

Mourad MERDACI*

Folie circulaire

Anthropologie de la souffrance psychique

Cette réflexion propose un cadre de compréhension des significations qui se rattachent à la réactivation des troubles psychiques pendant ou après une période thérapeutique. L'incidence de la rechute dans la maladie désigne un procédé circulaire où le sujet entretient une forme de communication régressée à sa propre image et aux attentes de son environnement psychosocial. Il s'y développe, alors, un contexte psychopathologique, de la circularité des troubles, organisé autour d'élaborations complexes du processus de changement. Cette occurrence marque les limites des fonctions institutionnelles et du rapport aux soins où la maladie mute et se prolonge de nouvelles significations pour le malade et pour son entourage. La fonction itérative du trouble, véhiculée par une symptomatologie diverse, est appuyée par des tentatives de sorties du corps, de combinaisons et de divisions internes apportées par le sujet, qui ne modifient pas le fonctionnement pathologique mais le rapport du malade à sa souffrance et à son environnement.

* Psychologue clinicien, psychopathologue, Maître de conférences HDR en psychologie clinique, Université Mentouri Constantine, consultant pour l'enfance et la famille.

Dans le contexte psychosocial algérien, la maladie, dans ses divers registres, s'inscrit dans un dispositif d'accompagnement communautaire. Le groupe social ou familial participe des progrès thérapeutiques et des nombreuses inférences institutionnelles.

Cette étude s'y attache à travers la compréhension des *rechutes* et la lecture anthropologique de la réactivation des symptômes comme une respatialisation du fait pathologique initial. La réactualisation des troubles corporels et psychiques interroge l'ensemble des conduites où la maladie est chargée d'une fonction opératoire et substitutive de communications manquées et de productions conflictuelles du champ communautaire.

La rémanence des troubles psychiques et mentaux se justifie d'un contexte nosologique, d'une évolution clinique et thérapeutique mais également d'une explication psychopathologique qui associe le champ social et l'ensemble des références défensives et symboliques. Le symptôme est considéré comme un compromis entre une réalité interne et une réalité externe car il permet au sujet de désactiver des situations contraignantes ou indécidables. Cette régression crée un état de dépendance dans lequel le porteur du symptôme est investi intensément par le groupe social et familial dans un mouvement réparateur illusoire et éphémère¹. Dans cette forme de socialisation de la maladie, interviennent des conflits qui recréent les conditions pathogènes d'un enfouissement profond de l'individu. Socialisation heurtée, la maladie produit un regroupement des mouvements de vie qui fixent l'inscription dans un champ complexe de l'altérité constitutive de réseaux identificatoires.

Fondamentalement, la rupture thérapeutique traduit l'arrêt des identifications et des transactions entre le malade et son

¹ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1985.

environnement social et familial. Cette occurrence s'observe dans les attitudes de rejet ou de réduction des fonctions sociales du malade. La rupture thérapeutique marque alors la désunion du sujet d'avec ses attaches habituelles et son positionnement dans une représentation où se trouvent immobilisées les angoisses de l'ensemble social. Dans ce mouvement, les structures sociales s'inscrivent dans une prescription paradoxale, qui s'unissent un temps pour guérir le sujet, et réalisent un autre temps l'effort pour le rendre fou². Le sujet malade est alors destinataire de systèmes de délibérations familiales et institutionnelles où les procédés thérapeutiques et de cooptation sociale redistribuent les termes de la réalité, les territoires identitaires et les règles de l'appartenance. Cet aménagement situe notamment le champ de l'angoisse collective et l'effondrement des collusions structurantes affective, filiale et sociale, marqué par l'altération des règles relationnelles et des suppléances thérapeutiques.

La maladie : un paradigme social et psychologique

Les significations à rechercher dans la maladie du corps et du psychisme recourent le mode d'organisation de l'unité structurale corps/psyché dans les représentations collectives et dans les solidarités émotionnelles élaborées³.

