

Les mouvements d'ouverture dans la psychose.

Un hommage à la pensée de Piera Aulagnier

Nicolas Gougoulis

DANS **TOPIQUE** 2001/3 n^o 76 , PAGES 19 À 30

ÉDITIONS **ASSOCIATION INTERNATIONALE INTERACTIONS DE LA PSYCHANALYSE (A2IP)**

ISSN 0040-9375

ISBN 2913062601

DOI 10.3917/top.076.0019

Date de mise en ligne : 22/04/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-topique-2001-3-page-19?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Association Internationale Interactions de la Psychanalyse (A2IP).

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les mouvements d'ouverture dans la psychose. Un hommage à la pensée de Piera Aulagnier*

Nicolas Gougoulis

INTRODUCTION

Lorsqu'on écrit sur l'histoire de la psychanalyse on se sent obligé d'interroger le statut du « fait ». On s'aperçoit alors que toute information ne fait pas connaissance. En écrivant l'histoire des faits on trie, on choisit en vue d'articuler et donner un sens. C'est un travail d'interprétation, de construction a posteriori qui finit par s'appeler histoire. Aussi, j'étais étonné de constater des omissions dans les bibliographies officielles des auteurs importants. En ce qui concerne Piera Aulagnier, par exemple, dans son recueil d'articles de 1985 on ne retrouve pas une série de petits écrits et même pas trace d'une activité en milieu hospitalier qui pourtant fut importante dans le développement de sa pensée. L'article de 1980 est difficile à cerner en dehors de la connaissance d'une pratique qu'elle avait et que je m'efforcerai de rappeler en guise de témoignage du débutant en psychiatrie et en psychanalyse que j'étais en 1980. Ceci dans l'espoir non pas d'une information mais d'une meilleure compréhension d'une théorisation dont l'influence dépasse les limites des sociétés psychanalytiques.

QUELQUES JALONS HISTORIQUES

L'œuvre et le parcours de Piera Aulagnier n'ont pas besoin d'être présentés même s'ils demeurent insuffisamment connus en dehors du cadre d'influence de la psychanalyse francophone ou à la limite francophile. Le livre récent de Sophie de Mijolla-Mellor (1998) retrace ce parcours et nous donne un aperçu de quelque chose de fondamental de l'œuvre à savoir l'unité entre sa pratique clinique et sa théorisation.

Topique, 2001, 76, 19-30.

Les liens de Piera Aulagnier avec le monde hospitalier et notamment avec Sainte-Anne ne sont pas inconnus ; elle avait une activité régulière de consultante à Henri Rousselle dans le même service qui accueillait ses séminaires. Ce qui toutefois est moins connu est une de ses activités de consultante. En effet, à intervalle régulier, souvent au moment fort de la rédaction de ses livres elle pratiquait une consultation en public avec un patient, la plupart du temps un psychotique en décompensation au regard de son équilibre psychique habituel (Dalle, 1992). Cette pratique était nettement différente de la pratique d'enseignement qui est communément désignée « présentation de malades ». Tout médecin assiste pendant sa formation à cet enseignement qui dans le monde psychiatrique et psychanalytique a laissé des traces et des influences importantes.

Aulagnier elle-même avait assisté aux présentations de Jacques Lacan, celles qui ont marqué des générations d'analystes de toutes obédiences. Sa pratique, cependant, de même, que sa théorie étaient en rupture avec celles de Lacan. Il suffit de comparer attentivement l'article de 1964 et le livre de 1975 pour voire clairement le passage d'une pensée encore en continuité avec la théorisation de Lacan et une pensée qui, toute en en restant marquée par les interrogations avec lesquelles Lacan (1958) examinait l'œuvre freudienne, désormais s'en libérait, voire s'inscrivait en faux, quant à certaines affirmations pessimistes de l'élargissement du champ d'application de la pensée de Freud.

