

Manuelle Krings

Silence ! J'angoisse

**Du traitement de l'angoisse du mélancolique
dans un lieu d'accueil de la folie**

**Quel accueil un service public de soins psychiatriques
ambulatoires peut-il réserver à un sujet mélancolique ?
Quelles visées et quels effets sont possibles ?**

Exercice de praxis freudienne auquel ma pratique m'a conviée. Je travaille au titre de psychiatre dans un lieu d'accueil communautaire de la folie, non résidentiel, inséré dans un milieu de vie urbain en Belgique. Le service, qui relève du secteur public, se donne pour contrainte d'offrir un accueil quotidien et des permanences sociales psychologiques et psychiatriques sans rendez-vous, sur le modèle du « dispensaire ». Les patients peuvent participer à divers ateliers, des groupes de paroles, des rencontres informelles. Ils peuvent aussi consulter sur rendez-vous. Chaque patient peut utiliser l'offre de soins de façon singulière.

C'est dans ce cadre que consulte madame M. Madame M, manico-dépressive, a la cinquantaine. C'est une femme intelligente. Il y a une quinzaine d'années, elle a consulté suite à des difficultés conjugales avec violences. Durant des années, elle a soutenu un engagement professionnel, traversant des alternances de travail et d'écartement pour décompensation. Ses accès mélancoliques l'ont menée à de nombreuses tentatives de suicide qui ont eu raison de la confiance de son employeur.

Elle se dit « rejetée », s'accusant de n'avoir pu, comme les autres membres de sa famille, réussir socialement, et se vit comme méprisée, méprisable essentiellement dans le rapport à sa mère et à ses sœurs. Lorsqu'elle a perdu son emploi, elle a participé avec succès à des programmes de réinsertion professionnelle adaptés. Elle

s'est aidée d'une médication par psychotropes qu'elle connaît bien et qu'elle utilise avec à-propos et grande lucidité.

Régulièrement, elle renoue avec ses sœurs et sa mère, qui au fil du temps ont nuancé leur position assertive et surmoïque à son égard, du moins pendant ses accès mélancoliques. Elle a consulté plusieurs services psychosociaux et est devenue clairvoyante quant aux réponses possibles. Les traitements ne sont évidemment pas venus à bout de la répétition de ses accès mélancoliques. Madame M. vit au rythme de ses fluctuations thymiques, dans une répétition de ses comportements venant parer à ses accès d'angoisse et sa douleur d'exister en préservant un lien social précaire. Elle multiplie les liens affectifs difficiles, envahissants et surmoïques, qui se terminent en ruptures violentes et multiples. En trente ans, elle a subi et parfois provoqué de nombreuses ruptures de liens thérapeutiques pour « non-compliance au traitement », qu'elle a vécues dans un laisser-tomber. Elle a toujours refusé opiniâtrement toute proposition d'hospitalisation volontaire.

Depuis la séparation conjugale, qui remonte à trois ans environ, ses accès d'angoisse se sont faits plus présents, mais parallèlement les passages à l'acte ont été moins massifs. Elle n'en est plus passée par des intoxications médicamenteuses frôlant la dose létale dont elle a connaissance. Elle se scarifie, s'épluche les jambes ou surconsomme certains psychotropes avec une visée claire et exprimée dans l'après-coup de chercher à parer à l'angoisse.

Pendant plusieurs années, elle demandait à parler, non pas pour questionner son symptôme mais pour rendre compte de l'évolution de son savoir, clairvoyant d'ailleurs, sur elle et son rapport à l'autre dans une identification imaginaire à la « bonne patiente ».

Dans l'après-coup de ses passages à l'acte suicidaires répétés, elle a opéré, par son travail, un décalage subjectif de la position d'objet déchet à une position de pas tout déchet, ce qui lui a permis au fil du temps de limiter les tentatives de suicide. C'est sur son corps propre qu'elle délimite l'objet déchet, « s'épluchant » les jambes ou se scarifiant plutôt que de se suicider, soumettant son corps à des variations pondérales considérables : « Gonfler jusqu'à me dégoûter puis me priver de manger pour me punir. ».