Les usages culturels de la maladie peuvent être référés à un ensemble de règles fondatrices ou protectrices déterminées par les systèmes d'interprétation des troubles, ou de la "symptomatologie" reconnue et organisée. Ainsi, des faits

² Harold Searles, L'effort pour rendre l'autre fou. Un élément dans l'étiologie et la psychothérapie de la schizophrénie, *La Psyché, Nouvelle revue de psychanalyse*, 12, 1975 : 23-47.

³Le Breton D., *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris, A. Colin, 1998.

magiques peuvent être la cause de la maladie ou une explication sociale de celle-ci⁴.

Les différents concepts de la maladie comme expression de l'influence extérieure fixent l'origine des troubles (naturelle, maléfique, biologique) leur matérialité qui suppose un travail complexe de reconnaissance, un savoir spécifique capable de transcrire des messages idéels, ceux de la souffrance réelle ou supposée, en trame spatiale et sémiotique du corps, de l'esprit et de la chair. Dans le contexte traditionnel, la maladie s'organise dans le passage de l'émotionnel, construit par un partage de l'affectivité et de la filiation spirituelle et symbolique, vers l'empirique consacré par la maîtrise des outils et des procédures matérielles de qualification des troubles et de travail thérapeutique.

Le biologique devient une métaphore de la réalité sociopolitique et le corps, le symbole dont use une société pour parler de ses fantasmes⁵. Dans la clinique, être vu et être parlé communiquent d'emblée dans la vérité manifeste de la maladie donc c'est là précisément tout *l'être*. Il n'y a de maladie que dans l'élément du visible et par conséquent de l'énonçable⁶.

La dimension sociale est déterminante : le dysfonctionnement, comme la maladie, est une sanction sociale et/ou divine de l'individu. Le malade est le plus souvent le lieu d'expression d'une force extérieure, il utilise de ce fait des attitudes paranoïdes et très rarement autopunitives. L'un des facteurs explicatifs est la situation conflictuelle sociale qui trouve son mode d'expression à

⁴ Augé M; Herzlich C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Les Archives contemporaines, 1983.

⁵ Descamps M.A., *L'invention du corps*, Paris, PUF, 1986.

⁶ Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1983.

travers un récepteur qui, sur un mode transférentiel, devient porteur de la culpabilité groupale⁷.

Dans sa dimension psychologique, la maladie représente souvent une situation de souffrance, de désorganisation, d'atteinte corporelle et d'entrave à la vie et à l'exercice des fonctions communautaires⁸. Elle est vécue comme une altération, un manque et un état de dépendance physique et morale. Par ailleurs, la maladie engage la gestion de la douleur et de ses *remaniements subjectifs et émotionnels* par le malade et par son entourage.

Thérapeutique traditionnelle

Les guérisseurs et thérapeutes traditionnels élaborent un réseau sémiotique (relatif au sens) et symbolique (relatif à la signification) qui caractérisent la maladie et la douleur. Ces codes de lectures des différentes plaintes du corps et de l'esprit permettent de localiser et de nommer des signaux d'appel en les articulant à une procédure thérapeutique. Le sacré représente une dimension importante des objets mentaux, psychiques et spirituels des sociétés communautaires. De même, il figure une passerelle vers les segments thérapeutiques à travers les leviers identificatoires de la suggestion, de l'interaction émotionnelle et du transfert.

Dans l'infini écheveau des croyances et des mythes spécifiques du groupe s'élabore la fonction réceptive de l'inconscient qui s'appuie sur la délégation tutélaire et affective des guérisseurs et des personnages charismatiques⁹. Souvent, la thérapie fondée par et dans le

⁷Reveyrand O., Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés moderne et traditionnelle, *Synthèse du Colloque national d'anthropologie médicale*, Paris, CNRS, 1984.

⁸ Jeamment Ph.; Reynaud M; Consoli S., *Psychologie médicale*, Paris, Masson, 1980.

⁹ Merdaci M., Mythes et aliénation structurante. Eléments pour une anthropologie de l'identité, *Sciences humaines*, 18, 2002 : 69-73.

groupe à une connotation cathartique et libère le flux de tensions où s'inscrivent les conflits exprimés par la maladie. Aussi, autant que la maladie qui reflète les problématiques du groupe, la thérapie traditionnelle, associative, possède une fonction cohésive pour les différents acteurs.

