



Association HYGIE
Collectif hétérologique de professionnels
l'aide et du soin

Pôle Réalité Psychique

ESQUISSE D'UNE CLINIQUE ANALYTIQUE STRUCTURALE

**Séminaire de Marc Lebailly
15 novembre 2014**

La schizophrénie Première partie

HYGIE

Association loi 1901 ; JO n°40 du 06/10/2012
Siège social : 91 avenue d'Alsace Lorraine 91550 Paray-Vieille-Poste
N° RNA : W913004485 - N° SIRET : 789 145 166 00011 - Code APE : 9499Z
hygie.asso@gmail.com

REPRISE

■ A la lecture du dernier séminaire sur la paraphrénie vous avez pu vous rendre compte que ce ne sont pas les signes cliniques produits par le paraphrène qui ont véritablement une importance, bien qu'ils aient tout de même un intérêt puisqu'ils permettent de discerner cette entité nosographique, mais plutôt la clarification et la redéfinition du concept de délire et le remaniement des notions de névrose et de psychose que cela induit.

□ C'est la première fois que je tente de définir ce concept de délire comme **un mode sémantique** (ou parasémantique ou pseudosémantique) aussi bien de la névrose que de la psychose. L'on constate alors qu'à des degrés différents d'aliénation et de subordination, ce délire est identique chez le névrosé et chez le psychotique. Et c'est dans le processus de répétition qu'apparaît l'aliénation et cette subordination particulière du névrosé. Son délire se présente comme une mythologie secrète (préconsciente) qui subvertit l'intentionnalité moïque. C'est à ce titre que ce discours caché, en tant qu'il impose de manière incoercible ses déterminations existentielles, peut-être qualifié de délire. On voit bien que le névrosé est aliéné, au sens psychiatrique du terme, dans la mesure où il ne peut pas se départir de répéter.

□ Partant de cette nouvelle approche du délire, il apparaît qu'il n'y a pas de différence notable entre le mode sémantique de la psychose et celui de la névrose: il se déploie comme **une structure de transformation**. Ce qui est intéressant dans la paraphrénie c'est que l'on assiste au passage du processus répétitif de la névrose tel qu'il affecte l'hystérie à la déréalisation que le délire induit dans la psychose. Le paraphrène, le délire du paraphrène, dans sa constitution fabulatoire directe ne nécessite aucun refoulement (signe de psychose) et n'entraîne aucune répétition. Il se situe donc comme à l'articulation d'avec la dissociation schizophrénique. Schizophrénie que nous allons maintenant aborder.

Si pour les psychiatres, seul le psychotique délire, c'est que cette conviction leur permet d'étayer l'hypothèse que dans ce type d'affection un processus organique sous-jacent détériore la personnalité du Sujet et que le délire vient alors comme une tentative de guérison (restauration par l'organisation d'une "personnalité existentielle morbide"). Dans la conception que je

propose l'hypothèse consiste à considérer non seulement que la névrose est une "maladie fonctionnelle" du système nerveux central mais la psychose également. On pourrait dire, tant dans la névrose que dans la psychose, que c'est bien les désorganisations de l'appareil psychique qui déclenchent les dysfonctionnements neuro cérébraux et non pas des dysfonctionnements neuro cérébraux qui déclenchent une détérioration de l'appareil psychique. Ainsi, les deux novations énoncées plus haut marquent deux points de rupture par rapport à la théorie conceptuelle des psychiatres et par rapport à la théorie psychanalytique classique. .