Ces derniers temps, madame M. consulte dans un état d'angoisse majeure dans l'imminence d'un passage à l'acte et demande avec insistance à être reçue. Elle pose clairement le choix de son adresse, rejetant les autres. Quand elle est aux prises avec l'angoisse, toute réponse est vécue comme une injonction et, dans la mesure où elle est dans l'incapacité d'y donner suite, elle se sent d'autant plus nulle et méprisable, ce qui alourdit son malaise jusqu'à l'insupportable. À ce moment, elle n'attend rien de plus du traitement psychotrope ni même d'une quelconque aide psychosociale. Elle vient uniquement adresser sa douleur d'exister. Elle sait, d'en avoir suffisamment fait l'expérience, qu'il n'y a pas de réponse à son vide pendant ses accès mélancoliques. Et elle l'attend d'autant moins que sa douleur est intense. Elle peut alors déclasser le clinicien et le lui signifie dans l'insulte et la dénonciation.

Un jour, elle demande à être reçue, tant son angoisse est difficile à supporter. Le service de santé mentale, ce jour-là, proposait un atelier maquillage. Elle s'y est rendue dans l'attente de l'entretien et s'est maquillée de telle sorte qu'elle arborait alors un masque de mort. Personne n'a pu l'en dissuader ou en atténuer l'expression. Quand elle se présente, c'est une vision funeste difficile à soutenir qu'elle offre à l'autre. C'est comme un cri silencieux.

Crispée, elle se dira protégée par ce « masque ». Elle avait ainsi mis fin à tout discours bienveillant de l'autre tout en forçant le respect de sa douleur, imposant à l'autre une distance. Face à la présence silencieuse mais attentive de l'analyste, elle rompt le silence par un « c'est monstrueux », puis dira n'être rien, comme la mort.

Elle ne sait que trop bien combien toute réponse est vaine face à ce moment de détresse sans le secours de l'autre. Après ce temps de silence qui acte ce cri silencieux, le néant se bordait, rendant une adresse possible à la condition d'une réponse par un silence qui puisse faire « accusé de réception de l'impossible » de la part de l'auditeur. Elle n'a rien demandé, elle ne m'a pas sommée de me taire, mais d'expérience, toute tentative de réponse est rejetée, j'ai donc pris le parti lors de ces accès d'angoisse de ne plus proposer de réponse sinon de prendre acte.

Elle s'est démaquillée avant de quitter le bureau, le passage à l'acte s'éloignait manifestement, jusqu'à la fois suivante.

Dernièrement, alors qu'elle est en passe de déménager, elle se vit une fois de plus comme incapable et soumise à l'aide d'une de ses sœurs ; elle évoque l'idée de se pendre, propos qu'elle laissera glisser métonymiquement vers sa prochaine pendaison de crémaillère, non sans un soulagement certain.

Quelles sont les réponses possibles des services de soins psychiatriques ambulatoires du secteur public face à l'angoisse du mélancolique ?

À la différence de la psychiatrie classique qui diagnostiquait la psychose à partir du repérage de l'automatisme mental et qui prenait en compte la parole et les affects des patients adressés au psychiatre, la psychiatrie moderne a pour objet les symptômes rassemblés en syndromes. Elle se veut technique scientifique issue de l'application des neurosciences et se flanque des sciences humaines comportementales. Elle repère la psychose sur l'existence de productions délirantes exprimées et elle y répond par des idéaux de santé mentale et des exigences d'aptitude au lien social.

L'idéal des soins médicaux prône une bienveillance désespérante des soignants. Se laisser guider par cet idéal prétend protéger le sujet de son angoisse (et les soignants de la leur !). Vouloir écarter tout risque de passage à l'acte conduit à un point de rupture qui provoque l'exclusion du sujet, augmentant paradoxalement ce risque de passage à l'acte. Le traitement bascule alors soit vers les soins contraints et la *furor sanandi* médicale, soit vers l'aveu d'impuissance des soignants et le laisser-tomber du patient. C'est bien à ce point de rupture que madame M. a confronté les services de santé mentale, rupture du lien thérapeutique actant le laisser-tomber auquel le sujet mélancolique est confronté.

Madame M. continue à consulter dans notre service et à rejeter d'autres lieux d'accueil qui pourtant proposent le même genre de logistique. Pourquoi ? Qu'est-ce qui motive son choix ?

Madame M., sans l'élaboration d'une métaphore délirante, est confrontée directement au réel. Afin de ne pas s'en remettre à l'Autre et s'exclure comme sujet, elle n'a pas d'autre choix que d'en passer par l'angoisse. Mon hypothèse est qu'un lieu de traitement qui s'oriente de l'éthique analytique est le seul qui permette à madame M. d'alléger le poids du réel auquel elle est confrontée.