L'appréciation clinique fonde le trouble et la maladie dans un mouvement historique, celui du développement individuel notamment, pour comprendre les progrès, les arrêts et les distorsions qui affectent l'équilibre de la personne. Dans l'approche traditionnelle, la maladie révèle le groupe, ses désirs et ses conflits manifestes ou latents. L'acte thérapeutique s'inscrit alors dans la continuité qui réunit l'individu à sa référence sociale et familiale et aux références occultes développées par le mouvement historique du groupe. La souffrance et la maladie sont considérées comme naturelles ou surnaturelles et attribuées à des origines diverses qui interrogent les membres de la société sur sa piété, son dévouement, sa fidélité ou sa soumission¹⁰. Beaucoup de thérapies traditionnelles, développées contre l'agression par les mauvais esprits, le mauvais œil ou le sortilège, se sont retrouvées au courant des siècles rattachées à l'Islam. Ainsi des savants et des connaisseurs du Coran [*Fqih*] se sont retrouvés investis de capacité thérapeutique en exorcisant la maladie par le Coran¹¹ ou en prescrivant des amulettes et des médications magiques ou vaporeuses à base d'encens, de fumigations et de plantes diverses. Il faut souligner dans ce cas la similitude qui existe dans les thérapies traditionnelles étayées par la parole et les thérapies modernes issues de la capacité de verbaliser les vécus et les souffrances. Les effets thérapeutiques sont souvent dus au

¹⁰ S'habou A., La médecine traditionnelle au cœur d'un système symbolique, dans C et Y Lacoste (dir.), *L'Etat du Maghreb*, Paris, La Découverte, 1991.

¹¹ J. Guilhot (dir.), *Cultures et psychothérapies*, Paris, ESF, 1981.

travail d'immersion produit par les paroles sacrées ou cathartiques et par la réceptivité psychique de la personne malade et de son groupe d'appartenance. C'est dans la dimension d'une écoute partagée et de la confiance entendue que le thérapeute réussit à transcrire l'attente du sujet et sa disposition à changer et guérir.

Contextes psychopathologiques

Dans le retour de la pathologie, il s'agit de réactivation des symptômes et de résurgence de conduites spécifiques ou troublées qui réalisent un *processus circulaire* de formation endogène et exogène. Cette occurrence résulte d'une rupture de correspondance avec la réalité induite par le rapport ambivalent de sollicitude et de rejet du porteur des stigmates de la maladie mentale. Au terme d'une intercession thérapeutique, le sujet est réintroduit dans un cycle de relation où prédomine un schéma de non-réciprocité qui disqualifie sa souffrance et lui impose des règles à satisfaire. Dans cette perspective il devient l'objet d'interventions complexes qui tendent à produire dans la guérison une légitimation psychosociale. Cette finalité est souvent entravée et l'entreprise thérapeutique assimilée à l'attitude ambivalente du champ social. La pathologie traduit alors les contenus de la réalité où réside un rapport d'implication qui détermine de nouvelles fonctions communautaires réalisées en termes de survie et de constance objective et symbolique. Cette saisie signe l'organisation et l'économie du champ relationnel et caractérise les interactions dans le sens d'une pratique défensive. Il s'agit d'une captation du sujet par la situation et son immersion dans un espace où se confondent les limites du passé et du présent : passé du trouble et des circonstances qui l'ont originé ; présent des référents de l'angoisse et de l'impression de morcellement qui mobilisent

dans la fracture dépressive un contre investissement du réel et des fantasmes régulateurs¹².

