pour Adam. Il découvre la souris et sa difficulté du clic intempestif. Il est actif dans la construction des règles. Il se montre créatif. Devant la machine, il saisit les règles qu'il a créées. Il cherche les touches, écrit, essaie de revenir en arrière sur ce qu'il a écrit et ne fait que cumuler les lignes. Adam me paraît entreprendre un vrai challenge avec l'ordinateur. Il se démène, persévère, trouve ses solutions dans une certaine excitation. La grande difficulté qu'il éprouve aujourd'hui est d'effacer par la flèche qui retourne en arrière. La perte est au travail, dans un dynamisme remuant mais opérant. Devant cette observation, je lui propose de n'intervenir qu'à la fin de la saisie pour l'aider là où il aura besoin. Nous nous attardons sur une règle de son invention afin de bien la cerner. Il s'agit de la notion de « dérapage »⁶¹. Lorsqu'un pion arrive sur une case déjà occupée, il le fait déraiper en arrière. Deux pions ne peuvent pas cohabiter sur le même espace. Il n'y a qu'une fois dans le colimaçon que deux pions peuvent maintenant cohabiter. Le chemin et le colimaçon ne répondent pas totalement aux mêmes règles. Adam est très inquiet de savoir si cette règle ne va pas empêcher le jeu. « *Le joueur qui dérape pourra-t-il vraiment revenir dans le jeu ?* » La problématique de la perte se poursuit en se précisant sur la question d'un retour possible. La création, en tant que rapport à la réalité, rend compte des processus de différenciation à l'œuvre.

À chaque séance il reprend son combat avec l'ordinateur dont le but est de saisir ses règles. Il y parvient au terme de ce qui me semble une épreuve considérable, dans laquelle l'ordinateur fut le terrain à apprivoiser afin d'arriver à ses fins. Corporellement très animé, il remue sur sa chaise, faisant abstraction du reste de la pièce pour interagir. Pris dans cette lutte, emmêlé dans les mots, les touches, le clavier, son désir, ses règles ... il mène une bataille

⁶¹ les règles du jeux écrites par Adam sont présentées en annexe 8.

dans laquelle le groupe, l'atelier font office de cadre contenant, pour que cette bataille puisse avoir lieu.

Nous retournons à son domicile avec Célia qui est de retour, dans le but de ranger des affaires ayant appartenu à sa défunte compagne. Nous constatons qu'il a entrepris le réaménagement progressif de son appartement dans ses permissions lorsqu'il est seul. Il est plus ordonné et investi. Je remarque une mobilisation globale constructive participant à une appropriation d'un changement. Cependant cette tâche précise, des affaires sur la table du salon, était difficile pour lui. Nous l'accompagnons, l'une tient la poubelle de ce qu'il conserve en attendant de se décider, l'autre tenant celle qui se destine à être jetée. Adam passe des moments de décision à des moments de confusion ne sachant plus ce que nous faisons. Nous suivons son rythme tout en maintenant la tâche à accomplir. Une fois terminé, il se montre soulagé, ce que son corps exprime également.

A l'atelier, il revient à l'ordinateur car il souhaite faire quelques modifications. Il dit s'amuser. Malgré une utilisation tout à fait singulière de l'ordinateur et de Word, il est autonome. C'est le début de la mise en page. Je commence à intervenir, à sa demande.

Avec les règles, le plateau de jeu dévoile ce qu'il contient. Deux chemins, à l'image d'une spirale au sens horaire, mènent vers le colimaçon, spirale au sens antihoraire, toutes deux enroulées à partir de la périphérie. La spirale horaire est la plus naturelle dans la nature et dans le graphisme à tout âge⁶². Ici, Adam dessine une spirale ré-enroulée, représentation de l'infini. La temporalité y est donc entamée. Au début, l'ouverture est amorcée par ce chemin spiralé. Puis, le sens du colimaçon spiralé représente l'expression de maîtrise dans une atmosphère de malaise agressif. Ce « fantasme de pénétration possessive »⁶³ confusione les identités. Adam ferme donc l'élan vital en même temps qu'il s'ouvre. La relation indifférenciée est enfermante et détruit l'autre. Nous le retrouvons, avec les dessins précédents, où un visage fusionnant deux personnes indifférenciées, laisse place à un visage figurant deux identités, ce qui peut provoquer de vives angoisses persécutantes. Cette évolution graphique, en lien avec le développement affectif, figure la genèse des liens relationnels et identificatoires archaïques avec ses risques. Comment établir une séparation entre soi et l'autre ? Et par là-même, se faire naître ? Le jeu projection/introjection est au rendez-vous dans une répétition atemporelle qui peine à faire trace conservant l'omnipotence du narcissisme.

⁶² Haag G. (1996).

⁶³ Op. cit., p.162.

Par la suite, la réalisation des règles prend une nouvelle tournure. Adam rumine une question centrale pour lui : « *comment quelqu'un qui ne connaît pas les règles peut-il les comprendre?* ». Il y revient continuellement et apporte de multiples précisions aux règles pour s'assurer qu'elles soient comprises. Depuis quelques jours, il parle de son jeu à l'extérieur de l'atelier, auprès de l'équipe, de son médecin... Il essaie d'améliorer les règles du jeu, inlassablement, ce qui pourrait durer éternellement. Sa question est bien d'intégrer une personne extérieure dans le jeu. Progressivement, cette question prend la forme de : « *comment quelqu'un qui n'a pas construit les règles peut les comprendre?* ».

Sa sortie de l'hôpital s'annonce proche. Lors de la dernière séance, nous décidons de laisser le jeu à l'atelier. Dans un premier temps, il va prendre ses repères à la maison et une nouvelle vie, seul. Dans un second temps, que nous estimons à un mois, je l'appellerai pour prendre des nouvelles et organiser une séance de « jeu-test » au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Il s'agira d'intégrer une personne extérieure à la construction du jeu et de ses règles pour jouer.

Un mois plus tard je le rappelle. Il semble gérer son quotidien, mais l'anxiété est très présente. Il souhaite me parler en face plutôt qu'au téléphone. Je lui donne rendez-vous à l'atelier...

Agathe

Ce jour là, je commence ma journée de travail en discutant avec ma collègue à l'atelier d'ergothérapie, quand subitement, une patiente, à la corpulence imposante, fait une entrée fracassante. Je ne la connais pas. Une fois surgie dans cette petite salle, elle remplit l'espace de son corps et de sa grosse voix ; circule sans retenue autour des tables, rencontrant chaotiquement sur son passage, les chaises et les armoires. Avec ma collègue, nous sommes pétrifiées, bouches bées, envahies par cette déferlante qui nous rend visite. La patiente poursuit sa course infernale parmi le mobilier, hurlant sa forte rage envers l'ergothérapeute qui lui interdit de peindre et ne veut pas la recevoir. Elle vocifère, à mon égard, un florilège de termes injurieux aux références explicites au sexuel. Les décibels de sa voix sont à la hauteur des mouvements élancés de ses bras et j'ai l'impression que tout son corps se répand dans chaque recoin de l'espace de l'atelier. L'ensemble des manifestations bruyantes de cette patiente a au moins envahi mon espace psychique, me plongeant dans une sidération, comme

engloutie par ce 'tsunami'. Lorsqu'une pensée émerge à mon esprit, c'est sous la forme d'une peur. Les murs de l'atelier ne suffiront pas à contenir ce débordement massif ! Elle pourrait parvenir à les repousser ! Puis, ma pensée refait surface : « je ne connais pas cette dame... C'est la première fois que je la vois... Elle s'adresse à moi, tout en me niant dans son déplacement... Elle ne me regarde pas... Elle crie sans direction, sans limite... Mais c'est bien dans cette salle d'ergothérapie... » Dans tout le fatras de ces paroles, j'entend surtout que l'ergothérapeute, affublée de nombreux qualificatifs peu élogieux, ne lui accorde pas d'espace. Je me rends compte que mon espace psychique disponible, lui, s'est considérablement réduit.

Après ce qui m'a semblé être de longues minutes, elle s'arrête au dessus de ma tête, me dominant du haut de son mètre quatre-vingt que je suis loin d'atteindre. Certes, cette posture est un peu persécutante pour moi, cependant, dans cette pseudo-acalmie, j'y retrouve un peu plus mon espace psychique. Mon regard levé vers elle, je vois ses yeux presque exorbités qui me fixent. C'est maintenant à moi d'entrer en scène, elle me passe le relais. Je lui demande donc : « *vous êtes venue me demander un rendez-vous ?* ». Soudainement, son corps se détend ou se liquéfie. Il pourrait couler sur moi. Nos regards ne se quittent pas. Le mien est assidu, le sien exprime un étonnement : « *bah oui !* » me dit-elle. La scène s'est transformée, et je retrouve la familiarité de cet atelier et ma disponibilité. Elle est contente du rendez-vous que nous prenons ensemble et me sourit. En partant de la salle, elle se retourne en me montrant du doigt et me défie : « *vous serez là ?* ». « *Je serais là* », et je serais attentive à être et rester là psychiquement.

Je viens donc de rencontrer Agathe. Il y a 2 jours, ma collègue m'avait parlé d'une patiente qui venait d'être hospitalisée et que je pourrai rencontrer. Elle était venue en ergothérapie, au cours de ses anciennes hospitalisations, avant que je n'arrive dans ce service. Elle me l'avait décrite au travers de ses comportements agités. Probablement que ces informations m'ont aidé à identifier cette patiente comme pouvant être Agathe.

Elle est une jeune femme de 26 ans qui a grandi dans sa famille maternelle et n'a pas connu son père, parti avant sa naissance. Celui-ci est originaire d'un pays d'Afrique subsaharienne, où il est retourné vivre. Ses origines paternelles et africaines sont très présentes dans son métissage corporel bien qu'elle ne parle jamais de lui. Au-delà d'une peau foncée, son visage présente, des traits négroïdes autour desquels, une vaste chevelure crépue rayonne de façon désorganisée. Le trou dans sa bouche que laisse la perte de ses incisives, donne à ses sourires et à ses cris, une impression de béance. Dans son dossier sont consignés de nombreuses tentatives de soins dentaires pour y remédier, sans qu'aucune n'ait pu aboutir.

Agathe souffre d'une schizophrénie qualifiée de dysthymique ou de paranoïde en fonction de la symptomatologie dominante à chaque hospitalisation. Depuis ses douze ans, elle est suivie en psychiatrie pour un syndrome délirant, conjoint à une discordance et une polytoxicomanie. Ce suivi à l'adolescence lui a permis de suivre tant bien que mal sa scolarité et de parvenir à un emploi de secrétaire dans une administration. Depuis deux ans, elle est en arrêt maladie longue durée. Elle est protégée par une curatelle renforcée. Elle a vécu seule dans un studio pendant quelques années. Son suivi ambulatoire discontinu rend délicat l'observance médicamenteuse. Agathe conserve une consommation de cannabis et d'alcool importante et se met en danger dans ses comportements sexuels.

Il y a trois mois, devant l'évolution de sa schizophrénie, elle quitte son indépendance et revient vivre chez sa mère. Le lendemain de son retour à la maison, sa mère meurt d'un arrêt cardiaque. Cinq jours après, elle se rend aux urgences avec sa tante pour obtenir un traitement. L'observation médicale la décrit calme et non délirante. Une ordonnance lui est délivrée et elle rentre chez elle. Après le décès de sa mère, deux de ses tantes se sont investies davantage dans la vie d'Agathe. Il s'agit de la sœur de sa mère et de la femme du frère de sa mère, lui-même décédé d'un arrêt cardiaque il y a quelques années.

Depuis de nombreuses années, Agathe a un délire enkysté polythématique autour des grossesses, des viols, de persécution, d'abandon, de vols d'enfants. Sa participation affective est intense. Son vécu est intrusif. Pendant ses phases aiguës, elle a une humeur exaltée, un discours incohérent, une intolérance à la frustration. Elle se montre revendicatrice, sthénique et crie des injures. Elle a tendance à se lier avec les personnes les moins recommandables. Ses hospitalisations, le plus souvent sous contrainte débutent généralement par quelques jours en chambre d'isolement.

Trois mois après le décès de sa mère, Agathe se présente à nouveau aux urgences puis est hospitalisée. C'est alors qu'elle est venue me percuter, pour nous rencontrer, me laissant avec un sentiment de réussite. J'ai hâte que notre première séance arrive, car je me sens victorieuse de ce premier contact. J'ai été engloutie mais j'ai pu me sauver de cette dévoration schizophrénique, tout en transformant ce chaos en accueil. À l'image d'une naissance, j'ai le sentiment d'avoir survécu au déluge pour aboutir à une rencontre.