**En quoi une pratique psychiatrique qui se réfère
à la psychanalyse est-elle spécifique ?
Quels peuvent en être les effets ?**

Pour les psychanalystes, pas tout psychotique décompensé n'élabore une métaphore délirante et pas tout psychotique ne décompense. La psychose n'est donc pas seulement affaire de psychiatrie et de signes objectifs. Elle est effet de l'insondable « décision de l'être ¹ », non sans rapport avec une position de jouissance face au désir de l'Autre : l'Autre persécuteur de la paranoïa, l'Autre absent du schizophrène, l'Autre surmoïque de la mélancolie.

Le traitement de la psychose est indissociable de la relation où se questionne ce que le sujet peut être pour l'Autre avec ses conséquences au niveau du lien social, ce qui n'exclut pas l'usage des psychotropes ni le travail psychosocial, à condition de ne pas faire l'impasse sur le traitement des effets du réel.

Pour le psychiatre-psychanalyste, il s'agit d'inverser les priorités entre idéal et réel de la clinique : une offre analytique, c'est pouvoir soutenir une présence dans le transfert et se faire l'adresse d'un discours, non pas dans le but d'une communication qui vise à la réadaptation et à la réintégration dans le lien social, mais pour s'ouvrir à l'inattendu et à l'inintelligible, du même coup à l'ininterprétable, rendant l'avenir du sujet imprévisible. L'effet thérapeutique ne se mesure pas à des résultats liés à l'exigence du rapport social dominant.

Les répercussions dans le lien social et dans le concret de la vie quotidienne sont pourtant au cœur de l'expérience subjective dans la psychose ². La réponse institutionnelle, incluant une pratique pluridisciplinaire, est bien souvent la seule réponse praticable face aux conséquences du mode de jouissance dans la psychose décompensée ³, en particulier quand le sujet n'élabore pas de métaphore délirante ou quand celle-ci avorte.

La folie ne fait pas en soi destin et elle est singulière.

Orienter une pratique pluridisciplinaire par la psychanalyse a un prix pour l'équipe de soins, c'est s'engager dans la *praxis* comme Freud l'a introduite. Cela implique qu'il ne suffit pas de se servir des

1. J. Lacan, « Propos sur la causalité psychique », dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 177.

2. A. Zenoni, *L'Autre Pratique clinique*, Toulouse, Érès, coll. « Point hors ligne », 2009, p. 37.

3. *Ibid.*, p. 41.

concepts, fussent-ils psychanalytiques, mais de les interroger à partir de la clinique.

Au moment de l'acte de fondation de l'EFPP, Lacan ne réserve-t-il pas une place à la « psychanalyse appliquée ». Celle-ci inclut les « groupes médicaux [...] pour peu qu'ils soient en mesure de contribuer à l'expérience psychanalytique ; par la critique de ses indications dans ses résultats [...], soutenant le droit fil de la praxis freudienne ⁴ ».

La praxis de la psychanalyse est une question éthique. Comme Jacques Adam l'écrit dans un article, « il s'agit de poser la question des relations entre théorie et pratique non seulement en termes techniques mais aussi en termes d'éthique et en dehors de toute référence idéologique ⁵ ».

Une mise en œuvre des théories psychanalytiques sans questionnement confinerait à l'idéologie. À l'autre extrême, « le savoir-faire n'est pas suffisant [...] même si l'ignorance de la théorie et des concepts lacaniens n'empêche pas d'écouter ni de soigner ⁶ ». La théorie dans le champ analytique opère comme un outil ⁷. La psychanalyse n'est pas un système de pensée. Pas de clinique sans théorie, pas de théorie sans clinique.

S'il existe des éléments poïétiques de la praxis analytique, ceux-ci ne peuvent apparaître qu'à la condition de la prise en compte de l'incertitude qu'implique le questionnement des concepts inhérent à la praxis.

Quelques repérages à propos de l'angoisse dans la mélancolie

La phase mélancolique se caractérise par le lâchage de l'Autre. Le sujet ravalé au rang d'objet déchet est submergé par une « douleur atroce que rien ne peut venir tamponner ⁸ », comme le dit très justement Patrick Valas. Une pure douleur d'exister qui s'accompagne

4. J. Lacan, « Acte de fondation », dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 231.

5. J. Adam, « Praxis de la théorie en psychanalyse, une question éthique », *Revue de psychanalyse du Champ lacanien*, n° 9, 2011, p. 134.

6. *Ibid.*, p. 135.

7. J. Lacan, « Discours de conclusion au congrès de l'EFPP », Aix-en-Provence, 23 mai 1971, *Lettres de l'EFPP*, n° 9, décembre 1972, cité dans la note 7.

8. <http://www.valas.fr>, « La dépression n'existe pas, la douleur d'exister, oui ».

du cortège des commentaires surmoïques. C'est un affect majeur éprouvé quand le sujet est arraché aux amarres de la vie, hors dialectique du désir.