La maladie, particulièrement mentale, figure une entrave à la continuité narcissique et identificatoire du groupe social et de la structure familiale. Elle dérègle leurs transactions et leur système de cohésion. La maladie est également le vecteur qui provoque la convergence sur l'individu de la problématique du groupe. La rupture de correspondance sociale est référée à un travail d'exclusion du champ d'appartenance qui confronte le sujet à de nouvelles élaborations vis à vis du groupe social et ouvre de nouvelles préoccupations liées à son unité psychosomatique et psychodynamique. De même, la distanciation du sujet malade est génératrice de distorsion de l'évolution thérapeutique et de l'activité symbolique qui unifie l'homme à sa communauté. La réalité opposée au sujet, dans laquelle son désir est forclué, écarte le lien de l'Autre, exacerbe le sentiment de dépendance, opprime la parole et ouvre la voie aux symptômes. Ambivalence et exclusion symbolique de l'homme malade désignent l'alternance de passivité et d'agressivité qui placent le sujet dans l'impossibilité de dépasser les limites que lui assignent les conduites sociales.

Le contexte thérapeutique est une autre forme d'implication qui surdétermine la dissociation des rapports du sujet à ses cadres d'appartenance. Le recours aux institutions de soins, à de nombreuses formules thérapeutiques est le lieu d'ancrage de l'inquiétude sociale à l'égard de l'individu. C'est aussi un moyen de liquidation du symptôme. La recherche d'interlocuteurs institutionnels marque une médiation qui souvent n'arrive qu'à bâillonner le symptôme en le dérivant de sa confluence à travers la création d'un état

¹² Chabert C; Kaës R; Lanouzière J; Schniewind A., *Figures de la dépression*, Paris, Dunod, 2005.

intermédiaire¹³. Dans sa conduite, le sujet présente systématiquement des symptômes comme autant de signes codifiés, catégorisés, fragmentés et déçus de leur vocation initiale. Ces signes sont le ressort et le référent d'une intervention mécanisée, ponctuelle et répétitive qui confine à la destruction des repères du sujet. Cette opération ne recherche pas les motifs individuels du trouble mais intègre un ensemble de données dans des catégories cliniques et dans une synthèse totalisante. L'économie du symptôme situe le balancement entre un état de rémission des troubles et de régression incidente dont l'amplification signe un état pathologique et révèle la survivance du déterminisme initial de la maladie et de l'inaccomplissement, avec le processus de soins, du deuil des pulsions refoulées.

Ainsi, la régression et la rémanence des symptômes ne montrent rien d'autre que le retour au présent de signifiants usités dans des demandes pour lesquelles il y a prescription¹⁴. Le rapport électif au symptôme se situe aussi dans le cadre de l'évolution de la pathologie qui dégage deux aspects :

A. Une logique de la maladie

La pratique psychiatrique se fonde sur la maîtrise des variations symptomatiques des troubles selon des références catégorielles, systématiques et unifiantes (déterminisme étiologique, structural, catégories cliniques, regroupements nosologiques). Cette position appartient à un souci, originellement thérapeutique, où le champ psychiatrique connaît aujourd'hui encore, des développements relativement aux aspects nouveaux de la psychopathologie et aux manifestations cliniques rémittentes (états mélancoliques,

¹³ Foucault M. *o.c.*

¹⁴ Kremer-Marietti A., *Lacan et la rhétorique de l'inconscient*, Paris, Aubier-Montaigne, 1978.

thymies dépressives, psychoses aiguës, schizophrénies, autisme, états limites).

B. Une logique du sens

La rémanence des troubles contient la référence d'une justification latente et d'un développement des significations dans la dimension intersubjective du sujet. Ainsi, la pathologie du sujet peut avoir un sens relationnel, conférer une communication à l'adresse de l'entourage. Cette communication recouvre la conscience de vécus angoissants où s'engouffre l'imaginaire commun qui atteste au symptôme son contenu et sa fonction¹⁵.

Polarités du processus circulaire

1. Une organisation dichotomique

Le processus circulaire s'attache à deux dimensions :

a. la dimension interne du fonctionnement de la pathologie qui inscrit et définit la symptomatologie, la constellation clinique et le mouvement structural de la pathologie ;

b. la dimension externe du fonctionnement de la pathologie, qui détermine les modes et les champs d'intégration du sujet, les symbolismes de la pathologie dans les systèmes d'interprétation sociale et culturelle. La réactivation des troubles intervient dans le processus thérapeutique, ou à son terme intermédiaire, dans une période de rémission et signe un prolongement du symptôme lié aux problématiques du sujet et aux règles de la réalité¹⁶.