Armée de mon sentiment de gloire, de ma hâte de notre séance, je m'apprête à recevoir Agathe pour notre premier rendez-vous. Il est l'heure et elle n'est pas là. Je laisse passer une dizaine de minute avant de me diriger vers sa chambre. J'emporte avec moi mes hypothèses habituelles pour ces situations récurrentes dans ma pratique avec les patients schizophrènes : « Peut-être s'est-elle assoupie, peut-être ne perçoit-elle pas l'heure qu'il est,

peut-être a-t-elle oublié, peut-être est-elle en permission, peut-être est-elle en entretien médical... ». En dépit de toutes ces suppositions, aucune explication n'est valable, je me retrouve dans l'impossibilité de la trouver dans le service. Les infirmiers me confirment qu'elle n'est pas sortie. De façon invraisemblable, en ayant vérifié tous les recoins, elle n'est pas là. Je retourne à l'atelier pour l'attendre, en vain.

Le lendemain, nous nous croisons dans les couloirs du service. Elle m'interpelle bruyamment pour me demander un rendez-vous. Je lui fais remarquer que nous avons rendez-vous la veille, qu'elle n'était pas là et que nous allons en prendre un nouveau. Satisfaite, elle me quitte en me défiant : « *vous serez-là ?* ». Eberluée, je lui réponds : « *Oui et je vous y attends* ». Ce deuxième rendez-vous aura la même destinée que le premier. À nouveau, elle vient me solliciter un prochain rendez-vous en s'assurant que je serai là. Je remarque qu'elle ne fait pas attention à mes réponses à cette question qui semble à chaque fois jaillir, indépendamment de la répétition.

Je m'interroge sur ses demandes de séances couplées à ses absences. Il ne me semble pas qu'il s'agisse d'un jeu volontaire, ni d'un désinvestissement de ses rendez-vous auxquels elle semble attachée. Je réalise que sa question récurrente : « *vous serez là ?* » concentre ce qui se met en scène. Pour l'instant, ce à quoi elle tient, est que je sois là, pas nécessairement qu'elle y soit. J'ai rendez-vous et me voilà en compagnie de l'absence d'Agathe. Ainsi, je conserve le désir de la recevoir à l'atelier, et m'accommode de son existence dans notre relation, dont la qualité principale est son absence. Après avoir vécu l'engloutissement, la réussite, je suis en lien avec son absence où je pense à elle. Chaque absence est une déception face à mon excitation de faire suite à la victoire initiale. En même temps, j'échappe à un nouvel épisode d'envahissement massif me mettant en difficulté pour survivre. Déception et soulagement font naître une impression d'être en dehors du temps. J'ai l'impression d'avoir déjà une relation avec Agathe, même si nous ne nous voyons presque jamais. Une relation que je vis fantasmatiquement plus que je ne vis dans la réalité. En son absence, je pense à elle, à notre rencontre passée, aux séances qui pourraient avoir lieu. Son absence active cette rêverie qui m'assure un lien avec elle, dans lequel je suis ramenée à la réalité à chacun de ses défis : « *vous serez là ?* ».

Pour l'instant, être là, dans l'espace de thérapie, pour Agathe, se manifeste par, être en moi, sans que sa présence physique vienne habiter l'atelier d'ergothérapie. Va-t-elle pouvoir venir expérimenter son ergothérapie en étant présente ? Une possible relation pourra-t-elle supplanter le risque de se trouver aspiré dans l'autre ?

Cette phase instaurant notre relation consiste donc à penser l'absence. Je pense à une autre absente, sa mère décédée brutalement, le lendemain du retour à la maison d'Agathe, il y a seulement quatre mois. L'absence dans notre relation pourrait avoir un lien avec l'absence de sa mère, son deuil, qui aurait du mal à être pensée par Agathe. En effet, elle n'exprime pas d'émotion à ce propos. La psychiatre et la psychologue remarquent qu'à ce sujet, elle parle rationnellement, sans affect.

Le troisième rendez-vous n'aura pas lieu car Agathe est sortie de l'hôpital.

Deux semaines plus tard, elle est ré-hospitalisée, après une interpellation par la police à son domicile, faisant suite à des jets de meubles par sa fenêtre. Aussitôt arrivée, Agathe vient me voir pour obtenir un rendez-vous où elle s'assure que je serai bien là. Après quelques rendez-vous en compagnie de son absence, Agathe vient à sa séance ! *Enfin* pour moi et *sans commentaire* pour elle. Elle prend place sans attendre que je l'y invite. Je me ressaisis rapidement afin de pouvoir contenir ce qui va se présenter en sa présence. En effet, jusque là, je m'étais surtout familiarisée avec son absence. L'espace de son ergothérapie s'ouvre à partir de celui qui s'est activé à l'intérieur de moi jusque-là. La contenance de nos séances passera bien par l'assurance de ma présence psychique.

Elle veut faire de la peinture. Elle m'explique que cette activité l'aide beaucoup car sa vie est difficile même si personne n'arrive à s'en rendre compte. J'installe l'espace de façon à ce qu'elle soit contenue spatialement par une table avec le matériel à sa gauche, la fenêtre à sa droite et le chevalet devant elle. Elle est debout et dispose de place pour se mouvoir dans cet espace délimité. Cette installation me permet surtout de naviguer entre rapprochement et éloignement d'elle, afin de mieux gérer notre distance. Agathe m'observe prendre soin de l'espace puis est contente de commencer à peindre. Quand elle s'adresse à moi, son ton est autoritaire. Il m'est parfois difficile de ne pas y répondre directement. Elle trouve mes pinceaux de mauvaises qualités et la peinture fatiguée. « *Décidément, personne ne m'aide, alors que je suis celle qui en a le plus besoin* ». Elle cherche un bleu, SON bleu. Depuis quelques minutes, je la vois multiplier les mélanges, dans l'incapacité à s'arrêter pour se demander si elle a obtenu son bleu. Son action s'est décrochée de son idée, évoluant pour son propre compte. Subitement, équipée du plus gros pinceau de l'atelier, elle me le brandit, d'un geste brusque, plein de peinture bleu dégoulinante. Ses yeux m'implorant, accompagnent la question qu'elle me tend : « *c'est le bon bleu ?* ». Je me reconnais l'impuissance à savoir si c'est SON bleu, tout autant que c'est la question qu'elle ne parvient pas à se demander à elle-même depuis quelques minutes. Je prends la question pour lui re-poser : « *C'est le bon*

bleu ? ». En passant de mon visage à son pinceau, son œil s'éclaire. « *Oui, il est pas assez clair* ».

Le mouvement créatif reprend, elle éclaire son bleu et commence à peindre. Son geste m'apparaît pulsionnel, lancé, rapide, comme si c'était son bras, son corps, qui savaient ce qu'elle avait à peindre pour elle.⁶⁴

Son bleu est omniprésent, de façon à ce que le fond de la feuille et celui du visage soient le même. Cette indifférenciation laisse la place à une certaine distinction intérieure et extérieure dans le contour du visage. Le rond est fermé et les contenus sont différents de ceux du fond. Le visage contient les yeux, le nez, la bouche et les pommettes. Ces dernières se révèlent être l'élément de couleur. À l'extérieur du visage des points blancs et des traits jaunes s'éparpillent sans toucher le rond du visage. À la fin de la séance, elle me dit être satisfaite de cette peinture, c'est ce qu'elle voulait. Elle tient à m'expliquer fermement, qu'il est important de nettoyer son matériel. Ce à quoi elle s'applique avec beaucoup d'intention et laisse sécher au bord de l'évier une palette et des pinceaux dégoulinants de peinture. Il semble difficile de mettre de l'ordre malgré une si grande motivation.

Cette hospitalisation dure quatre mois au cours desquels Agathe réalise quelques peintures. Pendant plusieurs semaines, elle est présente à ses séances environ une fois sur quatre rendez-vous, me laissant avec son absence la plupart du temps. Durant cette première période, elle effectue deux autres peintures. Elle prend toujours un soin particulier dans le choix de ses couleurs. D'abord agacée de ne pas les trouver, elle sort toujours victorieuse de cette recherche me donnant toujours l'impression qu'elle a trouvé quelque chose de précieux. Quand je lui fais remarquer favorablement son intérêt pour chacune de ses couleurs, elle me regarde avec dédain en me disant « *il y a des choses que tout le monde sait, vous ne savez pas ?* ». Mes interventions ont tendance à provoquer du défi chez Agathe. Au contraire, ses demandes à mon égard sont des implorations. Quand c'est moi qui me dirige vers elle verbalement, je fais intrusion. Par ailleurs, nos échanges de regard sont intenses. J'ai le sentiment qu'elle y puise de la continuité d'existence. C'est là que nous tissons un lien contenant.

Je serai donc attentive à l'évolution des couleurs sur ses peintures. De plus, à la lueur de la dialectique intérieure/extérieure présente dans cette première peinture, ainsi qu'à l'explosion symptomatique lors de notre premier contact, je serai également attentive à

⁶⁴ Première peinture d'Agathe en annexe 9

l'expression des contenants. Ces éléments de ses productions me donneront du matériel sur le développement de notre relation et sur son évolution dans ce cadre de thérapie médiatisée.

Lors de la réalisation de la deuxième peinture, cela fait maintenant deux mois que nous nous sommes rencontrées. Ce jour-là, son enthousiasme remplit la séance. Elle m'interpelle sans arrêt pour me poser des questions personnelles, pour me dire que grâce à moi elle peut peindre et pour se présenter un peu plus. Je l'écoute et l'aide à se recentrer sur sa peinture qui se retrouve vite abandonnée dans le flot des choses qu'elle a à me dire. J'ai le sentiment d'être envahie par ses questions sans qu'aucune d'entre elles n'ait un intérêt particulier. Je me rends vite compte que rentrer dans une pseudo-discussion en répondant à ses questions pourrait me mener à un envahissement psychique proche de celui vécu à notre premier contact. L'envahissement s'est transféré sur le flux verbal dans lequel elle me plonge. Cette occupation de l'espace m'apparaît dérivée d'une excitation dans notre relation qui ne rencontre de limite que dans mes encouragements à poursuivre sa création. Au nettoyage, elle s'excuse de ne pas parvenir à laver le matériel. « *Pff, je nettoie, je nettoie et il y a toujours de la couleur. Je serai toujours un peu noire* ». Son rire qui suit est incontrôlé et s'apaise à l'intérieur de nos regards continus l'une vers l'autre. Je regarde plus Agathe que je ne lui parle, y trouvant davantage d'authenticité. Je développe à son égard une certaine affection. Je la ressens tel un volcan cachant une détresse primaire.

Cette deuxième peinture associe des couleurs déjà présentes dans la première.⁶⁵

Cette fois, le bleu du fond est à l'extérieur. Entre le fond et le personnage, une zone est composée de blanc et de jaune, possible évolution des éléments épars à l'extérieur du visage de la première peinture. Ils ont évolué en figurant une enveloppe autour du personnage. Des couches différenciées se superposent autour d'un cyclope. Lorsqu'elle termine sa peinture, elle en parle peu. Agathe tient juste à me faire remarquer la présence de cet œil, dont elle précise que c'est un message pour se méfier des autres dans la vie. Ce cyclope associé au sentiment de persécution m'évoque la plongée du regard dans celui de l'autre et l'intrusion que cela peut provoquer. D'autant plus que le regard est très important dans notre relation. Dans le cyclope, le regard de l'autre prend la forme d'une pénétration⁶⁶. L'aspect persécutant de la rencontre avec l'autre ouvre ici le début d'une figuration de la séparation des espaces. Cette peinture me précise l'évolution de notre relation.

Agathe est moins attaquante quand elle s'adresse à moi, lors de cette séance. Elle me noie plutôt dans ses questions. Si un espace est possible entre nous, elle tente ici de le réduire

⁶⁵ Deuxième peinture d'Agathe en annexe 10

⁶⁶ Haag G. (1995).

en le remplissant de son flot de parole. La pénétration de nos regards active une certaine excitation. Ma contenance à son égard joue le rôle du pare-excitant.

La troisième peinture marque un tournant.⁶⁷

Les couleurs sont différentes, moins nombreuses. Elle réalise cette peinture avec indécision et excitation. Une fois terminée, elle est ravie de me dire avec un grand sourire : « *C'est une bouche qui crie !* ». Je mets du temps à repérer la bouche qui crie, pendant qu'Agathe, avec fierté, m'explique comment est cette bouche. Le nez pénétrant au-dessus me permet de voir enfin cette bouche que j'aperçois d'emblée comme incomplète. Je lui fais remarquer qu'il manque, à gauche, une partie de cette bouche qui crie. Elle m'explique rapidement qu'il n'y avait plus de place sur la feuille. La bouche n'est pas non plus poursuivie sur le support qui lui a servi à peindre. Il manque donc un morceau à cette bouche qui crie. Attentive à la figuration des contenants, cette bouche inachevée m'apparaît signifiante. Devant ce constat maintenant partagé avec Agathe, elle me parle de ses cris, de son besoin de crier, même si elle ne sait pas quoi crier. Elle me demande si parfois je l'entends, quand elle crie dans les couloirs du service. L'intérieur/extérieur de la salle d'ergothérapie et de nos séances est inscrit pour Agathe. Cet espace est différencié dans lequel elle m'interroge sur ce que je perçois de ses manifestations vocales à l'extérieur. Dans cette séance, la représentation de ces cris lui permet d'être en lien avec cette partie d'elle. Habituellement, elle est explosive sans qu'elle puisse être en lien avec ce qui se passe pour elle. À cet instant, elle peut se regarder intérieurement.