DE LA SCHIZOPHRÉNIE

- Etant donné le syncrétisme clinique dans lequel nous sommes baignés, il me semble d'une absolue nécessité de revenir succinctement sur l'histoire du concept nosographique de schizophrénie et de manière plus approfondie sur les conceptions psychiatriques actuelles concernant cette maladie décidément psychique. Vous savez que je considère que, tout au moins en France, la dernière théorie psychiatrique générale est celle de Henry Ey, élaborée dans la deuxième partie du XXème siècle. Je m'y réfère une fois de plus et ferai une synthèse sans doute partielle (si ce n'est partielle) puisqu'elle se présente comme une introduction qui préfigure le peu que j'aurai à apporter dans l'approche clinique de cette psychose. Il n'est jamais inutile de faire retour sur les travaux académiques d'autant plus qu'ils ont été dévoyés.
- Il en est de la schizophrénie comme de l'hystérie. On sait que cette entité nosographique existe depuis le début du XX. Ième Siècle. Ce terme, étymologiquement, renvoie à un constat de fractionnement (schizo en grec) de l'esprit (phrénie en grec). Cette dénomination se présente, d'une certaine manière, comme une synecdoche du tableau clinique retenue pour spécifier cette affection psychique. Tableau clinique par ailleurs incertain tant il peut être constitué de symptômes variés. Mais malgré l'absence d'un pattern nosographique clair (comme il en existe dans les psychoses systématisées), le clinicien est généralement alerté par un certain nombre de signes qui lui font poser, comme à l'évidence, le diagnostic de schizophrénie. Mais cette évidence est trompeuse et rend le diagnostic difficile. D'autant que cette affection se présente souvent chez les adolescents ou les jeunes adultes. J'ai déjà alerté sur la prudence qu'il faut avoir avant de

proposer un diagnostic de psychose schizophrénique chez ces jeunes patients.

- Il n'est pas inutile de rappeler succinctement la genèse de cette entité nosographique. Ey et ses collaborateurs font remarquer que *"parmi la population qui peuplait les asiles au XIX. lème Siècle, certains "aliénés" avaient un air de famille"*¹ : *"leur étrangeté, leurs bizarreries et surtout l'évolution progressive de leurs troubles vers un état d'hébétude, d'engourdissement et d'incohérence"*. A cette même époque, Morel, un autre psychiatre français, était *" frappé par la stupidité dès leur plus jeune âge"* et parlait de *"démence précoce"*, alors que Hacker désignera ce syndrome du nom d' *"hébéphrénie"* (état démentiel touchant les jeunes gens) et Kahlbaum de *"catatonie"*, frappé qu'il était par les troubles psychomoteurs (inertie, flexibilité cireuse, catalepsie, hyperkinésie, maniérisme, pathétisme d'expression). Puis vint Emile Kraepelin. Il tenta de synthétiser tous ces syndromes dans son *"Traité des Maladies Mentales"* (1870-1907): il avait la conviction qu'ils constituaient une même entité nosographique qu'il qualifia de *"Dementia praecox"*. Paradoxalement, c'est à cette époque qu'une nouvelle conception de l'étiologie de cette affection semble s'initier. Antérieurement, ces affections protéiformes ne manquaient pas d'être rapportées aux symptômes de dégénérescence neurocérébrale. A partir de Kraepelin tous les cliniciens (Chaslin, Seglas, Stransky, etc.) pensent *"qu'il s'agissait dans ces cas moins de démence (au sens d'affaiblissement, d'origine neurologique, intellectuel global progressif et irréversible) que d'une dissociation de la vie psychique qui perd son unité, d'une sorte de désorganisation de la personnalité"*². De dégénérescence neurologique, la "Dementia praecox" devient maladie mentale avec Kraepelin. De fait l'apport de ce dernier consiste à considérer que les trois syndromes décrits par ses contemporains sont des variantes d'une même maladie. Ils ont donc la même étiologie sur laquelle Kraepelin ne donne aucune indication. Dans son traité il se borne à décrire 3 types de "Dementia praecox":