Ces deux aspects du processus circulaire, intériorité/extériorité, sont en alternance, l'un étant le

¹⁵Braconnier A et coll., *Introduction à la psychopathologie*, Paris, Masson, 2006.

¹⁶Widlöcher D., *Les logiques de la dépression*, Paris, Fayard, 1986.

référentiel de l'autre, ils indiquent les moments et les incidences de l'enchaînement entre la réalité des pratiques sociales et les contenus de la pathologie.

1.1 *La dimension interne de la pathologie*

Les mécanismes de la psychopathologie se situent au seuil des organisations défensives qui caractérisent les tendances de la personnalité. Le champ clinique définit un étagement des contextes psychiques et des occurrences pathologiques qui désignent les limites des aménagements produits par le sujet. Ce cadre contient également les formes cliniques typiques qui s'objectivent et se totalisent dans les réactions psychiques et somatiques de l'individu¹⁷. Il existe une référence implicite à la prédisposition de l'individu et aux mouvements de désorganisation de son être psychique en quoi est inscrit son être psychopathologique. Cette référence est actualisée dans les réactions du sujet face aux situations problématiques qui mettent en faillite son système de cohésion interne. Les conduites psychopathologiques ont une signification relationnelle et désignent le rapport du sujet aux normes qui régissent la vie collective. Elles désignent, également, le rapport à la maladie, la recherche de dépendance, le rétrécissement de la personnalité et le clivage des perceptions¹⁸. Dans la résurgence des troubles, la chronicité de la maladie signe l'émergence d'un dispositif de majoration de l'état pathologique originaire et la modification des considérations diagnostiques et pronostiques. De ce fait, la signification psychopathologique d'une conduite ou d'un tableau clinique n'est pas assertive, le sujet étant dans un mouvement évolutif/régressif rémittent, interchangeable (un

¹⁷ Marty P., *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot, 1981.

¹⁸ Bergeret J et coll., *Psychologie pathologique*, Paris, Masson, 2004.

état dépressif peut se recomposer en sémiologie maniaque, un état mélancolique décompenser vers l'impulsion suicidaire, et une pathologie caractérielle évoluer en un tableau réfractaire).

La spécificité des pathologies rémittentes est d'être réfractaires au changement recherché par les différents abords thérapeutiques. Le processus circulaire de la pathologie participe d'un enlèvement des défenses qui serait à la fois contemporain et secondaire à l'élaboration des troubles. Dans ce sens, la séquence initiale du trouble, qui vient dissoudre l'organisation antérieure, s'avère économiquement insuffisante (névroses, psychoses décompensées) et inopérante par rapport au maintien de l'équilibre psychique et mental¹⁹. Cette inappropriation désigne l'échec du dégagement du Moi et des tentatives de réduction des tensions qui précipitent un comportement compulsif. Cet enlèvement correspond par ailleurs au tableau de déconstruction du sujet. Le passage de l'intériorité à l'extériorité s'opère au seuil intermédiaire du champ de l'angoisse où la pathologie est un phénomène trans-individuel relatif à l'organisation communautaire, à la continuité psychique ainsi qu'aux régulations sociales et affectives autour des contextes mortifères et des fantasmes qui s'y agrègent²⁰. Le flux de l'angoisse est irréductible à l'isolement du sujet malade et aux rationalisations qui décrètent sa séparation des cadres habituels. La circulation de l'angoisse emprunte les canaux multiples de la communication, des fantasmes et des formulations discursives. Manifeste ou latente, l'angoisse détermine et module la configuration psychopathologique et les aménagements du système de réalité.

¹⁹ Braconnier A et coll. *o.c.*

²⁰ Lacan J., *Les complexes familiaux en pathologie*, Paris, Navarin, 1984.