Mais cela ne dure pas toujours, Freud l'écrit dans « Deuil et mélancolie » : la mélancolie termine son cours après un certain laps de temps sans laisser derrière elle d'altérations apparentes et grossières ⁹.

Dans la mélancolie, en dehors des accès d'angoisse, le délire d'indignité est tout ce qui reste d'élaboration symbolique au sujet ¹⁰. Le délire permet de recouvrir le trou du symbolique, mais élaborer une métaphore délirante qui fasse suppléance ne peut être que le résultat d'un long travail, auquel tout psychotique ne s'attelle pas. Il arrive aussi que ce délire avorte, laissant le sujet face au vide, et c'est alors qu'il peut éprouver l'angoisse. Sans l'appui d'une métaphore délirante, le sujet mélancolique est contraint de s'identifier au trou dans le symbolique. Il devient alors pur objet, déchet jeté dans le monde hors de la dialectique du désir.

De ma lecture du chapitre qui traite de l'angoisse dans l'ouvrage de Colette Soler *Les Affects lacaniens* ¹¹, je prendrai les repères suivants.

L'angoisse est l'affect majeur de séparation. « Ce qui angosse [...] c'est le vide de la signification comme énigme de l'Autre. [...] auquel s'ajoute une condition [...] que le sujet [...] l'*angoissable* se sente concerné dans son être propre ¹² » – quelque chose qui lui échappe mais qui le concerne.

« L'angoisse, entre énigme et certitude [...] vaut aussi bien pour la névrose que la psychose, à ceci près que le psychotique se place comme référent universel ¹³ » ; le sujet se trouve pris sans le secours de l'Autre. « L'angoisse est moment de "déstitution subjective", soit imminence de se réduire à l'objet ¹⁴. » Elle survient sur le mode de la coupure.

9. S. Freud, « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie* (1915), Paris, Folio Essais, 1968, p. 161.

10. C. Soler, *L'Inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2002, p. 130-131.

11. C. Soler, *Les Affects lacaniens*, Paris, PUF, 2011.

12. *Ibid.*, p. 24.

13. *Ibid.*

14. *Ibid.*, p. 25.

L'angoisse est « un affect qui a une portée ontologique ¹⁵ ».

Que justifie alors que madame M. tienne quand même à nous consulter lors de ses moments d'angoisse ? Elle ne vient pas chercher une réponse qui viendrait donner sens à cette angoisse. Une telle attitude disqualifierait le soignant. Elle ne vient pas non plus pour le silence de l'absence.

Quelle est alors l'offre de l'analyste et selon quelle éthique ?

Lacan, dans son séminaire, définit l'éthique analytique comme une position par rapport au réel et non par rapport aux normes et aux valeurs du discours ¹⁶.

L'offre analytique implique pour l'analyste de prêter sa présence en incarnant à partir de son manque à être une position où l'Autre est séparé de sa jouissance, présence sous-tendue par l'éthique analytique, laquelle n'est pas du côté de l'idéal mais est relative au désir de l'analyste ¹⁷.

Le désir de l'analyste ? Colette Soler écrit : « [...] c'est un désir bien étrange qui pousse l'autre, l'analysant, à se cogner au réel qui le dépasse et dont il ne veut rien savoir. Étrange amour du prochain ! Pour qu'il ne soit pas suspect, ce désir, il faut à coup sûr que l'analyste soit bien assuré que le bénéfice est possible, au terme. Et d'où peut lui venir cette assurance, si ce n'est de sa propre expérience à condition qu'elle lui ait démontré que la détresse transférentielle est réductible ¹⁸ ? » Pousser l'analysant à se cogner au réel vaut pour la névrose, dans la psychose on ne pousse pas, on accueille cette cognée sur le réel.

Ne pas céder sur son désir implique de maintenir l'offre d'un impossible à dire inclus dans le réel de la cure. Avec un sujet psychotique qui ne recourt pas à l'anesthésie radicale des psychotropes, le désir de l'analyste mène à prêter sa présence dans le transfert et à accepter la confrontation au réel « de la part d'un être qui subit les effets de sa structure ¹⁹ ». Le psychanalyste est conduit à un point de

15. *Ibid.*, p. 26.

16. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre VII, L'Éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1986, p. 21.

17. L. Izcovich, « Éthique et politique », *Mensuel*, n° 35, p. 39.

18. C. Soler, *Les Affects lacaniens, op. cit.*, p. 135.

19. *Ibid.*, p. 63.

non-choix, dans un acte qui lui fait horreur, en particulier dans ces moments de destitution subjective auxquels seuls certains psychotiques nous convient.