Dans cette séance, ses attaques ont disparu, la persécution n'est pas au rendez-vous. Elle utilise mes observations comme moyen pour s'atteindre elle-même dans sa création. Ici, je suis moins support de projection, mais plutôt devenue vecteur d'un rapport à elle-même, qu'elle trouve dans son lien à sa peinture. Agathe finit la séance dans un calme inhabituel. À partir de cette séance, elle sera présente à toutes les suivantes, l'absence semble s'être déplacée. Après avoir projeté l'absence sur moi, le manque apparaît sur l'objet créé. Le processus de médiation prend forme.

La séance suivante, elle poursuit cette peinture en soulignant par les couleurs noire, violette et orange, cette bouche qui crie. Sur ses cris, elle verbalise une sensation imminente et récurrente sans qu'aucun contenu à crier ne soit identifié. « *Alors je crie, je crie* » me dit-elle. Elle me l'explique, en se palpant le ventre. Elle poursuit en évoquant ce qui ne se dit pas, ce que l'on se sait pas. Elle s'interroge sur le sens de la parole, « *qu'est-ce qu'on dit quand on*

⁶⁷ Troisième peinture d'Agathe en annexe 11

parle ? ». Dans cette discussion, elle me tend ses certitudes et interrogations. Je les reçois en les rassemblant, lui rendant alors un regard sur ce qui se dit en elle. Cette discussion semble suivre un cheminement nécessitant beaucoup d'énergie psychique. J'ai l'impression de contenir autant ce qu'elle amène que le risque qu'elle se dépersonnalise et échappe à elle-même. Par moment, son regard perdu vient me chercher, me donnant la sensation de la retenir au-dessus d'un précipice. Je me sens dans une hyper-présence à moi-même comme moyen pour maintenir la présence d'Agathe dans notre lien à cet instant. Elle s'accroche, les mains aux plis de son ventre, les yeux dans ma continuité d'être. Suite à cette discussion, elle décide de titrer sa peinture « *tout n'est pas dit* ». Pour la première fois, la peinture créée ouvre à une verbalisation, à partir du *morceau qui manque*.

À la séance suivante, Agathe est souriante et calme. Cette attitude est aux antipodes de sa présentation habituelle et de son comportement encore quotidien dans le service. Elle parle peu et nous nous installons en silence. Elle s'assied et prend son temps avant de commencer. Sur cette peinture, seul le noir est utilisé.⁶⁸

Elle réalise chaque trait par à coup en position debout, alterné avec des poses corporelles abattues sur sa chaise. J'ai l'impression qu'Agathe recherche un peu de vie dans le regard que je pose sur elle et surtout sur sa peinture. Désireuse d'une suite toute aussi signifiante qu'aux deux dernières séances, je me retrouve pourtant devant un mystère. Chaque trait qu'elle pose me semble avancer vers une énigme à soulever, toujours un peu plus cryptée. Une fois terminé, Agathe range et prend son prochain rendez-vous. Cette peinture dont elle ne dit rien, me semble finalement révéler une entrée en phase dépressive dans son ergothérapie. Ce qui avait émergé dans la séance précédente, nécessite probablement un temps d'intégration dans une phase de latence. La peinture suivante poursuit dans ce sens.⁶⁹

Le noir est la seule couleur employée. L'orage et les larmes structurent la peinture. Cette fois un visage et l'émotion réapparaissent, bien que les contours soient flous. Agathe se présente tout autant ralentie qu'à la dernière séance, à l'inverse de ces comportements dans le service qui restent agités.

Elle me parle de cette peinture en me disant « *vous voyez ce que c'est ? C'est évident ce que c'est !* ». Elle n'attend pas de réponse et met un titre pour qualifier cette évidence : « *Et les anges pleurent* ». Il semblerait que je sache, sans qu'un doute s'imisce dans cette certitude pour Agathe. Après être celle qui ne sait rien, je suis celle qui sait sans qu'il soit

⁶⁸ Quatrième peinture d'Agathe en annexe 12

⁶⁹ Cinquième peinture d'Agathe en annexe 13

besoin que je dise. Il est davantage question de son identification projective que de ma position subjective.

La séance suivante s'engage dans une autre ambiance. Agathe arrive un peu excitée. Elle m'explique qu'elle est fatiguée car elle a été violée cette nuit et qu'on l'interdit d'aller porter plainte. Une fois de plus, son enfant lui a été retiré. Heureusement, elle en a encore dans son ventre. Son délire est omniprésent au quotidien, toujours autour de viols, grossesses et enfants retirés.

Elle s'installe d'elle-même à la manière dont j'avais disposé l'espace de l'atelier dans les premières séances. J'ai l'impression qu'elle prend quelque chose en main. Dans ses déplacements à l'atelier pour rassembler son matériel, elle me regarde dans une connivence que j'accueille par un sourire emprunt d'étonnement. Une fois installée, elle entame une peinture avec un geste assuré.⁷⁰

Les larmes de la précédente peinture réapparaissent. Elles sont marrons de la couleur des yeux. Lorsqu'elle pense avoir terminé, elle me demande ce que je vois, dans une excitation mesurée. Cette question ne suppose pas que je sache de façon magique, comme il en était question précédemment. Je me permets de lui dire que je ne sais pas ce qu'elle a peint, et que j'y vois un gros plan de visage africain. Avec son œil brillant, elle me dit « *Oui ! C'est ça ! Un africain !* ». Elle regarde sa peinture avec fierté et excitation. Elle veut dire quelque chose mais elle ne sait pas quoi. Elle précise : « *C'est un africain, ni un homme, ni une femme* ». Elle sourit. Dans mon esprit, j'ai les images de son père et la sienne, superposées. Elle prend un certain temps à regarder sa peinture. L'absent prend un autre visage. Sa peinture m'évoque un autre être manquant, son père. L'absence et le deuil pourraient ouvrir à une question plus identitaire.

La séance suivante, elle retrouve cette peinture et la complète avec les taches orange et borde le visage de marron. Puis, elle la déclare terminée.

Quelques jours après cette séance, Agathe ne revient pas à l'hôpital après une permission. Elle est déclarée en fugue. Le CMP est prévenu et se rend à son domicile où elle se trouve. Elle explique qu'à l'hôpital, on l'empêche de sortir et de voir les personnes qui lui font vraiment du bien. Elle accepte les soins ambulatoires. Il est donc décidé qu'elle ne réintègre pas l'hospitalisation.

Trois mois plus tard, elle est en rupture de soins et la police ré-intervient chez elle, à nouveau après des jets de meubles par sa fenêtre. À son arrivée, il est constaté des prises de

⁷⁰ Sixième peinture d'Agathe en annexe 14

toxiques récentes. Elle reste en chambre d'isolement deux semaines. Elle crache par terre tout au long de la journée. Elle insulte les infirmiers. Ses propos sont obscènes congruents à sa thématique délirante. Son comportement s'améliore légèrement et elle est accueillie dans une chambre normale avec des longs temps de fermeture.

Dans les mois précédents, le médecin avait porté un intérêt particulier au suivi ergothérapeutique d'Agathe, lui conférant une fonction contenante et reconnaissant l'importance de la peinture pour elle dans ce cadre. Ainsi, le médecin évoque l'ergothérapie avec elle, en entretien médical, dans le but d'aider Agathe à traverser cette période difficile. Elle est encore en chambre fermée mais pourrait revenir en séance. Celle-ci est contente et précise au médecin son besoin que je vienne la chercher car elle n'est pas sûre de pouvoir se rendre à l'atelier d'elle-même. Lorsque je me rends dans sa chambre, elle m'accueille sans bouger. Elle est allongée dans son lit, sans que chaque partie de son corps ne semble relayer les autres. Son buste n'est pas dans une direction qui laisse penser que son bassin en fasse suite, d'où les jambes n'ont pas l'air d'être issues. Elle m'explique qu'elle a mal partout car toutes les nuits elle est tabassée et sodomisée par des groupes d'hommes qui ont très envie d'elle. Mais elle n'en peut plus. Ses douleurs les plus importantes se situent dans le bas du dos et dans les épaules. Nous nous dirigeons tranquillement vers l'atelier.

Elle s'assoit et je lui apporte le matériel. Elle veut revenir sur sa peinture laissée la dernière fois. Visiblement, elle ne serait pas terminée. Elle m'explique à répétition ses douleurs physiques et leurs origines. Elle décide de peindre assise. Quand j'apporte le chevalet, j'ai l'image qu'elle 'l'enfile comme une culotte'. Elle rentre ses jambes dans le chevalet, sous la gouttière supportant la feuille. Deux espaces délimités accueillent ses deux jambes. La voilà installée dans un corps à corps avec lui et sa peinture. Dans cette configuration, je m'attelle à lui disposer le matériel, afin qu'elle puisse s'en servir. L'espace libre est limité entre elle et sa feuille. Pendant la séance, elle souffle beaucoup. Trois séances se déroulent de cette manière afin d'aboutir à cette peinture achevée. Agathe est actuellement dans une période d'explosion symptomatique. Cependant, notre relation et sa capacité à s'y retrouver me permettent de ne pas être dans une crainte d'envahissement, mais plutôt attentive à la contenir pour qu'elle soit effectivement là. Depuis le début de notre relation, j'ai l'impression que le regard concentre beaucoup de ses enjeux. Je ne la quitte pas des yeux, comme si je pensais ainsi garantir sa présence. Je pourrais la perdre et mon regard m'assure qu'elle est là.

Le visage africain⁷¹ s'est rempli des tons rouge, orange et marron, couleurs déjà présentes dans les peintures précédentes traduisant les émotions. Dans sa première peinture, la couleur émotive était présente en rouge sur les pommettes du visage. Dans l'étape précédente de ce visage, les larmes étaient marron. C'est avec ces couleurs liées à l'affect qu'elle nourrit ce dernier visage, hormis la bouche qui reste blanche. À la dernière séance, elle rajoutera le cadre extérieur bleu. Jusqu'à la fin, elle ne sait pas comment faire l'intérieur de la bouche. Elle est très embêtée. Elle ne sait pas, alors que le reste se fait spontanément. Nous nous accordons pour la laisser ainsi, pour l'instant.

Dans ces séances, elle parle lentement. Je lui soumetts que les larmes en marron, dont elle a pris soin de repeindre, me font penser qu'elles étaient déjà présentes dans la peinture en noir et blanc que nous ressortons.⁷² Regarder les deux peintures lui ouvre un espace de parole où elle décide de nommer cette dernière création « *je pleure mon Afrique* ». La question identitaire se précise.

Dans les séances suivantes, nous nous plaçons devant sa peinture et elle m'explique ce qui lui vient à l'esprit. Elle me parle de son père, jusque là grand absent dans son discours et dans sa vie. Elle parle de sa famille, de sa mère, de ce qu'on lui a caché sur son père. Elle me raconte qu'adolescente elle a voulu le rencontrer. Une de ses tantes l'aurait recherché et retrouvé dans un pays d'Afrique. Cependant, il aurait été assassiné quelques années auparavant. Elle dit avec colère à plusieurs reprises que sa mère ne voulait rien lui dire. Elle y associe qu'elle fait peur aux autres. Pour Agathe, sa mère avait peur d'elle. Au cours des discussions cette peur supposée de sa mère à l'égard d'Agathe se décline : peur de dire les choses, peur du désir qu'Agathe suscite auprès des autres, surtout les hommes, peur pour ce qu'Agathe pourrait dire, bien qu'elle-même ne sache pas quoi. Dans un moment où les mots se suivent rapidement dans sa parole, elle finit son discours par une phrase qui stoppe sa verbalisation : « *mes parents m'ont mis au monde mais ils ne m'ont pas fait naître* ». Elle a de la colère autant que de la tristesse. Elle dit être seule pour se débrouiller dans la vie.