1.2 *La dimension externe de la pathologie*

Le passage que réalise la maladie d'un espace interne, du psychisme individuel, au contexte externe des interactions sociales, marque un temps du symptôme et de la dispersion de ses significations dans un champ de pratiques éclaté. La prise en charge institutionnelle et familiale du sujet s'effectue dans un rapport aux cycles de la communication et aux seuils de rupture et de résurgence des troubles.

La régulation des effets de la maladie par les différents opérateurs sociaux et institutionnels a pour objet l'évitement des risques et l'organisation des défenses contre les sentiments d'anéantissement. Ces défenses concernent la protection des mythes et des valeurs structurantes. Ainsi, les propositions d'aide, de prise en charge et d'insertion du sujet constituent des règles de transposition de la pathologie dans un champ de pratiques avérées et sécurisées, principalement secrètes²¹. Le système familial prescrit alors la redéfinition des rôles à l'intérieur des structures psychiques et fonctionnelles et fixe les dispositions qui stabilisent l'angoisse²². Les différentes formules d'aménagement de la maladie produisent une complémentarité rigide où le sujet est inscrit dans un rapport de dépendance. Le fonctionnement externe de la pathologie se réfère également aux contextes de la communication et aux collusions qu'elle indique dans un système d'interactions²³. La communication est d'indications diverses et connote des fonctions essentiellement défensives. Cet aspect permet de dénier l'autre, le rejeter ou le solliciter et l'envahir. Ainsi, chaque individu communique intensément

²¹ Margolis G.J., Identité et secret, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 14, 1976 : 131-140.

²² Watzlawick P ; Beavin J.H ; Jackson Don D., *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972.

²³ Watzlawick P ; Weakland J ; Fisch R., *Changements*, Paris, Seuil, 1975.

et continuellement pour se défendre contre le danger de perdre l'autre ou de perdre sa cohésion interne. A ce titre, la maladie produit un message vers l'autre. Mais cette finalité est problématique car l'organisation psychopathologique introduit, simultanément, une multitude d'énoncés paradoxaux ou réfractaires. Pour être explicite, le symptôme, comme mode de signalement des perturbations du sujet, sera déplacé du contexte familial vers un contexte médical où surgiront d'autres communications défensives ou modératrices. Ainsi, le processus récursif de la maladie s'apparente à une définition circulaire des communications où le même message est répété jusqu'à épuisement du sens initial tout en empêchant les méta-communications²⁴.

Dans le système pathologique, le seuil de rupture correspond à la séquence temporelle et contextuelle de l'inversion des conduites progrédientes. Ce processus d'inversion sera dominé par des fictions individuelles et sociales délirantes de deuil et de recherche d'appartenances. Dans cette situation les interactions s'organisent en trois étapes :

a. une étape de négation partielle du sujet. Premier temps de la séparation, du sentiment de deuil partagé par les membres du groupe familial chez qui s'opère des défenses latentes, celles de leurs mythes notamment, érigés en système de réalité contre la révocation de leurs fantasmes. Cette modération se traduit par la requalification des rôles à l'intérieur du groupe et une restructuration qui affecte la trame antérieure et l'ordre des organisations statutaires, sociales et affectives.

b. Dans une autre étape, secondaire aux modifications thérapeutiques, l'écart entre le sujet et ses partenaires habituels se creuse et marque la dépréciation des formats

²⁴ Lubtchansky J., Travail du deuil, douloureuse souffrance, dans *Le deuil*, N. Amar, C. Couvreur, M. Hanus, (dir.) Paris, PUF, 1994.

identitaires et des attributions. Un ordre de sujétion s'élabore qui transforme les interactions et prononce l'exclusion du sujet d'un espace imaginaire collectif, source de puissance fusionnelle et de continuité narcissique.