- Une forme "simple"; l'hébéphrénie

- Une forme catatonique ou hébéphrénie catatonique

1 Ibidem page 474

2 Ibidem page 475

□ Une forme paranoïde avec des idées délirantes extravagantes et enchevêtrées

■ Le pas clinique suivant est franchi en 1911 par Bleuler qui propose de désigner ces différents syndromes, répertoriés sous le terme de *Dementia precox*, du vocable de schizophrénie. Au fond par cette transformation sémantique Bleuler radicalise la position de Kraepelin. Pour lui, ces malades ne sont pas des déments. Ayant travaillé avec Jung à Zurich, il fait l'hypothèse que cette maladie révèle de manière crue le fonctionnement de l'Inconscient. Notion reprise, non pas à Freud, mais à la psychologie des profondeurs tel que Jung la conceptualisait. C'est dire qu'aux descriptions cliniques de Kraepelin et des autres cliniciens de la fin du XIX. ème siècle il ajoute une dimension étiologique d'obédience para psychanalytique. Pour lui, avec la schizophrénie, on perçoit à livre ouvert le fonctionnement psychique inconscient. Ey résume la thèse de Bleuler en ces termes: "*ces malades sont atteints d'un processus de dislocation qui désintègre leur capacité "associative" (signes primaires de dissociation), processus qui en altérant leur pensée les plonge dans une vie "autistique" dont les idées et les sentiments sont, comme dans le rêve, l'expression symbolique des complexes inconscients (signes "secondaires").*"³ Cette conception théorique de la schizophrénie fit autorité, d'autant qu'elle s'inscrivait dans le courant de la psychopathologie organo dynamiste. Mais la référence au dévoilement des processus inconscients comme spécifiant les troubles schizophréniques fait perdre à ces affections des repères diagnostiques précis. D'ailleurs pour Bleuler, tous les malades mentaux sauf les maniaco-dépressifs, les névrosés, les épileptiques et les "*organiques*" entrent dans le groupe des schizophrénies. "*Comme si la schizophrénie était une sorte de rupture avec la réalité qui peut être épisodique ou définitive dont l'habitus peut être une simple attitude **d'introversion** ou **une profonde régression autistique de la personnalité***".⁴ (c'est moi qui souligne). A partir de quoi toute affection qui approche de près ou de loin à cette définition pourrait être diagnostiquée schizophrénie. D'une certaine manière on en est toujours là. En particulier dans les pays anglophones.

3 Ibidem page 475

4Ibidem page 475

- En effet, pour le DSMIV la schizophrénie peut être diagnostiquée si on retrouve deux symptômes ou plus parmi ceux-ci-dessous et ils doivent être présents depuis au moins un mois:

- Délires
- Hallucinations
- Discours désorganisé
- Comportement désorganisé
- Eoussement affectif
- Alogie
- Avolition

De fait on peut différencier trois critères qui font suspecter la schizophrénie

- Un dysfonctionnement social ou professionnel
 - Relations interpersonnelles perturbées
 - Incapacité à l'investissement au travail
 - Incapacité à prendre soin de soi
- Persistance de ces symptomatologies
 - Les signes des troubles précédents persistent depuis au moins six mois
- Par ailleurs le DSMIV propose une classification de la schizophrénie en cinq types:
 - Paranoïde
 - Catatonique
 - Désorganisé
 - Indifférencié: les symptômes sont présents mais ne permettent pas de les classer dans les trois premiers types
 - Résiduel: absence d'hallucination et de délire.

- Ey et ses collaborateurs ont une conception différente de la schizophrénie: "*Nous pensons qu'il faut définir la schizophrénie comme une psychose chronique qui altère profondément la **personnalité*** (c'est moi qui souligne. On verra ultérieurement que je considère que la schizophrénie n'est pas une maladie qui affecte la