L'interaction de l'influence d'une interrogation induite par Lacan et de la rupture théorique avec la syllogistique lacanienne est au cœur de l'originalité de l'œuvre d'Aulagnier¹: une réinterrogation du modèle métapsychologique. Celle-ci, comme elle l'écrit dans l'avant-propos en 1975, doit aboutir à « trouver un accès à l'analyse de la relation qu'entretient le psychotique avec le discours, qui permette à l'expérience analytique une action plus proche de l'ambition de son projet » (p. 13). Tout un programme qu'elle n'était pas seule à soutenir. La lecture des huit numéros de la revue *«L'inconscient»* permet de voir les théorisations en ébauche d'une génération d'analystes qui tire le meilleur de la tension théorique et personnelle entre l'influence d'un « maître » et la nécessité de construire un cheminement personnel. Elle n'est pas la seule à l'avoir poursuivi non plus. La théorisation d'Aulagnier, qui prend comme point de départ les problèmes posés par le fonctionnement psychotique rencontre, entre autres, les travaux d'André Green, qui élabore à partir de l'expérience clinique des cas-limite et de Joyce MacDougall qui travaille sur les perversions et les cas à expression somatique. Et c'est ça aussi une autre particularité de son œuvre, à savoir provoquer un dialogue constant² par l'effet de l'interpellation des propositions théoriques qu'elle élaborait chez les analystes qui ressentaient la nécessité d'élargir le cadre théorique métapsychologique tout en

*. Communication à la VIIIème Rencontre de l'AIHP, Versailles, juillet 2000.

1. Cf. le commentaire d'André Green en 1992 sur la distance prise par Aulagnier de la notion de la forclusion du Nom-du-Père et ses conséquences sur la symbolisation.

2. Dialogue qui continue, comme le rappelle l'hommage d'André Green (1992) et la suite de ses travaux (1986, 1990, 2000).

restant ancrés sur le sol du premier projet freudien : expliquer le fonctionnement psychique dans toutes ses complexités.

Aussi, ce n’est pas par hasard qu’elle se soit démarquée de la pratique de la présentation clinique, si importante dans la transmission de la théorie lacanienne. En effet, celle-ci a une valeur surtout pédagogique, quelque soient les retombées indirectes sur les soins de malades présentés. Elle est une arme maîtresse de l’établissement du savoir et du pouvoir d’un maître. La présentation clinique consiste en une situation de mise en scène de soi-même, tant pour le patient que pour son interlocuteur. Issue de la tradition médicale et de l’enseignement de la clinique au lit du malade, elle a pris des dimensions quasi-théâtrales au XIX^e siècle avec la pratique de Charcot, à laquelle Freud avait assisté pendant son séjour de boursier à Paris. Celle-ci immortalisa l’aspect théâtral d’un duetto qu’il formait avec ses partenaires hystériques. L’article de Roger Dorey (1990), rendant compte de sa propre expérience de présentation clinique à l’hôpital Ste Anne corrobore cette notion de double mise en scène, en remarquant « qu’un certain nombre de [ses] formulations étaient davantage destinées à l’auditoire qu’au patient lui-même [...] il s’agissait [...] de faire parvenir une sorte de message à l’auditoire ». Les quelques entretiens publics de Lacan qui nous sont parvenus corroborent cette position (Lacan, 1996). À ce sujet le texte de Porge (1986) est éloquent aussi bien pour la pratique que pour la filiation de la pratique de Lacan. De même peut-on voir la distance prise par une pratique analogue que Donnet et Green (1973) ont consigné dans un remarquable ouvrage.

Piera Aulagnier a certes bénéficié de cette enseignement mais dès ses premiers écrits manifeste une autre attitude (1958a, 1958b, 1961, 1963). Participant à la réflexion liée au mouvement de la psychothérapie institutionnelle, notamment au colloque de Sèvres en 1958 (Ayme, 1995), elle se montre soucieuse de lier sa théorisation naissante avec une pratique dont l’écho viendra des années plus tard. Elle y examine les aspects particuliers du transfert du patient interné, notamment les aspects négatifs ou manipulateurs. Elle s’oppose à la participation des infirmiers à la psychothérapie, position extrémiste d’une certaine idéologie liée à ce mouvement et pratique au contraire une sensibilisation des infirmiers à son travail et à sa réflexion. Elle développe aussi l’idée que tous les patients internés ont en quelque sorte, d’une manière ou d’une autre, cherché l’internement, idée à laquelle je reviendrai plus loin.

À part une activité de psychanalyste s’intéressant particulièrement à la psychothérapie des psychotiques, position somme toute difficile mais en rien originale, elle développe une autre activité. De 1972 à 1975 puis en 1980, époque à laquelle j’ai assisté moi-même à cette activité, elle animait des entretiens cliniques en public avec des patients, cette activité faisant partie du travail quotidien d’un pavillon d’Henri Rousselle. Les visées de cet entretien étant d’abord la compréhension par l’équipe soignante du fonctionnement psychique du patient en décompensation en vue de la formulation d’un projet de soins. Il faut dire que la visée de ce service était psychanalytique.