Devant la perspective de perte de la relation au monde et de négation par l'autre, le sujet construit une trame imaginaire, celle du fantasme réparateur du délire d'appartenance, qui vient appuyer son aliénation dans l'Autre. Cette conduite s'objective par la création d'interactions complémentaires où le sujet réalise continuellement les attentes et les fonctions qui lui préexistent dans le discours de son entourage.

c. Une étape de latence relationnelle introduit la rupture et la réactivation des symptômes. Il s'agit d'une instance de vide et d'arrêt des communications, caractérisées par l'absence de conflits, d'harmonie et de vibrations, qui favorise la réapparition d'angoisses antérieures et la décomplémentarisation des relations d'objets. Dans ce cas, il convient d'interroger ce que la maladie vient corriger, amplifier ou confirmer, concernant les caractéristiques psychiques du groupe familial, qui peut forcer le maintien du symptôme dans un individu pour nier sa propre souffrance.

2. *Des paradigmes de la circularité*

L'avènement de la maladie est une conjoncture significative de séparation, de transformation et de perte. Elle réunit dans un même mouvement des pulsions destructrices et réifiantes et contextualise le deuil des idéaux narcissiques et de relations d'objets fondamentalement mélancoliques²⁵. Différentes élaborations déterminent ou accompagnent la réactualisation des troubles :

²⁵ Denis P. Nostalgie, entre deuil et dépression, dans *Le deuil*, o. c.

2.1 *La problématique identitaire*

La maladie réalise le retranchement du sujet hors du système de la réalité et de ses objets qui focalise sur lui l'angoisse et le morcellement. La régression due à l'état pathologique à un effet régulateur des flux tensionnels où se ressourcent des aptitudes vitales ou adaptatives. Après une période de soins, le sujet est confronté au champ social et particulièrement à une réévaluation interne qui mobilise l'ensemble de son énergie psychique orientée vers la recreation du semblable, source d'unité et d'invariance. L'expérience traumatique de la pathologie module les réactions spécifiques en direction de l'identité originelle. Contre cette synthèse du sujet apparaît le besoin de régénérer un système de représentation à travers le rapport Moi non-Moi et la recherche des dissemblances entre ces deux instances. Dans cette confrontation, le sujet malade tente de resituer une conformation imaginaire semblable à la capture spéculaire et furtive du miroir, saisie nourricière d'une succession d'images constitutives. L'instance moïque s'apparente alors à une structure avide, exclusive et défensive. Dans l'investissement nostalgique de l'égo, le sujet crée des latitudes pour se distancer de cet autre, sensation interne d'un Moi sans surface de représentation. Cet investissement entrave le rapport à la réalité, mais également l'élaboration du deuil qui consacre la perte d'objets nourriciers et d'images parentes²⁶. Cette indication se heurte encore aux éléments de la réalité et aux manifestations coutumières qui appuient la survivance d'objets, certes abandonnés mais encore investis du désir²⁷. Le sentiment d'identité ne recouvre pas l'unique espace psychique, il se justifie de sa résidence dans la pratique, le

²⁶ Freud S., *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, 1977.

²⁷ Freud S., *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1982.

discours et l'imaginaire de l'autre qui commande l'illusion de complétude et de continuité.

Les transactions psychosociales réactivent à chaque instant des convictions refoulées par le sujet et dont le retour à un caractère angoissant qui réalise le sentiment d'une inquiétante étrangeté où les situations coutumières deviennent méconnaissables et étrangères²⁸. L'excessive sollicitude sociale à l'égard du sujet malade réactualise des aspirations du Moi, objets de refoulements massifs, qui n'ont pu s'accomplir.

2.2 Le désir et l'altérité

Initialement, la maladie bouleverse l'unité interne du sujet ainsi que son système d'aliénation dans l'autre et de collusion fantasmatique. La réapparition des symptômes de la maladie s'apparente à une compulsion de répétition, un mouvement d'auto conservation originé dans le traumatisme et en rapport avec la formation narcissique. Cette connexion détermine des retours compulsifs à des expériences pulsionnelles réifiantes qui ne s'expriment que dans un état régressif de demande et d'attente. Il apparaît ainsi que le symptôme recouvre une certaine vérité du désir. La souffrance psychique marque le passage de l'ordre sécurisant de la complétude narcissique à un ordre de rupture où les pôles identitaires, les communications et les fantasmes sont récusés. Cette situation de précarité induit l'inaccomplissement des équivalents objectaux symbolisés dans la fonction psychosociale. Le désir refonde la cohésion individuelle et groupale, ouvre des interactions psychiques et prescrit les frontières de la continuité narcissique où s'élaborent les réciprocitys fantasmatiques. Dans cette forme d'interlocution imaginaire, le sujet et son environnement s'associent dans une