personnalité mais la subjectivité. La détérioration de la personnalité moïque est la conséquence d'une autre défaillance) *et qui doit être considérée comme une espèce d'un genre: les psychoses délirantes chroniques. Elle se caractérise par la manifestation d'une tendance profonde à cesser de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans une pensée autistique, c'est-à-dire un chaos imaginaire*". Pour eux le diagnostic de schizophrénie peut-être posé quand on relève un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence idéo-verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments. Troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité. On ne peut qu'être d'accord avec ce tableau clinique qui a le mérite de circonscrire les limites de la schizophrénie. Encore que l'on pourrait contester que la pensée autistique dont ils font état débouche sur un "*chaos imaginaire*". Pour ce qui me concerne je parlerai plutôt de "**chaos symbolique**". Mais ce qu'il faut retenir de cette prise de position d'Ey et de ses collaborateurs, c'est que pour eux on ne peut aujourd'hui dresser une table de symptômes spécifiques ou pathognomonique (encore que, comme nous le verrons plus loin) de la schizophrénie. Pour eux c'est plutôt "*l'organisation progressive des troubles à leur mouvement évolutif que l'on reconnaîtra le processus schizophrénique*". En d'autres termes, on ne peut pas dire que le symptôme d'automatisme mental, les intuitions délirantes, les signes catatoniques, les pulsions meurtrières parricides etc... signent à tous coup la schizophrénie. Ce qui va assez bien dans le sens de ce que je propose quand parle de "**psychonévroses dissolutives**", j'y reviendrai. Car ces auteurs quand ils parlent de schizophrénie se fondent plus pour établir un diagnostic différentiel sur l'évolution et l'organisation de la maladie au cours du temps que sur un catalogue de symptômes. **Ils parlent, à raison, de processus schizophrénique**. De fait la schizophrénie est l'aboutissement d'une transformation psychique dissolutive qui se déploie en trois moments: le début, la période d'état, le délire paranoïde envahissant.

- Néanmoins ils distinguent quatre formes de début et d'évolution de cette psychose.
- Les formes progressives et insidieuses où ils postulent qu'une "*prédisposition caractérielle*" évolue continument et lentement jusqu'à la schizophrénie proprement dite.

- À l'inverse l'entrée dans la schizophrénie peut se faire sur un mode aigu par un grand accès délirant ou catatonique.
- Un troisième type où, sur un fond évolutif lent, apparaissent par intermittence de grands épisodes délirants ou catatoniques. C'est une forme d'évolution cyclique.
- La schizophrénie peut s'installer par l'apparition brutale de symptômes "*d'autant plus déroutant qu'ils sont isolés*". C'est la forme monosymptomatique.⁵
- Pour les formes d'entrée progressives et insidieuses, ces auteurs proposent deux cas de figures qui se présentent comme des états constitutionnels prépsychotiques.
 - D'une part la schizophrénie peut découler d'un état de personnalité réputé "schizoïde". Personnalité schizoïde où on retrouve une rigidité de caractère, une indifférence aux événements du monde (athymhormie de Dide et Guiraud), des sentiments paradoxaux sous forme d'intérêt exclusif subits, une hostilité envers la famille...
 - D'autre part la schizophrénie peut prendre l'allure d'une névrose plus ou moins proche de l'hystérie qui évoluerait par poussées successives. Il y aurait alors passage des troubles de la série de conversion, des crises d'excitation, d'amnésie, à la série discordante d'impulsivité, de catatonie et d'autisme. Ces auteurs parlent alors de "*pseudo névrose*" ou de "*schizonévrose*". Il n'est pas sûr que pour eux il s'agisse d'un passage d'une structure (névrotique) à une autre (psychotique) où l'on verrait à l'œuvre un véritable processus de "dissolution". C'est bien évidemment ce que je propose. Reste tout de même que ces auteurs remarquent qu'il est plus rare de trouver une forme obsessionnelle de "*préschizophrénie*" arguant du fait que la névrose obsessionnelle constitue en général un mode de défense si cohérent et finalement si solide que le sujet trouve en général un mode de défense efficace contre la désagrégation du Moi.⁶ Ce qui va dans le sens de ma proposition qui est de situer la névrose

5 Ibidem pages 509-510

6 Ibidem page 571

obsessionnelle du côté des psychonévroses de défense. Malgré ces indications cliniques sûres, il faut garder à l'esprit que pour ces auteurs "schizonévrose" ou "pseudo névrose" sont des masques défensifs qui retardent l'apparition d'une structure schizophrénique sous-jacente. La schizophrénie est déjà là. Il n'y a pas là de "structure de transformation" possible