Dans l'ergothérapie d'Agathe, j'ai commencé par une période où je pensais son absence. Agathe a ainsi été présente dans mon espace psychique, sans pouvoir l'être encore corporellement. Agathe a co-construit ce suivi en étant d'abord penser dans la psyché de l'autre, son ergothérapeute, qui a pu contenir et promouvoir son espace psychique. Cet espace à l'intérieur a permis d'échafauder progressivement un espace créatif d'ergothérapie où

⁷¹ Sixième peinture terminée d'Agathe en annexe 15

⁷² Cinquième peinture en annexe 13

Agathe est présente et se met en contact avec ses propres absents, ses parents, absents de son espace psychique en tant qu'elle n'est pas parvenue à les intérioriser.

La séance suivante, elle ne sait pas quoi peindre. Jusque là, il n'a jamais été question d'inspiration, d'idée à peindre. Cela lui venait spontanément. Je lui propose de penser à un autre matériau, pour soutenir le changement qui s'opère en elle. Elle pense immédiatement au modelage en terre. Elle me parle des statues anciennes que l'on voit dans les musées, mais elle ne sait pas exactement ce qu'elle va faire en terre. Je lui propose d'y aller pour qu'elle s'inspire. Elle est d'emblée ravie et parle tout de suite du musée du Louvres. Nous décidons de nous y rendre prochainement et d'aller voir les sculptures étrusques. Agathe se prépare à cette sortie dans l'idée qu'elle va y comprendre ce qu'elle pourrait modeler à l'atelier. Les objets externes pourraient devenir source d'inspiration. Son projet de création serait issu de la rencontre entre des représentations d'objets de musée et ses objets internes. Je décide donc de prendre un appareil photo numérique afin qu'elle garde trace des sculptures dont elle pense qu'elles pourraient l'aider à modeler.

Lors de la sortie, elle est angoissée dans le bus. Elle me dit : « *C'est toujours comme ça dans le bus. Je sais ce que les gens pensent. Alors ils ont peur de moi.* » Le milieu extérieur est persécutant, intrusif.

Une fois au musée, elle aime s'égarer dans les salles où sont les sculptures. Elle prend des photos. Je représente le fil de réalité et d'orientation qui lui permet de se perdre. À l'image des cailloux du petit poucet, je suis le lien qui garantit le retour de cette perdition heureuse qu'elle est en train de vivre. De retour à l'atelier, elle sélectionne les photos importantes.⁷³

Agathe est très attachée au morceau manquant dans ces sculptures. Elle souhaite réaliser un modelage avec un morceau qui manque déjà. Ici les morceaux manquants sont des bouts cassés, mais ce qui l'intéresse c'est que le bout manquant, le soit dès le départ ! Le projet est posé.

Hospitalisée sous contrainte, Agathe se rend une nouvelle fois chez le juge. Celui-ci décide d'une sortie d'hospitalisation avec soins ambulatoires sous contraintes pour le jour même. Dans l'après-midi qui suit ce rendez-vous au tribunal, Agathe est très contente, et inquiète à la fois, de rentrer chez elle. Nous convenons avec son psychiatre, de ses soins à l'extérieur. Elle aura des rendez-vous avec son médecin traitant, avec la psychomotricienne et avec moi-même, au CMP. Nous prévoyons d'y réaliser le modelage.

⁷³ Quelques photos prises lors de cette visite aux Louvres en annexe 16

Une fois à son domicile, Agathe a de grandes difficultés pour venir au CMP. Elle nous demande de l'aider, car elle souhaite venir mais elle n'y pense pas au moment prévu. Elle se dit perdue dans les affaires de sa mère, dans ses relations avec les hommes. Un changement est tout de même repérable : Agathe ne jette plus ses meubles, elle essaie avec difficultés de les aménager. Ses meubles sont ceux de sa mère, dans l'appartement où elle était venue la rejoindre. Elle s'angoisse et entend les voisins parler d'elle. Des hommes lui font des enfants, qu'on lui retire tous les jours pour les placer. Nous prévoyons de l'appeler une heure avant chaque rendez-vous pour lui indiquer de venir. Cependant, chaque coup de téléphone ne trouve pas toujours Agathe au bout du fil, ou elle ne se trouve pas en état. En dehors des rendez-vous prévus et manqués, elle vient au CMP quand elle y pense. Ses venues fortuites lui permettent de prendre un traitement et de voir un médecin à l'improviste. J'ai parfois Agathe au téléphone. Elle souhaite que nous retournions au musée.

IV – ANALYSE ET DISCUSSION

1 – Repérage du deuil

Lorsque je rencontre **Adam**, il est dans un état d'agitation intérieure qui se manifeste par le blocage de toutes ses fonctions. Le corps fige le temps, dans une constipation récurrente, dans ses douleurs articulaires qui le privent de tout déplacement en dehors de l'hôpital. À l'atelier, il montre rapidement un deuil bloqué dans le statut social de veuf. Le ton funèbre est convoqué à chaque séance, sans qu'il puisse se rattacher à des affects liés au deuil. Le lien d'Adam à sa "défunte compagne" se fait dans l'image de cet objet idéalisé, conservant l'indifférenciation. L'émergence de l'ambivalence de leur relation ne peut pas advenir.

Le contexte du suicide de sa femme révèle des disputes dans le couple, signifiant des désaccords dans cette relation fusionnelle. Dans ce deuil, revenir aux sentiments de discorde est encore plus difficile. Cette difficulté est majorée par la nature de la mort de sa femme et par la pathologie d'Adam qui peine à vivre l'ambivalence pour le même objet. Ainsi, la perte est vécue dans la réalité, opérant à l'image idéalisée du "bon" objet qu'est sa "défunte compagne".

La nomination des premiers dessins met en avant le thème funéraire. Le sentiment de la perte n'est pas suffisamment intériorisé. Ce sont donc les dessins qui vont porter cette hyper-présence du deuil figé comme un écran.

La situation d'Adam révèle un deuil inachevé, mais surtout un deuil bloqué ne paraissant pas se processualiser.

Agathe ne présente pas de signe de deuil voire même de tristesse à la mort de sa mère. Par la suite, elle en parle rationnellement mais n'accède pas à des sentiments qu'elle partagerait en entretien. Nous pouvons envisager un défaut d'intériorisation de sa mère à l'intérieur d'elle. Ainsi, sa mort se fait perte dans la réalité, mais pas psychiquement. Cependant, l'effet de cette perte dans la réalité peut s'observer dans son investissement vers le vide. Son domicile est celui de sa mère, qu'elle a récupéré. Le motif de ses hospitalisations notifie un comportement récurrent : le jet de meubles par sa fenêtre. Ce sont les voisins qui signalent ce comportement, ce qui conduit à des soins. Les meubles sont ceux de sa mère : objets maternels dans la réalité. Ainsi, Agathe jette dans le vide les objets maternels. Suivant cette lecture, nous pouvons constater que la mort de sa mère active chez Agathe une

symptomatologie signant l'échec du deuil. Les objets maternels ne trouvent pas la voie de l'intériorisation et sont jetés par la fenêtre, dans le vide, métaphore de la forclusion. Agathe n'a donc pas initié un processus de deuil. Elle en présente plutôt l'échec.

L'expérience de l'absence et du manque dans l'enfance, se surmonte par leur élaboration dans l'espace transitionnel. Les adultes n'ayant pas accès à un processus de symbolisation efficace, pourront faire cette expérience dans un espace intermédiaire soutenant les phénomènes de transitionnalité. La thérapie semble donc nécessaire pour créer l'espace intermédiaire où des processus de médiation pourront accompagner la symbolisation de la perte dans le deuil.

2 – Retour aux hypothèses

La première hypothèse met l'accent sur la relation thérapeute-patient dès les premiers temps du suivi :

{Si la relation ergothérapique se scénarise autour des vécus de la perte, alors un espace transitionnel se déploie sous les augures d'un travail de séparation psychique d'avec l'absent : le défunt}.

La relation avec **Adam** s'instaure sur les bases de la séparation. Cet arrière plan de notre rencontre constitue une toile de fond sur laquelle notre lien se construit. C'est donc habité par la nouveauté et la perte, inhérents au changement, que j'accueille Adam. Lui-même est bloqué dans ce processus de changement où la perte ne se symbolise pas, fermant l'accès à la nouveauté. Le premier temps du suivi constitué de plusieurs entretiens, jusqu'à ce qu'il me parle de peinture et d'aller ensemble à son domicile, a installé le transfert et créé un milieu propice à la médiation. Ce premier temps d'installation est nécessaire pour établir un espace potentiel où ce qui va advenir n'appartient pas au convenu et au collage au discours manifeste. « Simplement, nous attendons avant d'intervenir que l'autre nous fasse signe par l'intermédiaire d'un élément qu'il est prêt à entrevoir que son discours ne se limite pas à une seule signification. A cet endroit-là, l'axe de la demande imaginaire croise l'axe symbolique. »⁷⁴ Adam me livre avant tout, ce qu'il sait de son état de deuil, ce sur quoi je pourrais y poser un certain savoir également. Après avoir identifié la parole d'Adam comme

⁷⁴ Golder E-M. (1996), p. 246.

signe de son état figé dans un statut social collé à l'évènement dramatique, mon écoute suppose intrinsèquement que le discours d'Adam ouvre à un autre discours et à la possibilité de se déployer. Je me fie à ma capacité de faire place à l'indéterminé, plaçant mon écoute au-delà du savoir. Ainsi, je constitue des orientations thérapeutiques, légitimant le suivi et permettant d'avoir un but. Cependant, le transfert qui se noue apparaîtra sensible dans l'après-coup.

Dans ce parcours avec Adam, nous sommes partis sur deux objectifs thérapeutiques : créer un espace intermédiaire permettant de remettre en route un processus dynamique de deuil, et accompagner au domicile dans la réappropriation de cet espace à réaménager. Ce suivi révèle les liens entre ces deux orientations, dont le but général réside dans le retour à domicile de ce patient schizophrène en deuil. Un rythme s'est posé dans l'alternance de deux dispositifs. L'atelier et le domicile apparaissent comme deux scènes impliquées dans le même scénario. Ces deux scènes se sont déroulées à la même adresse, figurée par ma fonction de thérapeute. Ainsi, j'accuse réception des mouvements internes d'Adam sur deux scènes différentes qui se rejoignent à l'intérieur de moi.

La relation transférentielle m'apparaît dans les projections d'angoisse dont je suis la cible. Le vertige sur le balcon et le Tabouret qui m'est destiné, confirment la nature de ce lien entre Adam et moi. Assise sur le tabouret, nous prenons acte de la scène et le fantasme de catastrophe se dégonfle. Le tabouret peut redevenir un objet du mobilier, et sortir de sa personnification de l'angoisse du suicide de sa femme. Dans son premier dessin, l'échelle était le point central autour de quoi tout tournait. L'échelle peut évoquer le tabouret, comme objet pour se hisser plus haut (et tomber), renforcer par le lien qu'il fait avec une chaise (mobilier proche du tabouret dans sa fonction). Notre relation tourne donc autour de l'angoisse de catastrophe figée. Objet support de ces projections, que vais-je en faire, ?

Dans les premiers temps de la relation, je suis traversée par un double mouvement dont la cohabitation dans mon intériorité nécessite que je la pense, afin d'éviter l'expulsion de l'une ou l'autre. Ainsi, j'accueille en moi Adam, homme figé dans un écran de deuil accompagné de son objet idéalisé : sa "défunte compagne" ; mais aussi, Adam, homme confus face à ses sensations et ses sentiments que provoque cette perte. Le premier a l'art de frustrer la thérapeute que je suis, alors que le second correspond à mes attentes d'ergothérapeute qui veut soigner son patient. Celui-ci a pris corps au cours du premier temps à domicile où le transfert était massif. Apparaît la scénarisation de l'ambivalence dans notre relation. Mon irritation y trouve alors son sens, au côté de ma sollicitude. Cette ambivalence permettra d'accéder à l'unification de ces deux mouvements si je peux les supporter simultanément à

l'intérieur de moi. L'objet total suscitant cette ambivalence doit trouver un lieu pour être, qui passe d'abord par un lieu psychique à l'intérieur de moi. C'est ainsi qu'Adam en fait l'expérience en me faisant vivre cette dualité dont je suis missionnée à la conflictualiser.

Je suppose que la perte est apparue réellement dans son constat « *ils ont nettoyés* », lorsque sur le balcon, je suis collée au mur, prise de vertige, et qu'il s'approche de la rambarde avec Célia, pour voir le sol. Il avait exprimé la crainte qu'il y ait encore des traces. En même temps, il m'a semblé sentir de la tristesse dans son constat que rien ne reste au sol.