Cette pratique introduit une rupture importante par rapport à la pratique de la présentation des malades qui somme toute reste ancrée dans la tradition des aliénistes

où le savoir « sur » la psychose y est maître. Aulagnier, elle, recherchait la rencontre avec le psychotique, le moment d'ouverture qui pourrait devenir l'amorce d'une relation. Elle décrit ses préoccupations dans son article de 1992 où elle retrace sa pensée. En paraphrasant le titre de celui-ci on pourrait dire qu'elle s'intéressait aux voies de sortie de la psychose, tout au moins de la psychose conçue comme rupture d'avec le monde relationnel.

C'est entre ces deux périodes que l'article méconnu –que je commente brièvement et duquel est issue une réflexion et une pratique– fut d'abord prononcé en tant que conférence au séminaire de Lantéri-Laura puis publié en hommage à Georges Daumézon médecin-chef d'Henri Rousselle. Elle y souligne l'importance des premiers entretiens d'un analyste avec les patients et met en évidence la particularité de la rencontre avec le patient psychotique qui n'est pas demandeur, en apparence, de cette rencontre. Je rappellerai ici la remarque de 1958, que si le psychotique en décompensation n'a pas cherché la rencontre avec un analyste il n'en demeure pas moins qu'il cherchait quelque chose, souvent à son insu et la plupart du temps sans être maître du mouvement psychique et des ses expressions comportementales.

La tâche de l'analyste lors de la rencontre avec le psychotique en décompensation est de créer avec le sujet les conditions qui rendront l'interprétation possible. En rappelant ce qu'elle entend par fonctionnement psychotique elle souligne le non partage du registre causal. Par conséquent pour arriver au but recherché à savoir, construire l'espace thérapeutique, créer un mouvement d'ouverture, il est important de ne pas répéter le mouvement qui a précipité le sujet dans la psychose ouverte ou encore les mouvements constitutifs des défenses qui jusqu'alors constituaient l'équilibre fragile qu'elle qualifiait de pensée délirante primaire. En revanche il fallait que le sujet souffrant rencontre une voix, une pensée qui est là non pas « pour » lui mais « avec » lui, il fallait s'allier au « je » pensant du psychotique. Aussi, pour une fois la parole de l'analyste devient « acte de parole »³.

Cette réflexion théorique de Piera Aulagnier a rencontré les préoccupations d'une équipe soignante qui elle aussi cherchait sa voie (Dalle, 1992). Le fonctionnement d'une équipe n'est jamais chose naturelle. Il n'est pas non plus un produit décisionnel. Il est le fruit du besoin de survie d'un groupe de soignants condamnés à s'entendre sous peine de se figer. C'est des difficultés du contact quotidien avec des patients difficiles, le plus souvent psychotiques, que s'est progressivement développé dans ce groupe en souffrance face à l'inertie et à l'éternel retour de la psychose le besoin d'une écoute différente et plus précisément d'un moment d'écoute distinct des entretiens individuels ou des réunions soignants/soignés. Ainsi s'est créée petit à petit la réunion clinique du mardi. Et c'est dans cette recherche d'une équipe vivant l'ambiance de la psychothérapie institutionnelle qu'est venue s'insérer la démarche théorique et pratique de Piera Aulagnier.

3. Cette expression rappelle une conclusion analogue et une expression voisine de P.C. Racamier « l'action parlante ». Il est regrettable de dire que ces deux penseurs n'ont pas croisé leurs expériences malgré l'insistance de la jeune génération des analystes qui travaillaient au-delà de la fermeté institutionnelle.

Cette réunion conçue sans a priori particulier avait comme objectif explicite de permettre à l’institution de recevoir en entretien un patient en difficulté. Il pouvait s’agir aussi bien d’une admission, que d’un moment évolutif de la pathologie méritant une attention particulière, différenciée de la clinique quotidienne du service. Organisée au départ comme simple terrain d’échange entre le patient et les soignants, cette réunion s’est élargie à la participation régulière de psychanalystes proches du service dont la recherche coïncidait avec la réflexion clinique des médecins hospitaliers. Rapidement on s’est aperçu que cette réunion prenait une dimension analogue aux entretiens préliminaires de cures psychanalytiques. La réunion fonctionnait comme un espace de reconnaissance qui permettait au patient de retrouver ses repères psychiques. La présence d’un assez grand nombre de personnes (une vingtaine) avait un effet bénéfique que nous n’avons pu expliquer que longtemps après⁴.