□ Dans ces deux formes insidieuses d'entrée dans la schizophrénie (schizoïde ou névrotique) on constate une installation du délire progressive qui constitue en fin de processus une modalité stable de relation au monde et de pseudo communication avec autrui. Dans cette occurrence, où le délire s'installe durablement ces auteurs parlent d'une "*fissuration du Moi*" qui signe la structuration de la psychose schizophrénique proprement dit. Celle-ci se perçoit dans l'entretien clinique par des signes minimes : temps de latence des réponses, attitude de refus, méfiance, distraction, rêverie. Le syndrome d'automatisme mental s'installe avec ses phénomènes hallucinatoires d'écho de la pensée et de vol de la pensée. Les thèmes sont hypochondriaques, d'influence, d'empoisonnement, de transformation corporelle (le corps sans organes, nous y reviendrons) de possession diabolique ou érotique, quelque fois mégalomane comme dans la paraphrénie. Parfois ces idées délirantes s'installent en système idéologique qui se développe en intriquant des spéculations abstraites et des "*intuitions délirantes*". Ces systèmes idéologiques apparaissent alors comme des mécanismes de défense du Moi que Minkowski appelait "*rationalisme morbide*", il est à noter que, hors les hallucinations qui sont dans la schizophrénie le moteur de ce rationalisme morbide, on retrouve dans l'hystérie ce type de système idéologique rationalisé. Dans l'hystérie ces causes prennent souvent pour base des positions scientifiques détournées de leur objectivité. Surtout dans l'hystérie paranoïde comme je l'avais évoquée précédemment. Mais dans la schizophrénie **ce rationalisme morbide n'alimente aucune cause** Il constitue une tentative de reprise existentielle substitutive à une présence au monde subjective absente.

■ Dans la forme d'entrée aiguë dans la schizophrénie, tout se passe comme si l'irruption du délire et des hallucinations se faisait sans signes avant-coureurs de type personnalité schizoïde ou schizonévrose hystérique. Il y a basculement catastrophique. Les hallucinations et le délire font irruption de manière brutale sous la forme d'une bouffée délirante en apparence atypique. Dans ces conditions, il est bien difficile de poser d'emblée un diagnostic et un

pronostic de schizophrénie. On sait que dans le cas des bouffées délirantes aiguës, 40% à 50% de ces accès disparaissent et ne débouchent pas sur une psychose chronique (dans certaines analyses en phase terminale on peut assister à ce déclenchement de bouffée délirante aiguë mais sans hallucination: il s'agit du retour dramatique au processus de subjectivisation). Ce qui peut faire suspecter une schizophrénie sont l'importance des hallucinations et le syndrome d'automatisme mental (écho de la pensée, syndrome d'influence)

- L'entrée dans la schizophrénie sous forme monosymptomatique est encore plus dramatique. Il s'agit de comportement impulsifs plus ou moins médico légaux : dévergondages sexuels, agression absurde, fugues, claustration, tentative de suicide ou d'autocastration. Le caractère énigmatique de ces actes impulsifs impose le diagnostic de schizophrénie. Mais l'acte le plus emblématiquement schizophrénique est le parricide ou le matricide perpétrés très souvent dans l'ambivalence: "je t'aime mais il faut que je te tue". Là aussi, il n'y a pas de signe avant-coureur qui précéderait le passage à l'acte schizophrénique

Ces trois types d'entrée dans la schizophrénie, le polymorphisme qu'ils attestent, montrent "*que la schizophrénie n'est pas au début de l'évolution mais à la fin.*"⁷

LA PÉRIODE D'ÉTAT

- Fidèle à leurs présupposés organo-dynamiques, ces auteurs voient l'évolution vers la période d'état en deux phases. Deux syndromes: un syndrome "négatif" de dissociation, un syndrome "positif" de délire autistique. Vous savez que pour eux, la période d'état, ici schizophrénique, correspond à la restructuration de la personnalité au niveau d'une organisation psychique plus archaïque. C'est pourquoi ils estiment que le délire autistique, qui suit le travail de déstructuration du syndrome dissociatif peut être considéré comme l'expression d'une nouvelle personnalité de celui qui l'a subi à titre "positif". Mais par ailleurs, ils considéraient que ces deux syndromes ont des caractères communs:
 - L'ambivalence qui consiste à éprouver simultanément deux éléments psychiques antagonistes et contradictoires:

⁷ Ibidem page 514

- Désir/crainte
- Amour/haine
- Affirmation/négation

Ils sont vécus conjointement mais séparément dans une sorte de clivage fou et aux juxtapositions folles. J'y faisais allusion toute à l'heure en évoquant le parricide ou le matricide: "Je t'aime, je te tue".