Progressivement, il va montrer des signes témoignant de ce travail qu'il s'approprie. Lors de l'accompagnement à domicile pour trier les médicaments, des sentiments de colère apparaissent chez Adam. Ils sont difficile pour lui à supporter et tente à plusieurs reprises de partir, banalisant cette tâche dont il s'occuperait plus tard. Nous maintenons la mission à laquelle nous nous sommes engagés. Au côté de l'objet idéalisé présent en séance, sa femme est maintenant aussi revécue selon leurs liens passés, qui comportaient aussi des reproches. Un processus d'individuation opère en passant par le vécu de la distinction entre sa femme et lui au domicile et qui, ensuite, se met en forme dans l'évolution de ces dessins. La séance suivante est révélatrice de ce début de processus de différenciation que cette scénarisation de l'ambivalence ouvre. Le dessin représente à nouveau un visage mais avec une double nomination. Deux identités sont incluses dans ce visage, alors que le dessin de la séance précédente ne représentait qu'un visage indifférencié entre lui et sa compagne. La dualité se projette sur la matière.

Les premiers entretiens et premiers dessins ont été un espace-temps où notre relation se construisait autour de la fabrique du cadre dans lequel Adam s'autoriserait à explorer des processus inachevés. « Pour devenir créateur (...), il ne suffit pas d'abriter une expérience en souffrance d'appropriation subjective (...), il faut en plus construire les conditions de la ressaisie, nouer l'intrigue qui lui permettra de prendre place et sens pour la subjectivité »⁷⁵.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse selon laquelle, dans la relation ergothérapique, la scénarisation du lien d'ambivalence lié à la perte, a inauguré un espace intermédiaire où un processus de différenciation prend forme.

⁷⁵ Roussillon R. (2007), p. IX.

La relation avec **Agathe** s'inaugure par une percutante rencontre laissant place à une période d'absence puis d'absence/présence où notre lien s'élabore à l'intérieur de moi.

Notre premier contact a réussi à attaquer mon espace psychique, nécessitant que j'active ma pensée, réduite mais disponible, pour tenter de comprendre ce qui se passait. Ma survivance a tenu à ce petit espace de pensée qu'il me restait et auquel je me suis reliée. Dans ce premier temps de non-présence d'Agathe à ses séances, un espace se construit quand même, un espace de pensée. Il s'agit de mon espace psychique où elle vit à l'intérieur de moi. En effet, Agathe est absente et me demande d'être là, donc d'être présente. La première séance prend une tournure irrationnelle. Je la cherche, elle n'est nulle part, il n'y a aucune explication. L'important n'était pas tant que je la trouve mais que je la cherche. Cette configuration, à laquelle elle fait appel, permet de la rendre présente par son absence.

À ce stade la relation fantasmatique est très présente et notre relation dans la réalité est réduite à cette demande. Le jeu présence/absence maintient ma rêverie "maternelle primaire". La thématique grossesse/naissance/bébé dans son délire apparaît sous une autre forme dans notre relation. La rencontre à l'issue du déluge dans notre premier contact fait écho à l'événement de la naissance. Agathe existe dans mon espace psychique, avant de faire émerger un espace où elle serait présente également physiquement. L'appareil psychique de l'enfant contenu dans celui de sa mère, dans une indifférenciation, s'identifie dans notre relation. Avant sa naissance, le bébé n'est pas présent à l'extérieur du corps de la mère, et il existe fortement dans une relation fantasmatique hébergée par les parents. Une fois né, le lien d'indifférenciation permettra au bébé de se constituer un espace psychique à partir de celui de sa mère et de la fantasmatisation qu'elle produit à son propos. Avec Agathe, nous avons mené ce chemin du jeu présence/absence autour de la construction de notre espace de relation, fondé à partir de mon espace psychique.

À ce stade, il aurait été préjudiciable de penser que ses absences révélaient l'inutilité de ces rendez-vous et un manque de sens d'un suivi en ergothérapie. L'absence est donc bien le lien transférentiel, dans ce premier temps. Entre les jets de meuble et notre relation, nous passons d'une absence qui s'échappe dans le vide à une absence habitée dans un lieu psychique.

La perte de sa mère, actualité perçue par Agathe, échappe au processus d'élaboration, en mettant à mal le travail de représentation. Le champ perceptif est donc exclusivement investi sans reposer sur le monde représentationnel. Elle développe alors les mécanismes projectifs, expulsant ce qui pourrait être source de conflit. Son délire en est une mise en scène.

Guertin (1984)⁷⁶ précise que « le psychotique cherche désespérément à travers son délire, à restaurer son histoire, à prendre place dans celle-ci et à lui trouver un sens ». Elle propose d'accompagner le psychotique dans ce voyage. Je me trouve être cette première matière dans son ergothérapie, support de ces projections, où apparaissent l'élaboration de l'absence restée en souffrance. Dans ces projections, l'envahissement est très présent. Le désir de m'envahir pour faire anéantir l'objet que je suis, l'entraîne, par la fusion induite, à sa propre mort psychique. Ma survivance à cet engoutissement est l'espoir de notre différenciation, espoir de survie pour elle, malgré le désir d'annuler l'objet que je suis. C'est alors qu'elle peut investir la matière en ergothérapie, comme support de médiation. Ses peintures sont des scènes où se projette la percutante présence de l'autre, persécutrice, excitante ou attachée au même fond psychique. Le cyclope révèle l'intrusion du regard de l'autre. La peinture de la bouche qui crie, supporte la projection de cette absence, permettant à Agathe de se mettre en lien avec les morceaux manquants. « Le travail de la peinture, dans sa matérialité même, permet de réactiver des traces perceptives d'expériences sensorielles, qui se présentent souvent sous la forme de sensations hallucinées, dont la médiation picturale suscitera une première figuration »⁷⁷. Agathe choisit ce support comme celui qui lui fait du bien. Les perceptions de son monde interne projetées à l'extérieur d'elle sous la forme d'hallucinations corporelles de viols et autres, vont pouvoir se projeter sur cette matière avec la possibilité de produire alors de la figuration des expériences auxquelles elles font références. Brun (2011)⁷⁸ explique le processus de médiation picturale au sens d'une forme de reprise interne de terreurs primitives.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse selon laquelle, dans la relation ergothérapique, la scénarisation de la présence/absence, a inauguré un espace intermédiaire où un sentiment d'existence prend forme.

L'importance du travail intérieur du thérapeute, notamment comme lieu de conflictualisation, apparaît incontournable avec ces patients, afin d'arriver à un objet créé qui entre dans un scène de symbolisation pour le patient. Les liens d'ambivalence et le jeu présence/absence, scénarisations des vécus de leur perte, ont bien eu lieu dans la relation, propre au stade où les angoisses se sont fixées à des niveaux archaïques différents pour chacun de ces patients. Il peut se confirmer que le vécu de la perte se déploie dans la relation thérapeutique.

⁷⁶ Guertin M. (1984), p. 3.

⁷⁷ Brun A. (2011), p. 78.

⁷⁸ Op. cit., p.80.

À la faveur de ces relations, se sont profilés des processus thérapeutiques de différenciation. Pour Adam, ils se sont, entre autre, effectués dans sa relation avec sa défunte compagne. Quant à Agathe, la permanence de l'objet dans notre relation, contribuant au sentiment d'existence s'est développée dans le lien thérapeutique, sans figuré la défunte.

Les vécus de la perte et les processus de différenciation ont bien lieu, inaugurées par la perte dans la réalité d'un proche et la mise en place d'une thérapie, mais sans forcément s'organiser autour du défunt. L'hypothèse est donc confirmée dans son processus, avec la nuance que la différenciation peut se faire avec le défunt ou pas.

Après la discussion de la première hypothèse, précisée pour chacun de ces patients, la deuxième hypothèse peut être explorée, autour des processus de médiation :

{Pour le patient schizophrène, la projection de la perte du défunt sur une matière transformable en thérapie, lui devient distancée, initiant le processus d'introjection du mort}.

La suite du suivi d'ergothérapie d'**Adam** montre l'accès à la figuration de la perte, initiée dans l'expérience : « *ils ont nettoyés* ». Le dessin qui suit présente un doute de nomination, à laquelle Adam va décidé de conserver le titre lié à la pulsion de vie "la borne vibrante". Cette vibration me fait associer au passage de l'inanimé à l'animé que soutient le processus créatif. À ce stade du suivi, ce passage s'impose à Adam pour chacune de ses séances, dans la transformation de sa constipation invalidante en soulagement inespéré, inexorablement à l'orée de la séance où son intériorité va s'animer ! De la matière figée fait place à de la matière transformable. Le processus d'introjection de la perte de la défunte compagne prend alors forme. Il s'observe à domicile dans la scène des deux poubelles. Avec Célia, nous tenons chacune, une des deux poubelles : celle de ce qu'il va jeter, celle de ce qu'il garde pour l'instant. Dans la perte, que conserve-t-on de celui qui est mort ?

À l'atelier, Adam mène une bataille avec l'ordinateur dans laquelle la perte est au travail. Son impossibilité à faire usage de la flèche pour revenir en arrière en est une manifestation. Par la suite, la règle du dérapage dans son jeu, pose la question du retour dans le jeu de celui qui a été éjecté. Adam se demande si cette règle ne va pas empêcher le jeu. Ces différents moments figure la perte, dans le travail psychique qu'elle nécessite, pour se représenter. Sa propre nomination à sa naissance, en référence à une grand-mère morte, reformule la question du dérapage : *quand un naît, un autre dérape ?* Cette question peut se lire dans l'extériorité tout autant que dans l'intériorité de l'autre en soi. La plupart des décès

dans la famille, jusqu'à celui de sa femme, se sont passés le mois de décembre, également mois de naissance d'Adam. La mort et la naissance sont liées dès le départ pour lui.

Le plateau de jeu donne une autre figuration du processus d'introjection à l'œuvre. Il peut s'assimiler à la construction du pulsionnel, du chemin vers l'objet. Le jeu de lois présente deux parties : le chemin puis le colimaçon. Le passage de l'un à l'autre se marque par le risque de dérapage qui disparaît. Une fois dans le colimaçon, le joueur conserve sa place et ne peut pas être éjecté. Le côté pair et le côté impair, d'où l'on peut déraper dans le décor fonctionnant en territoire, aboutissent à un chemin plus enroulé sur lui-même, tel un chemin intestinal, où il s'agit de faire cohabiter les joueurs sans qu'ils ne se télescopent les uns les autres. Ils sont intégrés au jeu et n'y seront plus éjectés, ni projetés sur l'extérieur. Le chemin intérieur ne risque plus d'éjecter les joueurs et par métaphore : les représentations. Le sens spiralé du colimaçon est dans la maîtrise et le malaise agressif, du lien à l'autre, selon les travaux de Geneviève Haag⁷⁹. Les vécus de perte et de différenciation projetés sur le dessin permettent à Adam d'œuvrer à leur meilleure intégration.

Ainsi, son rapport à sa création ne passe plus par mon assentiment. Je deviens plutôt garante de la continuité de ce travail et participe à un sentiment sûr pour y rencontrer des obstacles. Ainsi le processus d'introjection est au travail dans la médiation. Il me semble qu'il s'agit plutôt du processus d'introjection de la perte et du statut de l'autre en soi, que celui de la perte de sa compagne. Nous pouvons constater que les figurations de la perte se sont mises en forme au cours d'un processus d'introjection à l'œuvre, complexe, inachevé et posant de nombreuses énigmes quant au statut de l'autre à l'intérieur de soi.

Dans la vie d'Adam, des changements ont eu lieu. Il a récupéré ses facultés cognitives, qui étaient peu accessibles dans l'état figé de sa dépression. De plus, Adam peut sortir de l'hôpital et investir un nouvel agencement à son domicile.

Dans le suivi d'**Agathe**, un virage a lieu lors de la séance du dessin de la bouche qui crie. Le changement est observé dans le transfert de la projection, maintenant sur la matière. L'absence qui m'était projetée devient "le bout qui manque" sur la bouche du dessin. Sa présence aux séances est constante à partir de ce moment-là. La triangulation s'ouvre avec les processus de médiation. Agathe peut alors être en lien avec elle-même, par ses projections sur la peinture, dans notre lien transférentiel. Agathe est familière des passages à l'acte bruyant, massif. Ceux-ci consistent à mettre au dehors ce qui a été aboli au dedans par manque de

⁷⁹ Haag G. (1996).

rencontre. Dans la création, se met au dehors ce qui est nié au dedans, mais en construisant la rencontre, par le retour de la perception de cet extérieur modelé. La relation qui nous relie, permet de stabiliser cette distance dans un curseur où les extrêmes sont le risque de se dépersonnaliser et le risque de se dérober à cette rencontre. Les regards, colonne vertébrale de notre relation, accompagnent la descente dans ce volcan que je percevais dans sa détresse.