Chacun connaît l’importance d’un premier entretien pour la mise en place du cadre d’une thérapie. Souvent on a l’impression que l’inconscient se donne d’une manière particulièrement ouverte à l’interlocuteur ce qui contraste avec la pauvreté apparente des entretiens ultérieurs du fait de phénomènes répétitifs.

LES ENTRETIENS D’ACCUEIL

Le passage de Piera Aulagnier avait marqué l’esprit et la pratique de ce service qui essayait de tracer un cheminement théorique et pratique avec les patients psychotiques. Aussi, les réunions ont continué après son passage dans un esprit inspiré par sa pratique mais aussi dans le climat de l’époque qui dans le monde analytique prenait la dimension d’une recherche inter-groupe⁵. Je vais tenter de présenter quelques fruits de cette rencontre⁶.

Nous sommes venus à considérer ces moments privilégiés comme des moments d’ouverture expression que nous avons emprunté à Aulagnier (1980). Nous avons essayé d’exploiter ces moments et de les transformer en mouvements d’ouverture, autrement dit le début de ce qui allait devenir le transfert du patient.

Examinons maintenant le dispositif tel qu’il avait fonctionné. L’entretien du mardi avait lieu chaque semaine de 11 heures à 12 h30. La première moitié était consacrée à l’accueil des patients et la deuxième à la discussion clinique et théorique.

4. Certains auteurs ont souligné l’intérêt de la présence du tiers. Kestemberg, par exemple, dans la théorisation métapsychologique de son travail de consultation au centre de psychothérapie du 13ème arrondissement écrit que (1981 p. 6) :

«... plus l’organisation des patients est d’ordre psychotique, plus la présence des tiers est « indifférente », voire utile ; plus au contraire le fonctionnement mental des intéressés est proche de la névrose, plus le dialogue singulier leur est nécessaire. »

5. Il suffit de se rappeler les réunions d’Études Freudiennes, de Confrontation et du Collège des psychanalystes au début des années 1980.

6. Une première écriture de cette expérience a donné lieu à un mémoire de psychiatrie (Gougoulis, 1989) puis à des travaux qui en sont influencés (Gougoulis, 1997).

Les patientes rencontrées, à l'occasion de cette étude, étaient hospitalisées au pavillon Ferrus de l'hôpital Henri Rousselle.

Le déroulement de cette réunion faisait partie intégrante du fonctionnement du service. Par conséquent il n'y avait pas de choix particulier des patientes pour l'inclusion. Toute patiente était accueillie à son entrée et si nécessaire à des moments difficiles de la prise en charge. Le mot accueil prend donc un sens plus large.

L'objectif des entretiens était multiple : a) une fonction diagnostique au sens psychiatrique et au sens de l'évaluation du potentiel thérapeutique ; b) l'établissement d'une stratégie thérapeutique propre à chaque cas.

L'espace de reconnaissance du groupe soignant avec son effet contenant fonctionnait comme une délimitation temporospatiale nouvelle d'un état psychique archaïque où la communication est dominée par le phénomène de l'identification projective. Cet espace a été décrit par les psychanalystes américains comme relation symbiotique, relation d'interdépendance. Il s'agit de cet espace indéfinissable du premier contact mère-enfant ou les psychismes en contact ne sont pas tout à fait séparés (cf. les développements d'Aulagnier sur le pictogramme).

À l'issue de cette rencontre en groupe nous essayions d'établir le rapport de la demande implicite avec la possibilité du patient d'advenir à une demande de thérapie et la possibilité du sujet d'effectuer ce type de travail. Dans nombre de cas nous avons en effet assisté à une fermeture de la blessure narcissique sans qu'une demande manifeste n'émerge. Il était évident qu'il fallait respecter cette économie psychopathologique, l'engagement dans une entreprise psychothérapeutique étant une décision d'ordre éthique. Nous avons essayé de déterminer avec ces éléments les stratégies thérapeutiques propres à chaque cas. Les stratégies thérapeutiques choisies comportaient une large gamme, à cause de la tradition du service : pharmacothérapie, traitement individuel, psychodrame, thérapie institutionnelle, thérapie familiale.