²⁸ Ibid.

représentation commune, consciente et inconsciente, qui définit leurs mythes fondateurs. Les circonstances de la maladie et la cohorte de significations virtuelles, freine la mobilité des mythes organisateurs, la modération des transactions intrafamiliales et instaure des divisions internes.

2.3 La résistance au changement

La résurgence des symptômes traduit une résistance au changement qui s'objective dans la mise en échec des résolutions thérapeutiques. Cette incidence inscrit le sujet et son entourage social dans un ordre cyclique où se succèdent les décisions thérapeutiques, les rationalisations, la stabilisation de l'anxiété et la mobilisation inconsciente contre la charge symbolique du trouble. Dans la réactivation des symptômes il y a une aggravation de la souffrance de la personne référée aux contraintes internes mais aussi aux aspects externes de la réalité. De fait, il y a intrication entre les mobiles individuels et ceux du champ psychosocial, de sorte que la résistance du sujet est indicative des aménagements élaborés ou prescrits par l'environnement familial et social à travers des formats de communication modérés dans la distance du symptôme alors d'indication homéostatique. Souvent, le sujet ne traduit pas les contradictions de son environnement auxquelles est lié le pressentiment d'un éprouvé, disséminé dans les nombreuses formulations de l'Autre, qui détermine à chaque étape l'effondrement²⁹.

Conclusion

La maladie inscrit le sujet dans un ordre de dépendance que les diverses formules thérapeutiques n'envisagent pas

²⁹ Winnicott D.W., La crainte de l'effondrement, *Figures du vide, Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 1975 : 35-44.

systématiquement. La création de situations d'écoute, dans le champ médical notamment, requalifie les échanges et les contextes alors organisés autour de la fragilité du sujet.

Le fonctionnement cyclique de la pathologie envisage une reconstruction existentielle et fantasmatique du sujet dans un mouvement récursif, amplifié et ambigu, d'auto conservation et d'auto révélation qui reconsidère à chaque étape les frontières du trouble initial. Le retour des angoisses marque l'inachèvement des indications thérapeutiques comme un prolongement de l'histoire du sujet, de ses covivances à la fois jubilatoires et mélancoliques qui entourent le désir et la mort.

La psychopathologie circulaire recouvre un ordre métonymique de constante inversion, celle, déjà, de l'inscription universelle (le mythe de Sisyphe) et de la névrose de destinée³⁰. L'incidence du réel y situe la lignée des injonctions objectives et subjectives qui viennent moduler la réinsertion du sujet dans une continuité existentielle et dynamique. C'est un processus auquel participent des référents du réel : famille, groupes sociaux constitués, ensemble socioprofessionnel, relais thérapeutiques, partenaires idéalisés/conflictuels ainsi que des facteurs moins spécifiés qui interviennent, directement ou indirectement, dans la nature et le déterminisme des réactions du sujet et de son environnement (conditions socio-économiques, géographiques, écologiques). La réinsertion du sujet après l'expérience de la maladie est liée à la fonction du champ social, aux modalités qui rétablissent la trame existentielle articulée à la connotation particulière des troubles mentaux, de leur signification et de leur influence au plan des transactions d'implication, d'alliance et de sujétions réciproques. Cette occurrence agit alternativement sur le

³⁰ Laplanche J ; Pontalis J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1974.

Folies singulières

réaménagement et la construction de nouveaux rapports sociaux et d'un nouvel espace affectif et sur la réapparition d'organisations pathogènes. Elle interroge par ailleurs la dimension de la chronicité des troubles mentaux et leur effet sur la qualité de personne des malades et sur le statut de leur humanité³¹.

³¹ Delion P et coll., *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui. Historicité et institution*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2004.