La sodomie délirante nocturne énonce la percutante et intrusive présence ambiguë de l'autre en elle. Les nombreux enfants, qu'elles couvent qui lui sont retirés dans ses scénarios délirants, pourraient révéler l'échec de la séparation première à la naissance, renouvelant continuellement cette scène. Un processus inachevé se révèle donc dans son délire par les naissances, les viols, les sodomies, les enfants retirés. Un jeu de distance entre Agathe et sa peinture, transforme la compulsion de répétition dans le délire (ou le passage à l'acte), en acte créateur, où une rencontre avec elle-même a lieu. La projection permet de se mettre en lien avec sa destructivité tout en la percevant comme venant de l'extérieur. Ainsi, la protection du monde interne est assurée par cette projection, et autorise à se mettre en lien avec ce qui a été projeté par la perception de cet extérieur. Agathe, spectatrice de ses projections internes sur ses peintures, se met en contact de ses objets internes expulsés, qui font retour par la perception. Ainsi, ce qui n'a pas pu trouvé de lieu interne, est projeté sur la matière qui peut être explorée et manipulée. La réintégration de ce qu'elle avait exclue à l'intérieur d'elle, sous la forme d'une perception de ses projections déformées par le travail de création, contribue à initier le processus d'introjection.

La figuration de la perte se trouve dans le bout qui manque à cette bouche qu'elle associe à ses cris compulsifs, qui ont perdu leur contenu. La figuration de cette perte révèle progressivement qu'il s'agit plutôt de la figuration du vide. À la fois, jusqu'à sa dernière peinture, la bouche reste blanche, sans contenu, contrastant avec la richesse du reste du visage. Le vide apparaît aussi dans son désir, qui se précise dans son projet modelage où elle veut que le bout qui manque, manque dès le départ. Dans ce cas, il n'y a pas de perte, mais du vide à l'endroit du manque. Ainsi pour Agathe, la figuration est davantage celle du vide que celle de la perte. Nous pouvons constater également, que cette mise en forme ne dévoile pas de figuration de sa mère. Ici, se confirme qu'à l'origine du lien à sa mère, il n'y a pas d'imago maternelle intériorisée.

La première figuration du vide, dans cette bouche au morceau qui manque, ouvre ensuite à un nouveau processus à l'œuvre dans son ergothérapie. Les deux peintures suivantes sont sans couleurs. La première est énigmatique et la deuxième, avec les larmes et les pleurs, exprime des sentiments de tristesse. Une position dépressive émerge après une position

schizoparanoïde claire. Jusque là, Agathe a montré des sentiments de persécution aussi bien dans son délire que dans notre relation. Toutes mes interventions sont intrusives. Au contraire, lorsque c'est elle qui s'adresse à moi, son regard rentre dans le mien, nous ne faisons qu'une. Le lien d'indifférenciation est très présent et était déjà là dans notre rencontre envahissante. Le cyclope a été une figuration de cette persécution de l'autre. Notre relation se constitue dans le mouvement où elle vient se loger à l'intérieur de moi. Tous ces éléments indiquant une position schizoparanoïde font place à une période où deux peintures en noir et blanc, présente une évolution vers des sentiments plus dépressifs, où peut s'élaborer une différenciation avec l'objet. Je vais le remarquer dans notre relation. Lorsqu'elle m'interpelle, ce n'est plus dans un lien totalement indifférencié. En conséquence de cette phase dépressive, lors de la peinture du visage africain, elle attend de moi, de lui livrer mon impression, séparée d'elle. Le processus d'introjection prend forme dans ce processus de différenciation à l'œuvre dans le passage de la position schizoparanoïde à la position dépressive. Ce passage est celui de la projection en introjection, de l'identification projective à la perception de l'objet différencié. Agathe en vient même à pouvoir utiliser des objets extérieurs, au musée, pour penser ses objets intérieurs dans ses productions.

Son rapport au matériel à l'atelier depuis le début à évoluer. Tout d'abord, elle avait surgit à l'atelier la première fois en pouvant renverser tout le mobilier sur son passage. Lorsqu'elle a commencé à être présente aux séances, elle disqualifiait le matériel qui ne l'aidait pas. Elle le lavait sans y parvenir. La collaboration Agathe/matériel n'était pas aisée, en parallèle de la construction de l'arrière-fond de notre relation. Dans la suite du suivi, le matériel lui est devenu familier. Dans ses moments symptomatiquement aigües, je lui apportais son matériel et elle faisait un corps à corps avec. Maintenant, elle pourrait se nourrir d'objets extérieurs, au musée, pour s'inspirer et construire un objet en ergothérapie lié avec ses objets internes. Dans ce processus, Agathe a expérimenté dans son rapport au matériel, la transformation de la persécution en collaboration.

Ce processus d'introjection s'est déroulé dans notre relation dans les échanges de regard où elle a pu introjecter un sentiment d'existence, accédant progressivement à une sécurité affective plus contenante pour elle-même dans notre relation. Dans le bus, elle est intrusée par la présence des autres voyageurs. Une suffisante contenance lui permet de me le dire plutôt que d'agir sous la forme d'une explosion comportementale dans ce lieu étroit et peuplé qu'est le bus. Malgré tout, ce processus d'introjection n'est pas linéaire. Ainsi dans son quotidien, le délire est toujours très actif.

Le processus d'introjection est donc bien à l'œuvre. Cependant, il ne s'agit pas de l'introjection de la mort de sa mère, mais de l'introjection de contenance psychique permettant l'accès au processus de différenciation où s'expérimente la distance à l'autre.

Un changement a eu lieu dans la vie d'Agathe. Elle a arrêté de jeter les meubles par la fenêtre. Elle dit même être en difficulté pour ranger et aménager l'appartement avec toutes les affaires. Le vide a laissé place au travail éprouvant d'aménagement avec la réalité "intérieure".

La seconde hypothèse peut se discuter, dans la même lignée que la première. Les projections de vécus de perte sur la matière, héritées de la relation transférentielle, ont ouvert un espace de travail de symbolisation évoquant les processus d'introjection. Il est à noter que l'introjection n'est pas forcément celle de la mort du défunt mais surtout celle de l'autre. Ce processus d'introjection de l'autre en soi est à l'œuvre sans que dans ces suivis, nous puissions envisager leur achèvement. Il est probable que les schizophrènes ont l'occasion de parcourir, toujours un peu plus, ces processus, sans parvenir à les aboutir.

3 – Discussion

Dans cette partie, je souhaite discuter des éléments qui ne font pas parties, directement des hypothèses, mais qui sont apparus dans les deux suivis et me permettent d'entrevoir de nouvelles pistes dans le travail du deuil chez le schizophrène.

Pour résumer le suivi d'**Adam**, en rapport avec cette recherche : les mouvements contradictoires à l'œuvre d'Adam (lié à son lien à sa défunte compagne), sur une double scène de thérapie (atelier et domicile), à la même adresse (l'ergothérapeute) qui en accuse réception, offrent à l'ambivalence une possible intégration évitant le clivage. Puis la thérapie évolue vers la création d'un jeu, dont un chemin spiralé aménage le processus de l'intégration de l'autre en soi pour Adam.

Le jeu de lois nous offre d'autres pistes de réflexion quant au travail psychique entrepris par Adam. Le challenge qu'il mène avec l'ordinateur peut être conçu comme une bataille livrée avec le père. La renomination du titre du jeu mène déjà sur cette piste. "Jeu de lois" fait référence à la loi portée par le père symbolique, et au métier de son père réel qui était juge au droit civil. Ainsi, la confection de ce jeu fait appel au père à la fois dans sa nature réelle mais aussi symbolique. La distinction de ces deux registres est probablement au travail

sans que l'on puisse supposer qu'elle trouve une issue pour Adam. La Loi est non négociable et initie au processus d'humanisation. L'alliance à la loi symbolique permet de rentrer dans le monde symbolique où l'on prend conscience de l'existence et où l'on peut vivre l'altérité. L'omnipotence d'Adam peut l'amener à jouer ce combat où il pourrait avoir l'illusion de créer la loi, ayant amalgamé la loi et les règles. Son plaisir à répéter, c'est le "jeu de lois", le "jeu de lois d'Adam" va dans ce sens. Sa bataille se confronte au père réel séparé de sa fonction symbolique. Celle-ci se construit par introjection. Adam bataille entre un père qui fait la loi et un père qui transmet la loi. Qui fait la loi ? Les règles sont aménageables, mais la loi est implacable. La Loi, c'est notamment l'acceptation du sort humain de devoir mourir et d'en avoir conscience.

Les premières séparations d'Adam, au cours desquelles, l'objet subjectif, vécu indifférencié, doit passer à la perception d'objet partiel puis total, se sont probablement déroulées auprès de la nourrice italienne. Le gobelet contenant le dé remet en scène cet accordage à construire. Quand Adam commence la confection de son dé, d'emblée trop gros, je lui soumet l'idée qu'il ne pourra pas être contenu dans un gobelet. Cependant, il ne comprend pas, n'en tient pas compte et je le laisse aller au bout de son processus. Le processus primaire doit aller à son terme pour « créer en lui une représentation symbolique »⁸⁰. Adam poursuit la réalisation, animé dans la création de chaque élément du jeu. Les références à la loi, me font associer sur une règle qui a été posée à sa naissance par son père : *tu seras élevé par une nourrice italienne et pas par ta mère folle*. Le sort d'Adam à sa naissance sera dans les mains de cette nourrice, pas de sa mère, la première. Adam s'y est pris à deux fois pour réaliser le dé qui rentrerait dans le gobelet (que l'on peut lire *gobe-lait*). Quelle trace de cet événement réside en Adam sans avoir été vraiment symbolisé ? Le premier dé, si gros, ne peut pas être avalé par le gobelet, pour jeter le sort. Le second a une taille plus adéquate. Le gobelet jette le dé, et par là-même, jette le sort. La loi symbolique et la fatalité de l'existence qui lui est reliée, sont-elles trop grosses à avaler pour Adam ?

La difficulté d'Adam à avaler cette fatalité se retrouve dans le refus de la fatalité pour le dernier joueur qui choisit son pion. Adam décide de faire quatre pions pour trois joueurs afin que le dernier ait encore le choix. Habituellement dans les jeux, le sort du dernier le mène à la frustration de ne pas avoir le choix. C'est le jeu ! Une prochaine fois, il aura le choix et un autre aura cette place de dernier. Adam annule cette fatalité dans son jeu. Il s'agit bien de SES règles.

⁸⁰ Roussillon R. (2013), p. 85.

Par ailleurs, dans l'équipe qui le soigne depuis six mois, je suis celle qui vient d'arrivée, donc en dehors des fantasmes groupaux et des vécus traumatiques qu'ils partagent. Je me situe à l'image de la nourrice italienne, embauchée par le père, qui a décidé de l'hospitalisation de la mère. Cette nourrice va s'occuper des enfants, et en particulier du bébé Adam. Elle vient d'ailleurs et sa nomination faisant référence à son pays d'origine accentue cet aspect. Elle n'est pas traversée par les drames familiaux. Celle qui vient d'ailleurs, convoquée par une fonction paternelle, est un rôle venant de l'extérieur, assurant une fonction contenante à l'intérieur. Dans cette famille, la condamnation à la psychiatrie n'épargne personne, bien que ce ne soit pas aussi prononcé pour tous. Adam présente une schizophrénie dysthymique, sans délire invalidant, qui lui a permis de s'insérer socialement, avec peu d'hospitalisation dans sa vie. La condamnation aurait-elle été aménagée par l'arrivée de cette nourrice ? De la même manière, la condamnation à la maison de retraite, par une équipe collée à des fantasmes morbides et mortifères, trouvent une voie de sortie par mon arrivée, et mon intervention dans ces soins. Mon rôle auprès d'Adam me semble répéter une scène signifiante à sa naissance, quant à la suite de son existence, par l'intervention du père. Les règles à sa naissance l'ont peut-être permis d'échapper à une sanction psychiatrique massive et une mort prématurée.

En conclusion, dans la création de ce "jeu de lois", s'organise un combat avec le père menant vers la question de son origine et du principe séparateur de la loi, notamment à sa naissance. La question récurrente d'Adam dans la construction de ce jeu : « *Comment quelqu'un qui n'a pas construit les règles peut les comprendre ?* », pourrait se formuler ainsi : *Comment faire avec la Loi si je ne l'ai pas créée ?* Adam parvient à un questionnement sur l'existence, à partir du deuil, mais dans une formulation tout à fait schizophrénique. La constitution d'un père symbolique, intériorisée n'est pas évidente.

Pour résumer le suivi d'**Agathe**, en rapport avec cette recherche : son vécu d'absence transférée sur l'ergothérapeute puis projetée sur la peinture a permis de figurer le manque, représentant du vide, inaugurant une phase dépressive, où l'indifférenciation donne suite au travail de séparation psychique.