LES MOUVEMENTS D'OUVERTURE

Freud a eu recours à la métaphore échiquienne lorsqu'il donnait ses conseils aux jeunes analystes pour la mise en place du cadre analytique. Il soulignait que seuls les premiers mouvements d'ouverture et ceux de la fin de partie étaient codifiables. Tout en nuanciant l'aspect de symétrie de cette image, elle paraît riche en matière de traitement des névroses. En effet les deux partenaires s'installant autour de l'échiquier connaissent les règles et s'engagent à les respecter, autrement dit ils s'engagent à jouer le même jeu ; les mouvements d'ouverture indiquent le début de la partie.

En matière de psychose cette métaphore n'est pas utilisable pour plusieurs raisons dont la plus importante est qu'analyste et patient ne partagent pas la même expérience psychique. Cependant l'analyste grâce à ses repères théoriques et à sa sensibilisation à la psychopathologie peut éprouver une familiarité avec un fonctionnement psychique qui n'est pas le sien.

Dans le discours du psychotique on retrouve du matériel archaïque non intégré, mais néanmoins incrusté dans le matériel secondarisé. Il est difficile de reconnaître le contexte historique et psychique de cette construction, qui est souvent parsemé de matériel « muet » (totalement incompréhensible). L’analyste essaie de faire une hypothèse sur la façon et la raison de cette construction afin de pouvoir intervenir et créer un lien avec le patient. Le retour proposé ne se fait pas d’emblée sous forme d’interprétation. Au contraire l’analyste utilise une technique plus « attentiste ». Il s’agit d’un dialogue sous forme de constatation, confrontation, répétition qui tend à privilégier le développement de l’insight et l’intériorisation de la relation transférentielle, qui laisse ouverte la possibilité de compréhension dans l’après-coup des phénomènes psychotiques.

Le but de ce type d’écoute est la construction de l’espace où la thérapie se développera. La position de l’analyste est celle d’une écoute d’une *autre scène* dominée par la pulsion de mort, ce qui oriente l’écoute à une constatation des forces pulsionnelles en jeu, des lieux de silence, des moyens de défense utilisés, de la qualité de la perception de la réalité. Il faut savoir que nous sommes en face d’un terrain fragile à cause de constructions anciennes en ruine. En effet, la première bataille d’Éros et de Thanatos n’avait pas donné les forces de vie en vainqueur.

Je rappelle ici que la rencontre du patient psychotique avec le psychiatre n’est pas fortuite, comme le soulignait Aulagnier. Ce moment dramatique de la vie de nos patients, fruit du débordement de ses défenses habituelles aboutit à des troubles graves du comportement : tentatives de suicide, errements, voyages pathologiques, destructions d’habitat etc. ; autant de façons de mettre en évidence le chaos psychique, de mobiliser l’entourage jusqu’à l’hospitalisation ou provoquer des prises de conscience douloureuses d’équipes soignantes dépassées.

UNE TENTATIVE DE THÉORISATION DES MOUVEMENTS D’OUVERTURE

À cette expression bruyante, mais somme toute peu loquace, du trouble psychique nous avons proposé l’accueil en groupe et une écoute analytique dans l’espoir d’établir un contact et de construire avec chaque patient un espace thérapeutique. Il est certain que le patient n’est pas toujours sujet d’une demande et encore moins maître de son trouble. Cependant l’expérience clinique montre que dans les formes les plus paradoxales il y a toujours au moment de la décompensation une recherche, une quête de rencontre avec quelque chose ou quelqu’un qui pourrait donner sens au désordre intérieur. On peut considérer que dans ce moment se répète le double mouvement, connu de l’étude du phénomène de l’identification projective : d’une part expulser par voie projective les sentiments dangereux et d’autre part essayer de sauvegarder le psychisme en tentant désespérément une communication souvent incompréhensible à cause de l’ampleur du mouvement régressif.

Face à cela l’accueil du groupe visait la création d’un espace de reconnaissance. L’accueil de l’entretien de mardi est censé préparer la transformation d’un groupe

en équipe soignante du sujet. Si dans cet espace de reconnaissance le contact s'établissait, ce qui n'était pas toujours le cas, nous essayions d'évaluer le potentiel thérapeutique, sorte de diagnostic des capacités psychiques d'effectuer un travail thérapeutique avec les thérapeutes du service. Les premiers liens du sujet en souffrance avec l'équipe devaient servir à une évaluation du trouble, qui avait provoqué l'hospitalisation et à une proposition de traitement propre à chaque configuration psychopathologique.