- La bizarrerie qui se présente comme une sorte de paradoxe enchaînés de manière étrange ou fantastique.
- L'impénétrabilité qui se traduit par une présentation énigmatique, l'hermétisme de ses propos, l'irrationalité de ses conduites et de ses projets. Tout dans sa présence au monde est incompréhensible.
- Le détachement se joue dans un retrait du monde et retour sur l'intérieur de soi. Il y a comme un mouvement centripète des investissements qui se concentre dans une vie intérieure "*autistique*" ce qui ne veut pas dire pour autant qu'il y ait la mise en place d'une "*indifférence affective*" à l'égard d'autrui⁸. De fait l'affectivité est un danger qu'il faut faire disparaître.

Les constantes que l'on retrouve en toile de fond de toute schizophrénie sont le résultat du double mouvement dont je viens de faire état. D'abord la déstructuration de la personnalité sous l'effet d'un processus de dissociation (syndrome négatif "*organique*" dans la conception de ces auteurs), puis restructuration psychique sous l'effet du délire paranoïde d'une personnalité autistique (syndrome positif).

■ **Le syndrome dissociatif**

Il se présente comme la mise en place d'un désordre psychique sous l'effet d'un processus généralisé de discordance (constitué par des éléments opposés et incompatibles). On peut évoquer comme moteur de ce phénomène de discordance la tendance psychique à la dislocation. Cette discordance, cette dislocation, affecte les phénomènes de pensée (et donc le champ de la conscience de la conscience), le langage, l'habitus corporel, la déréalisation de la vie affective.

□ **Les troubles de la pensée**

8 Ibidem page 515

Les auteurs s'accordent à penser que l'intelligence du schizophrène est conservée. On constate en effet que les schizophrènes qui "guérissent" recouvrent une intelligence intacte et même les connaissances antérieurement acquises (on peut évoquer à ce propos le cas de John Forbes Nash, ce prix Nobel de statistiques qui une fois guéri réintègre ses fonctions de chercheur et de professeur). Je dirais plutôt que la pensée n'est pas conservée, ce sont les processus neurocérébraux de cognition qui le sont. La pensée, en tant qu'elle permet une représentation du monde réelle et une communication, disparaît avec la désorganisation rudimentaire de l'appareil psychique. Si elle est conservée, elle est gravement perturbée. Il y a un affaiblissement et une discordance des phénomènes de traitement des informations. Chez le schizophrène, la pensée (pseudo pensée) apparaît phénoménologiquement embrouillée et désordonnée. Ce dérèglement peut prendre essentiellement trois aspects:

- Tantôt elle est ralentie jusqu'à la persévération (stagnation, rumination mentale, dénomination automatique des objets)
- Tantôt elle est précipitée et prolix
- Tantôt elle est elliptique et discontinue

En tout état de cause, la pensée du schizophrène se présente comme une production idéique chaotique. Ses associations s'enchaînent par contamination, dérivation, substitutions et débouchent sur des propos extravagants. Une des caractéristiques de l'expression de cette pensée extravagante est qu'elle est discontinue. Elle s'interrompt et se suspend comme si elle rencontrait un "barrage"... Barrage qui détermine un arrêt brusque comme si la pensée s'éclipsait. A un moindre degré le cours de la pensée peut être affecté par un effet de "fading mental". Comme s'il y avait de la part du locuteur une sorte de détachement vis-à-vis du contenu de ce dont il est en train de parler. Pour ces auteurs ces deux symptômes de barrage et de fading de la pensée peuvent être considérés comme des signes **quasi pathognomoniques** de la schizophrénie.