La dernière peinture d'Agathe a connu deux phases de création. Dans un premier temps, la figuration de l'africain ouvre la voie à la filiation paternelle. Dans le second temps, le visage est rempli des émotions, sauf la bouche. Le lien affectif à cette origine paternelle se constitue, tout en conservant le vide de l'imaginaire, figuré dans la bouche qui reste blanche, comme vide. Le visage s'organise autour de cette bouche béante métaphore de l'appareil

psychique d'Agathe organisé autour d'une forclusion. La question originaire se pose donc en référence à un père symbolique. Agathe entre dans une phase de verbalisation où elle parvient à se formuler « *Mes parents m'ont mis au monde mais ne m'ont pas fait naître* ». En effet, elle n'a pas introjecté d'imagos parentales. Elle est donc construite sur le vide représentationnel. Qu'y a-t-il à son origine ? Quel désir l'autre porte pour elle ? Ces questions sont propulsées dans son délire. Agathe parvient à se poser la question de son existence et de son origine dans la médiation, après avoir convoqué le père dans la filiation paternelle.

À cette phase de la thérapie, la figuration du père dans la peinture mène à une énigme identitaire, originaire, dans le lien à l'autre pour Agathe, c'est-à-dire, son vide représentatif de ses parents intérieurs.

Dans ce travail, je suis partie à la recherche des vécus de perte à la suite de la mort d'un proche. Nos chemins ergothérapeutiques se sont accompagnés de projections de perte, d'absence, de vide sans pour autant être automatiquement rattachées au défunt. Cependant, dans les deux situations, un invité surprise a surgit dans la figuration du père. Ainsi le père symbolique qui transmet la Loi a été convoqué dans les processus de différenciation et d'introjection. La perte d'un proche dans la réalité conduit ces deux patients à un travail psychique dans la voie de l'intégration de l'autre en soi. Puis, la perte psychique est moins celle du détachement intérieur d'avec l'objet perdu, que celle de la première perte dans l'histoire du sujet qui se remet en scène pour être un peu plus expérimenté. Les traces de ce travail psychique issues du processus de médiation dans la relation transférentielle sont davantage symbolisées.

4 – Modélisation hypothétique du deuil chez le schizophrène

Une hypothèse quant au processus psychique en jeu, après la perte d'un proche dans la réalité :

Ce travail psychique entrepris par ces deux patients, passant par leurs projections dans la médiation, invitent la référence au père, à la loi, conduisant à la question des origines. Ainsi, l'accès à la séparation d'avec le proche qui est mort réinterroge le nœud de l'origine. La mort pose la question de la naissance à la vie. Les schizophrènes en thérapie parviennent à cette question en convoquant l'image du père, sans nécessairement passer par la perte psychique de l'être perdu. L'attachement à l'objet n'ayant pas eu lieu, le détachement consiste plutôt à poursuivre un processus de différenciation. Guertin (1996)⁸¹ avait déjà constaté que « chez les psychotiques il apparaît que le processus de deuil ne se réalise jamais totalement. La psychothérapie des psychotiques vise plutôt à une *structuration de l'appareil psychique et à une organisation des défenses* ».

La boucle du cycle de la vie, à laquelle la mort d'un proche nous invite, est donc accomplie pour les schizophrènes, par le passage à un espace thérapeutique médiatisé, dans un lien transférentiel. Ce retour à l'origine consiste pour eux à revenir à l'origine de leur vie psychique, sans nécessairement concerner la conscience de la mort et de l'existence.

À ce stade de cette recherche je propose une modélisation hypothétique du deuil chez le schizophrène en comparaison au deuil normal. Le chemin du deuil serait différent, mais le point de départ et le point d'arrivée serait commun. Cette proposition est issue de l'élaboration des deux suivis proposés dans ce mémoire. Je propose cette modélisation comme l'enchaînement à la poursuite de ce travail, plutôt que comme un conclusion à la problématique.

⁸¹ Guertin M. (1996), p. 4.

Deuil normal :

Mort d'un proche → vécu de son absence → manque et perte de cette personne → séparation avec lui (détachement avec les liens internes liés au défunt) → questionnement sur les cycles de la vie

Réel → sensation → représentation → processus d'introjection (contenant le symbolique) → question existentielle

Dans le deuil normal, la mort d'un proche est une perte dans la réalité. Elle impose un vécu d'absence qui nécessite un travail psychique pour élaborer le manque et la perte. Ce processus conduit à se détacher de l'autre en réintrojectant sa mort. Une fois accompli, il permet à l'endeuillé de sortir du deuil avec une meilleure conscience de la vie, de la mort par un questionnement sur l'origine et la finitude.

Deuil du schizophrène :

Mort d'un proche → vide agit

[intervention d'une thérapie] → l'absence : le vide, la perte du défunt → séparation (différenciation psychique) → référence au Père symbolique → questionnement sur l'origine

Réel → sensation agit [intervention d'une thérapie] → figuration → processus de différenciation → le symbolique (convocation) → question existentielle

Dans le deuil chez le schizophrène, la mort d'un proche est une perte dans la réalité qui ne s'associe pas à une perte psychique. Dans l'incapacité à élaborer l'absence, le schizophrène est confronté au vide. Le travail psychique nécessite une thérapie pour amorcer un processus. À contrario du vide agit, l'absence se figure progressivement (sous forme de vide ou de perte selon nos exemples) sans nécessairement être reliée au défunt. Probablement que l'absence est davantage reliée à celui qui est mort, quand il a été un peu intériorisé. Par exemple, Adam présente une schizophrénie moins morbide qu'Agathe, lui ayant permis une insertion sociale tout au long de sa vie d'adulte. Adam avait peut-être intériorisé un certain lien à sa femme, d'où l'absence et la différenciation en thérapie la figure. Agathe présente un comportement plus archaïque où les imagos sont absentes. Ainsi, la figuration de l'absence se fait sous la forme de la représentation du vide. Ainsi, ce vide n'est plus agit mais représenté.

Ces figurations de l'absence entrouvrent un espace transitionnel où un processus de différenciation se scénarise. Dans ce lien, le symbolique est convoqué par la figuration du père permettant de questionner son origine. Cette étude ne montre pas chez le schizophrène une conscience de la mort mais plutôt un rapport à la mort qui pose la question de l'origine. Cette question existentielle se formule peut-être sur la question de l'origine psychique, la naissance à la vie psychique, ce à quoi ils se sont structurés dans le chaos schizophrénique.

V – CONCLUSION

La réalité de la mort d'un proche confronte à la perte et aux changements où l'actuel entre fortement en résonnance avec l'infantile. La séparation psychique de la première perte ouvre à la relation objectale, laissant naissance à la fois à l'objet et à une intériorité différenciés. C'est précisément ces stades qui sont obstrués chez les schizophrènes. Le deuil suppose donc un travail de détachement qui se situe à l'endroit même où le destin névrotique ou psychotique se problématise.

La figuration de la perte, du vide ne se fait pas dans un contexte de douleur morale, il n'y a pas de peine. Dans le premier temps de la mort du proche, est apparu pour ces deux patients, le passage à l'acte ou l'inertie psychique. Dans la mise en forme par la médiation, la perte et l'absence ne se distingue pas tout à fait. Perdre ce qui n'a pas été intériorisé, consiste à percevoir l'absence ou à percevoir le vide, au lieu de percevoir l'être absent.

Le travail thérapeutique accompli avec Adam et Agathe nous montre comment l'actualité de la mort met au travail ce processus de différenciation, s'il est accompagné dans une thérapie. Ainsi, ils aboutissent, comme dans le deuil normal, à questionner l'origine. Le deuil ne mène pas forcément à la séparation psychique d'avec le défunt. Le processus de différenciation est plutôt parcourue à partir de là où il est coincé. Ce travail psychique n'est donc pas prioritairement organisé autour du défunt. La symbolisation des vécus de perte structure plutôt le lien à l'autre. Ainsi, s'agit-il du deuil ou plutôt du rapport à la mort ?

Ce travail thérapeutique du schizophrène, de figurer l'absence, initié par la perte d'un proche, boucle la question de la mort à la question des origines. Ce retour aux origines questionnent sur la naissance à la vie, aux origines de la naissance psychique, autrement dit, de leur structuration psychotique, où n'a pas eu lieu la découverte de l'autre, objet total. Le schizophrène est construit sur l'absence, il s'organise autour de la forclusion. Quand l'absence doit être représentée par la mort d'un proche alors elle mène à la question de l'origine où le sujet s'est structuré autour de cette forclusion, le vide.

Dans la névrose, le deuil mène au questionnement de l'origine, dans la question du manque de l'autre. L'origine de la construction du sujet s'est faite en creux de l'autre. Il s'agit donc du manque de l'objet. Dans la schizophrénie, le deuil mène au questionnement de l'origine dans la question du manque à être.

Dans la figuration du vide apparaît l'écart du temps en questionnant l'originaire. Dans quelle mesure, la temporalité peu inscrite pour ces patients, peut trouver, dans le rapport à la mort, la voie de sa meilleure intégration, et ainsi un renouvellement du fonctionnement psychique ? Le jeu de l'oie dont fait référence Adam met au travail l'intégration de la temporalité. La perte est plus ou moins bien vécue, parfois constructive, parfois anxiogène, au travers des règles telles que passer son tour, reculer de deux cases. L'arrivée de ce jeu pourrait aussi être étudié sous l'angle de la métabolisation de la temporalité.

BIBLIOGRAPHIE

Ancelin-Schützenberger A. & Bissone-Jeufroy É. (2005). *Sortir du deuil, surmonter son chagrin et réapprendre à vivre*. Paris, Petite bibliothèque Payot, 2011.

Bacqué M-F. & Hanus M. (2000). *Le Deuil – Que sais-je ?*. Paris, PUF.

Bacqué M-F. (2007). *L'un sans l'autre, psychologie du deuil et des séparations*. Paris, Larousse, L'univers psychologique.

Brun A. (2011). Introduction in Brun A. *Les médiations thérapeutiques*. Paris, Érès, Le carnet psy, pp. 7-22.

Brun A. (2011). Médiation picturale et psychose infantile in Brun A. *Les médiations thérapeutiques*. Paris, Érès, Le carnet psy, pp. 75-87.

Chouvier B. (2002). Les fonctions médiatrices de l'objet in *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, Dunod, Inconscient et culture, pp. 29-60, 2004.

Ciccone A. (1998). *L'observation clinique*. Paris, Dunod, les topos, 2008.

Delpierre G. (1974). *La peur et l'être*. Toulouse, « Nouvelle Recherche »/Privat.

De Mijolla, A. (2005). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris, France : Hachette Littératures.

Freud S. (1914). *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1999.

Freud S. (1917). *Deuil et mélancolie*. Paris, Petite bibliothèque Payot, 2010.

Golder E-M. (1996). *Au seuil de l'inconscient*. Petite Bibliothèque Payot, 2006.

Golse B. (s.d.). *Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet*. En ligne http://www.psynem.org/Hebergement/AEPEA/Publications/Publications_en_psychopathologie/Pulsion_attachement/Golse%20Pulsion%20d'attachement%202010.pdf consulté le 22 avril 2013.

Guertin M. (1984). Pratique analytique et psychose in *Santé mentale au Québec*, vol. 9, n° 1, p. 3-5.

Haag G. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité in *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, 2, 495-527.

Haag G. (1996). Entre figure et fond : quelques aspects de la symbolique dans l'organisation du dessin des enfants de 2 à 6 ans in *Le dessin de l'enfant, de l'approche génétique à l'interprétation clinique*, 2^o édition (2004), La pensée sauvage, éditions.

Hanus M. & Louis O. (1996). *Psychiatrie de l'étudiant*. Paris, Maloine.

Isaacs S. (1966). Nature et fonction du phantasmes in M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs & J. Riviere (Eds) *Développements de la psychanalyse* pp. 64-114, Paris : PUF, bibliothèque de psychanalyse, 1972.

Kapsambélis V. (2007). Les fonctionnements psychotiques : une approche psychanalytique. *Psychologie clinique et projective*, 1, 13, 9-33.

Klein M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. Paris, PUF, bibliothèque de psychanalyse, 1998.

Klein M. (1966). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes in M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs & J. Riviere (Eds) *Développements de la psychanalyse* pp. 274-300, Paris : PUF, bibliothèque de psychanalyse, 1972.

Lenoir F. (2010). *Petit traité de vie intérieure*. Paris, Plon.

Ndiaye L. (2005). *Mort et altérité : approche socio-anthropologique d'un phénomène indicible*. En ligne <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article268> consulté le 8 novembre 2012.

Pibarot I. (1979). Entrer dans l'ergothérapie in *Journal d'ergothérapie*, 1, 5-11.

Pont-Humbert, C. (1995). *Dictionnaire des symboles, des rites et des croyances*. Paris, France : Jean-Claude Lattès.