Il s'agit d'une évaluation diagnostique qui essaie de préciser la dynamique et l'économie du problème. Bien préciser le diagnostic est un acte indispensable car les prises en charge analytiques des patients névrosés et psychotiques sont bien différentes. En effet toutes deux font appel à l'écoute, mais ni la manière d'écouter, ni la manière d'intervenir ne sont semblables. Aussi, le diagnostic de psychose n'a pas valeur de verdict d'incurabilité mais indique un type de relation au monde, un type particulier de possibilité de produire du transfert.

Pour le névrosé les choses sont relativement plus claires. Son symptôme tout en marquant le retour du refoulé, conduit à une gêne psychique, somatique ou encore sociale (par exemple les conduites phobiques) qui façonne une demande d'aide aboutissant dans la plupart des cas chez le médecin, généraliste ou spécialiste.

La symptomatologie psychotique, expression d'une détresse psychique beaucoup plus régressive déloge le sujet de sa place habituel de « maître » de son psychisme conscient, d'où une incapacité de formuler une demande explicite. Aux moments aigus d'une décompensation psychotique une demande, sur le plan manifeste tout au moins, est dans la plupart des cas absente. En effet la demande de cure psychothérapique d'un patient psychotique sans travail préalable est chose rare ; il arrive même que des analystes chevronnés affirment qu'ils n'en ont pas rencontré. La situation est en tout état de cause différente de celle décrite par Freud (1920, p. 248) :

«... quelqu'un par ailleurs maître de soi souffre d'un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu'il finit par venir chez le psychanalyste à qui il se plaint de la chose et demande son aide.»

Ce type de demande trouve son origine dans la tradition de la demande médicale. Elle s'en différencie en ceci que le patient demandeur d'une analyse est familier du fait que le praticien travaille avec une théorie particulière, même s'il ignore en quoi consiste cette théorie. L'analyste propose son écoute et un cadre dans lequel l'analyse pourra se dérouler. La mise en place du cadre est essentielle quelle que soit la pathologie en face. Dans le cas des névrosés les entretiens préliminaires jouent ce rôle, même si nous savons pertinemment que le cadre est toujours mis à l'épreuve par les aléas de la cure. Le cadre fait l'objet des études psychanalytiques modernes du fait de l'élargissement du spectre des indications d'analyse. Car, si pour le névrosé il est relativement simple à mettre en place et à maintenir, avec le psychotique l'on peut dire que la partie la moins évidente du travail thérapeutique consiste justement à mettre en place l'espace de la thérapie. Il s'agit là de définir un ensemble de règles souples dont l'analyste essaie de garder la maîtrise.

En partant du rappel freudien de la demande, dans le cas de patients psychotiques nous nous trouvons en face de personnes présentant des conflits internes mais non maîtres d'eux-mêmes. Le problème devient par conséquent de reconnaître les composantes d'une situation complexe et d'essayer d'en dégager ce qui pourra devenir la question centrale du patient. Avec une telle question à la place du désordre psychique le patient pourra se sentir sujet de sa souffrance et demander ou non à quelqu'un de l'aider.

Les patients examinés présentaient des troubles amenant fréquemment à des demandes latérales : famille, environnement social, ou encore la loi. Le patient se trouve dans une situation qu'il n'a pas délibérément créée. Nous avons choisi de considérer ce comportement bizarre comme un appel que je propose de qualifier d'« appel impersonnel ». Selon le « Robert » on trouve à la définition d'impersonnel :

«1) qui exprime une action sans sujet réel ;

2) qui ne constitue pas une personne ; qui ne s'adresse pas à une personne en particulier ». Ces deux définitions décrivent la situation psychique de la crise du psychotique : une manifestation bruyante qui ne s'exprime pas en son nom et qui ne s'adresse pas à quelqu'un de précis.

Devant cette situation il importe d'emblée de prendre en considération toutes les composantes de cette demande surtout lorsqu'elle comporte une demande émanant de la famille. Cette démarche consiste à accueillir cet appel comme paradoxe (au sens de Racamier (1980), qui définit la paradoxalité du psychotique comme fonction ambivalente ; et non au sens des théories systémiques). Le psychotique, reconnu dans sa paradoxalité, investit une relation, qui peut évoluer en espace thérapeutique. Nous distinguons entre transfert du névrosé et transfert du psychotique.