Dans le cas de la mélancolie, quand le délire fait défaut, l'appel à l'analyste pourrait prêter à confusion et se faire entendre comme un appel à une réponse surmoïque, mais une telle réponse est pathogène. Freud déjà en 1915 invitait les cliniciens à ne pas contredire le mélancolique : « Il doit bien avoir, en quelque façon, raison et décrire quelque chose qui est tel qu'il lui paraît ²⁰. »

Je reprends à mon compte une question que pose Colette Soler dans *L'Inconscient à ciel ouvert de la psychose* : « Comment l'analyste, s'il ne se prête pas au rôle de surmoi, peut-il, de sa présence conjuguée à son silence, faire autre chose qu'incarner le néant ²¹ ? »

Dans le cas de madame M., face au cri silencieux de l'angoisse, rien à dire sinon qu'elle n'est pas sans effet sur le sujet et sur l'autre. Le « pari » est que c'est bien à entendre quelque chose du cri silencieux qui donne sa portée ontologique à cet affect.

Face à ce cri silencieux, un silence. Pas le silence de la mort mais une absence de recherche de sens, plutôt un dire silencieux qui permet de ne pas incarner l'Autre mais un autre présent et qui tente de différencier le néant du vide, de l'absence de réponse dans l'Autre. Un dire silencieux d'être corrélé à la parole.

Moment de rencontre impossible lié à ce réel, rencontre qui dans le transfert de madame M. institue l'analyste comme « objet actif », d'autant plus que l'analyste en question n'est pas investi comme sujet supposé savoir. Madame M. ne suppose pas de savoir à l'autre et pourtant elle choisit d'adresser non pas l'énigme de son symptôme mais l'angoisse qu'elle subit comme effet de sa structure. C'est bien pour ne pas s'exclure comme sujet qu'elle vient et revient.

Conclusion

Une pratique hors cure et à plusieurs offre la possibilité d'inscrire le silence dans un discours institutionnel. À ce moment précis, le social et le médical sont mis hors d'adresse.

20. S. Freud, « Deuil et mélancolie », *op. cit.*, p. 150.

21. C. Soler, *L'Inconscient à ciel ouvert de la psychose*, *op. cit.*, p. 133.

Moment de destitution subjective sans qu'un autre puisse faire référence... et pourtant elle vient...

Accueillir au sein du dispositif thérapeutique institutionnel une angoisse face au réel, sans faire l'impasse sur le silence nécessaire, acte la détresse du sujet dans le laisser-être au risque du désêtre impartageable, sans le laisser-tomber. C'est après qu'une réponse de social et du médical sera possible.

Il s'agit donc de maintenir la permanence d'une adresse, à ne pas confondre avec la permanence de la prise en charge institutionnelle²². La permanence et la multiplicité des adresses de ce type de dispositif sont une alternative nécessaire à la cure type pour quelqu'un qui n'entre pas dans cette démarche.

L'accueil sera soin à condition que le sujet rencontre une figure de l'Autre, si au moins un des membres de l'équipe prend une position d'analyste, position qui s'appuie sur son manque à être en tant qu'il se dégage d'une position de jouissance.

Un mélancolique peut ne pas se contenter de l'anesthésie des psychotopes. Il n'élabore pas non plus nécessairement une métaphore délirante qui puisse recouvrir le trou du symbolique. Au moment où il éprouve l'angoisse, aux prises avec son désêtre, il ne peut alléger le poids du réel qu'à en faire part, mais à condition qu'il n'y ait pas de réponse pragmatique qui risque de précipiter un passage à l'acte ou rompre le lien thérapeutique.

Le passage à l'acte advient quand le sujet ne trouve plus rien qui lui serve de rempart à l'initiative de l'Autre²³. L'angoisse reste le seul rempart, face à quoi l'analyste, s'il respecte l'éthique analytique, n'a pas d'autre choix que de faire offre d'un dire silencieux.

Ne serait-ce pas là de l'ordre de l'acte analytique qui fait horreur. Cet acte « qui ne supporte pas le semblant²⁴ ». Un acte analytique hors cure type, un acte qui s'appuie sur un désir d'analyste en institution ?

22. A. Zenoni, *L'Autre Pratique clinique*, op. cit., p. 43.

23. L. Izcovich, « Santé mentale et désir du psychanalyste », *Mensuel*, n° 12, 2006, p. 11.

24. J. Lacan, « Discours à l'École freudienne de Paris », dans *Autres écrits*, op. cit., p. 280.