Roussillon R. (2002). Le transitionnel et l'indéterminé in *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, Dunod, Inconscient et culture, pp. 61-80, 2004.

Roussillon R. (2007). Préface. L'incrédulité et son intrigue in Brun A. & Talpin J-M. (Eds) *Cliniques de la création*. Bruxelles, De Boeck, pp. VII-XV.

Roussillon R. (2011). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations in Chouvier B. *Les médiations thérapeutiques*, Paris, Érès, Le carnet psy, pp. 23-35.

Roussillon R. (2013). Le besoin de créer au cœur de la vie psychique : une problématique de l'extrême in Brun A. & Chouvier B. (Eds) *L'archaïque. Création et psychanalyse*. Paris, Armand Colin, Recherches, pp. 81-90.

Searles H. (1979). *Le contre-transfert*. Paris, Gallimard, folio essais, 2005.

VAN Eersel P. & Mignot H. (2012, 23 novembre). *Évolution du regard de notre société sur la question de la mort et du deuil depuis 25 ans*. Conférence organisée par l'association E. Kùbler-Ross, Paris.

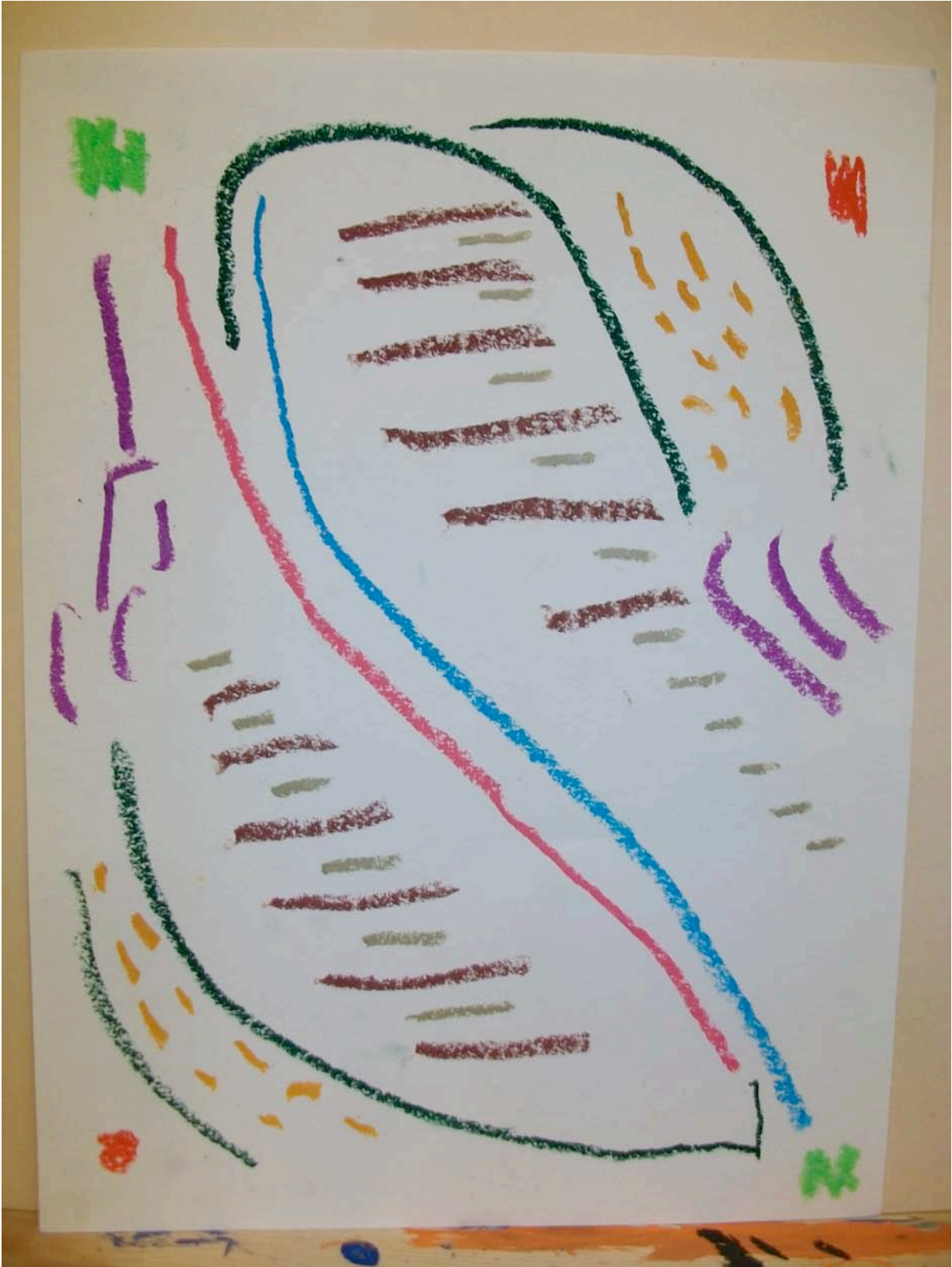
Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*. Paris, France : Picard, 1994.

Winnicott D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1999.

Table des matières des annexes

ANNEXE 1 – PREMIER DESSIN D’ADAM : « L’ÉCHELLE »	86
ANNEXE 2 – DEUXIÈME DESSIN D’ADAM : « LA PIERRE TOMBALE »	87
ANNEXE 3 – TROISIÈME DESSIN D’ADAM : « VISAGE PLEURANT »	88
ANNEXE 4 – QUATRIÈME DESSIN D’ADAM : « VISAGE SANS BOUCHE / VISAGE EN FÊTE »	89
ANNEXE 5 – CINQUIÈME DESSIN D’ADAM : « LA BORNE VIBRANTE »	90
ANNEXE 6 – SIXIÈME DESSIN D’ADAM : « LE JEU DE LOIS »	91
ANNEXE 7 – MATÉRIEL DU JEU DE LOIS D’ADAM	92
ANNEXE 8 – RÈGLES DU JEU DE LOIS D’ADAM	93

Annexe 1 – Premier dessin d'Adam : « L'échelle »



Annexe 2 – Deuxième dessin d'Adam : « La pierre tombale »



Annexe 3 – Troisième dessin d'Adam : « Visage pleurant »



Annexe 4 – Quatrième dessin d'Adam : « Visage sans bouche / visage en fête »



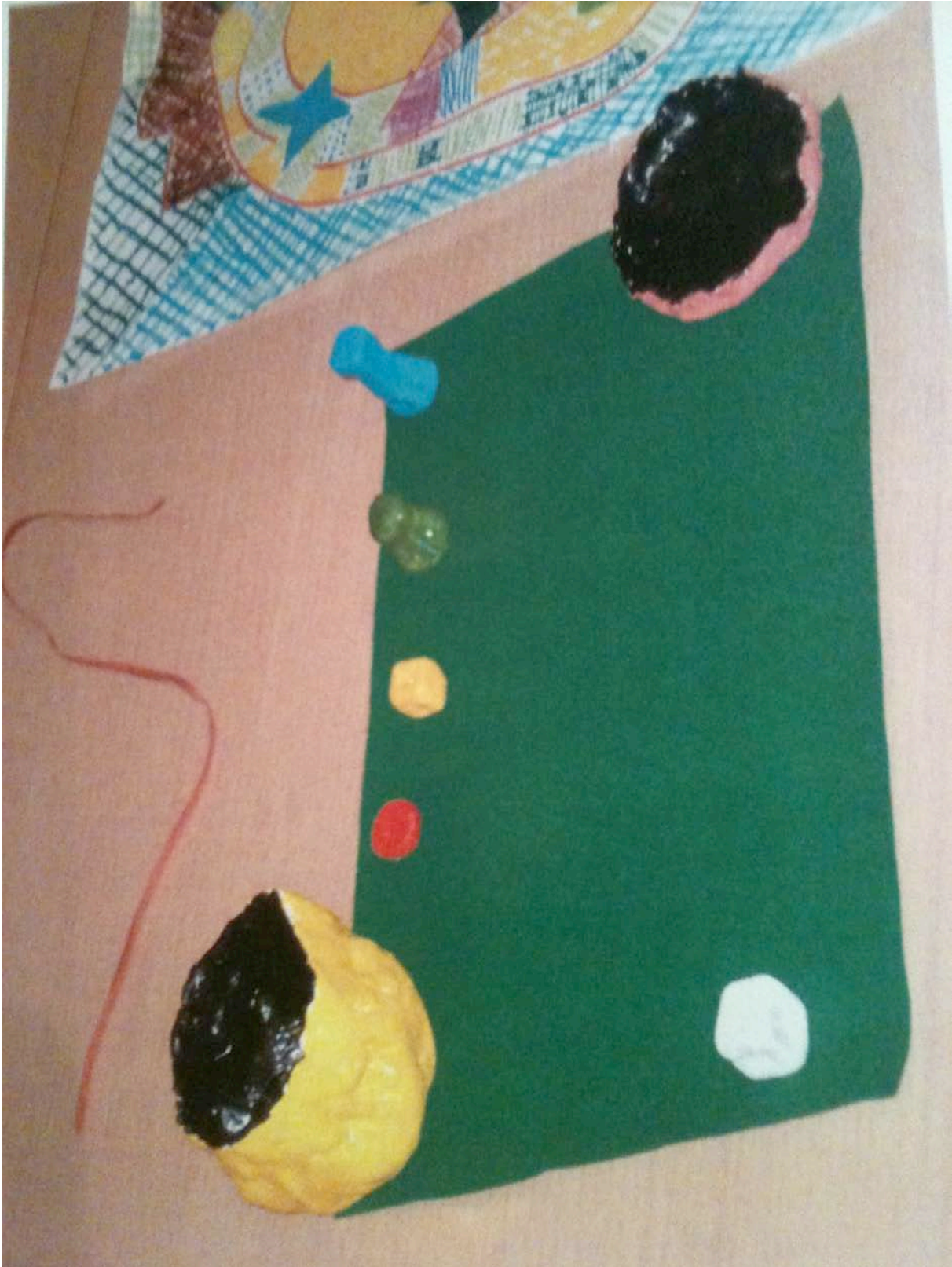
Annexe 5 – Cinquième dessin d'Adam : « La borne vibrante »



Annexe 6 – Sixième dessin d’Adam : « Le jeu de lois »



Annexe 7 – Matériel du jeu de lois d’Adam



Annexe 8 – Règles du jeu de lois d'Adam

JEU de LOIS

REGLEMENT

Généralités :

- 3 ou 4 joueurs ;
- une piste ;
- un dé ;
- un gobelet, pour jeter le dé sur la piste

- **un terrain de jeu** qui comprend :
 - un chemin extérieur qui commence par la première case jaune
 - un chemin intérieur qui commence par la première case violette
 - et qui rejoint le chemin extérieur à l'étoile bleue
 - un colimaçon à l'issue des chemins
 - sept zones de fond

But de la partie :

Le joueur arrivé le premier, au point rouge central , est le gagnant .

La partie s'arrête alors.

Départ :

On lance chacun le dé pour savoir qui commence et par quel chemin :
tous les joueurs se suivent dans l'ordre du tirage du dé du plus haut au plus petit ; en cas d'égalité , les joueurs concernés rejouent autant que nécessaire .(ils choisissent dans cet ordre leur pion).

Tirage pair : chemin extérieur ;

Tirage impair : chemin intérieur

Le cylindre jaune et rose, dessiné sur le terrain de jeu, figure le gobelet, au début les pions avancent d'ici .

Marche :

Chaque joueur prend son pion (de 4 couleurs différentes). Après avoir jeté à son tour le dé, il avance sur le terrain de jeu, du nombre de cases correspondant, au nombre affiché par le dé.

Jeu :

Si un pion arrive à la même case, qu'un pion précédent, ce dernier dérape : C'est à dire : le pion concerné rejoint la première case de la zone du fond Coloré , ou il dérape

Vert wagon (en bas ; à droite) : les épicéas
Bleu (à gauche) : le lac
Vert wagon(en haut ; à gauche) : la forêt
Marron (en haut , au milieu) : les avocats
Vert clair (à droite) : la prairie
Jaune ; le rire ;
Rouge : la corrida .

Le dérapage n'est pas autorisé, dans la partie du colimaçon sans contact avec le fond coloré.

Marche particulière :

Si on arrive sur une case verte (claire), excepté dans le colimaçon, on rejoue .

Si on arrive sur une case rouge excepté le point rouge final ; on peut avancer d'une case (facultatif !).

Il faut s'arrêter au point vert(rond); avant d'atteindre le point rouge.

A partir du point vert, on choisit le trajet en direction du point rouge.

Il faut faire le chiffre exact, pour arriver au point rouge.

Sinon on attend (on passe son tour).

Sur une idée de *Adam*

Eté