Compte tenu de la fragilité de cette relation et de certaines «incapacités transférentielles : à savoir des zones de la pensée du psychotique, que Segal et Searles ont qualifié de concrète, du fait de l'absence de deuxième degré et de capacité de symbolisation. Il ne s'agit pas de décrypter d'emblée. Par contre l'analyste s'efforce de poser des questions orientées qui visent une intégration de la part du patient, qui en fera la base de son interrogation ultérieure. Cette attitude comporte des messages implicites, souvent infra-verbales visant le rétablissement de la communication rompue avec la réalité psychique et la réalité extérieure.

Les liens tissés autour de la traduction de l'appel impersonnel permettent de reconnaître son contenu que nous définirons comme demande implicite. Il s'agit d'une interrogation qui jusqu'alors n'arrivait pas à se formuler et qui répétait par l'agir les traumatismes constitutifs du psychisme du psychotique. La demande implicite est d'abord une demande d'acceptation de la communication offerte à un niveau régressif ; ensuite c'est une demande de compréhension et finalement une demande de sa preuve par l'acte thérapeutique. C'est à partir de ces données que l'espace thérapeutique pourra se construire. Cet espace reste toujours soumis aux aléas de la fragilité psychotique et souvent demande confirmation ou encore demande un recentrage d'une prise en charge qui dérive dans la répétition induite par la psychose du patient ; répétition conduisant parfois à des échecs.

Malgré les apparences on peut soutenir l'hypothèse que c'est le psychotique qui est à l'origine de la rencontre et il nous appartient de lui donner la possibilité d'y reconnaître une utilité. C'est le décryptage progressif de ses paradoxes qui permettra au psychotique de donner un sens à ses problèmes revenant à un type de fonctionnement moins projectif, moins clivant, moins mortifère. Une telle démarche vise en effet à créer des liens à la place du travail de déliaison de la pulsion de mort qui s'exprime ouvertement à l'occasion de ce type de phénomènes.

Dans la mesure où l'inconscient des patients se donnaient de cette façon nous sommes tentés d'appeler ces moments, moments d'ouverture. L'effort de l'animateur des entretiens était de les transformer, au moyen d'interventions appropriées, en un contact qui dans l'après-coup peut-être qualifié de mouvement d'ouverture.

EN GUISE DE CONCLUSION

Cet article qui s'inscrit dans l'esprit de la VIII^e rencontre de l'AIHP, rendant compte de la pratique psychanalytique essaie de marquer d'un côté un moment dans l'évolution d'une théorisation des plus fécondes de la pensée psychanalytique, celle de Piera Aulagnier, et de l'autre côté de donner le point de départ d'une recherche pratique et théorique qui en fut largement inspirée. Il ne fut pas envisagé d'avoir une trace écrite du travail en publique qu'elle faisait mais somme toute ceci est conforme à la discrétion qui la caractérisait.

Nicolas GOUGOULIS
31 Rue Jean Dolent
75014 Paris

BIBLIOGRAPHIE

- AULAGNIER P. (1958a) Le comportement transférentiel chez le sujet interné. *L'Information psychiatrique*, 34 (5), 371-376.
- AULAGNIER P. (1958b) Remarques sur la participation des infirmiers à la psychothérapie. *L'Information psychiatrique*, 34 (10), 823-826.
- AULAGNIER P. (1961) Remarques à propos de la structure maniaco-dépressive. G. Daumézon (Éd.) *Recherches sur les maladies mentales* Vol. I, Paris, Imprimerie Municipale, 93-115.
- AULAGNIER P. (1963) Quelques remarques sur la réalité, le fantasme et l'acting-out chez le psychotique. G. Daumézon (Éd.) *Recherches sur les maladies mentales* Vol. II, Paris, Imprimerie Municipale, 189-200.
- AULAGNIER P. (1964) Remarques sur la structure psychotique. *La psychanalyse*, 8, 47-67. Reproduit in Aulagnier (1986) p. 267-286.

- AULAGNIER P. (1980) Les « mouvements d'ouverture » dans l'analyse des psychoses. G. Lanteri-Laura (Éd.) *Regard, accueil et présence. Mélanges en l'honneur de Georges Daumézon*. Toulouse, Privat, 125-133.
- AULAGNIER P. (1986) *Un interprète en quête de sens*. Paris, Ramsay.
- AULAGNIER P. (1992) Voies d'entrée dans la psychose. *Topique*, 48, 7-29.
- AYME J. (1995) *Chroniques de la psychiatrie publique*. Ramonville, Érès.
- CASTORIADIS-AULAGNIER P. (1975) *La violence de l'interprétation*. Paris, P.U.F.
- DALLE B. (1992) *Traverser Sainte-Anne*. Paris, P.U.F.
- DONNET J.-L., GREEN A. (1973) *L'Enfant de Ça*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- DOREY R. (1990) Pour la présentation clinique. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 137-150.
- FREUD S. (1920) Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine. S. Freud *Névrose, psychose et perversion*. Paris, P.U.F, 1973, 245-271.
- GOROG F. (2001) Les présentations cliniques de Jacques Lacan. *L'Évolution Psychiatrique*, 66 (2), 287-297.
- GOUGOULIS N. (1989) *La création de l'espace thérapeutique. De l'importance des entretiens d'accueil dans le traitement de patients psychotiques hospitalisés*. Mémoire de C.E.S. de psychiatrie. Paris.
- GOUGOULIS N. (1997) Quelques tournants dans la cure d'un schizophrène. *Bulletin de la SPP*, 45, 123-131.
- GREEN A. (1986) Réponses à des questions inconcevables. *Topique*, 37, 11-30.
- GREEN A. (1990) *La folie privée*. Paris, Gallimard.
- GREEN A. (1992) L'originaire et la pensée des origines. *Topique*, 48, 49-61
- GREEN A. (2000) La position phobique centrale. Avec un modèle d'association libre. *Revue Française de psychanalyse*, LXIV (4), 743-771.
- KESTEMBERG E. (1981) Le personnage tiers : sa nature - sa fonction. *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 3, 1-57.
- LACAN J. (1958) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. J. Lacan *Écrits*, Paris, Seuil, 531-585.
- LACAN J. (1996) Entretien avec Michel H. M. Czermak et H. Frignet (Eds.) *Sur l'identité sexuelle*. Paris, Le Discours Psychanalytique, 311-353.
- de MIJOLLA-MELLOR S. (1998) *Penser la psychose. Une lecture de l'œuvre de Piera Aulagnier*. Paris, Dunod.
- PORGE E. (1986) La présentation de malades : Charcot, Freud, Lacan, aujourd'hui. A. Jarry et J.M. Louka (Eds.) *Un siècle de recherches freudiennes en France*. Paris, Eres, 87-98.
- RACAMIER P.C. (1980) *Les Schizophrènes*. Paris, Payot.
- RACAMIER P.C. (1990) En psychanalyse et sans séances. *Revue Française de Psychanalyse* 54 (5): 1165-1183.

Nicolas Gougoulis – *Les mouvements d'ouverture dans la psychose. Un hommage à la pensée de Piera Aulagnier*

Résumé: Piera Aulagnier a laissé derrière elle une des œuvres théoriques les plus complètes et des plus complexes. Sa pensée originale comporte une difficulté de compréhension qui tient au niveau exceptionnel de son abstraction conceptuelle. Cependant sa pratique, et

notamment celle en milieu hospitalier, a servi à plus d'entre nous psychanalystes comme terrain d'initiation au travail clinique avec les patients psychotiques.

Dans ce travail nous nous efforçons à démontrer les aspects cliniques des premiers entretiens en milieu hospitalier qui permettent d'envisager la possibilité d'un traitement psychothérapeutique pour les patients psychotiques. Cette expérience menée en milieu psychiatrique était parallèle à l'écriture des ouvrages de P. Aulagnier et des articles moins connus, tel celui écrit en hommage à Georges Daumézon, qui est omis de la bibliographie officielle.

Mots-clés: Présentation clinique – Psychose – Psychothérapie – Analysabilité – Piera Aulagnier.

Nicolas Gougoulis – *Opening movements in psychosis. A tribute to the theory of Piera Aulagnier.*

Summary: Piera Aulagnier has left behind her an extremely full and complex set of theoretical works. Her highly original thought processes often make her difficult to understand, so exceptional is her capacity for abstract conception. However her practical undertakings, and especially those in hospital, have served many of us in our work as psychoanalysts as a real framework for clinic with psychotic patients.

In this paper, my aim is to shed light on the clinical aspects of first sessions with psychotic patients in hospital and on the ways psychotherapy may be envisaged for them from there. Aulagnier's clinical experience was carried out in parallel with much of her theoretical production, such as the article in homage to Georges Daumézon, a paper that is omitted from her official bibliography.

Key-words: Clinical presentation – Psychosis – Psychotherapy – Analyzability – Piera Aulagnier.