Toutes ces discordances idéiques manifestent, en fin d'analyse, une absence d'intentionnalité de l'acte psychique de penser. Mais il n'y a pas, à proprement parler, un affaiblissement global et basal progressivement démentiel. Ces auteurs évoquent, après Bleuler, une régression à une pensée archaïque déréelle. Gouvernée, disent-ils, par les exigences affectives primaires. Il s'agirait alors d'un retour vers une pensée magique infantile qui adopterait l'animisme des primitifs (l'influence de Jung sur Bleuler est visible) et les archétypes symboliques propres à cet état. Cette pensée

serait déréelle dans la mesure où elle est à la fois paralogique, syncrétique et symbolique. Pour ce qui me concerne, je considère que le recours à l'abstraction n'a pas pour objectif de comprendre la réalité des corps et du monde mais bien plutôt de se détacher de la réalité et de fonctionner comme des abstractions formelles produisant du vide. C'est une pensée qui tourne à vide.

▣ **Les troubles du langage**

Ce qui frappe d'abord dans l'utilisation de la langue chez le schizophrène c'est que cette dernière ne sert pas à communiquer avec autrui. Il y a même un refus "intentionnel" d'établir un contact verbal qui se traduit par une attitude mutique ou semi mutique. Ce mutisme peut être coupé par des impulsions verbales agressives de type injures, blasphèmes, obscénités ou, dans une intensité moindre, par des réponses à côté, saugrenues, déconcertantes. Réactions qui ont pour but de tenir l'interlocuteur à distance. Si le schizophrène fait mine de parler, il ne s'adresse à personne. Il poursuit à haute voix une rêverie verbale intérieure sans intention de rencontre ou d'échange avec quiconque. Même dans sa manière de parler, l'intonation, le rythme, la structure des mots sont désintégrés de telle sorte de rendre le discours totalement inaccessible à autrui. Dans le même ordre d'idées il y a chez le schizophrène une propension à un détournement sémantique de la langue. Il y a une tendance à la fabrication de néologismes, soit qu'il crée des mots nouveaux, soit qu'il donne un sens autre que celui du sens commun à des mots existants. De même il y a chez lui une déstructuration de la syntaxe qui fait dire à ces auteurs que toutes ces déformations linguistiques aboutissent pour le schizophrène à produire une "salade de mots", un galimatias dont l'objectif est interprété par eux comme un moyen de rendre l'expression verbale hermétique à autrui, ce qui n'est sans doute pas exact. On donne à ce symptôme une intentionnalité intersubjective qu'il n'a pas.

▣ **La désorganisation affective**

Cette psychose combine inextricablement des troubles intellectuels et des troubles affectifs. On considère que les troubles affectifs constituent les couches profondes, l'infrastructure, des autres troubles dans la conception d'Éy et de ses collaborateurs, chez le schizophrène il y aurait une tentative d'exclusion radicale et systématique de la vie affective. Le schizophrène apparaît comme insensible, froid et indifférent. De fait cette tentative de détachement extrême cache une grande sensibilité. Dans le cas de la névrose on parlerait d'une formation

réactionnelle. Dans le cas de la schizophrénie, il faut parler de discordance. En effet, tout se passe comme si cette tentative de formation réactionnelle échouait et débouchait sur la cohabitation simultanée de ces deux attitudes affectives incompatibles. Cohabitation impossible aboutissant à des conduites paradoxales et incompréhensibles qui dénotent un affrontement de ces intentions contradictoires. On évoque à ce propos les jaillissements impulsifs irrépressibles "*de forces instinctuelles pulsionnelles*". Cette confrontation aboutit à une véritable rupture de communication avec l'entourage, même si en apparence il semble y avoir de la part du schizophrène une apparence d'intégration familiale et sociale. De fait ces auteurs considèrent que la communication avec l'entourage n'est pas tout à fait coupée mais totalement falsifiée. Ce n'est pas ma position, comme on le verra ultérieurement: les personnes de l'entourage sont purement et simplement des éléments concrets du délire. Pour ce qui me concerne je dirais qu'ils sont réduits à l'état de signes parmi d'autres signes, sans existence réelle... Par exemple disent-ils: "*les parents sont successivement indispensables et haïs, la mère ne peut être quittée mais le schizophrène ne lui adresse que des paroles de haine, elle peut être accusée d'être une empoisonneuse, elle est l'objet d'une jalousie féroce. Le père est pris dans les mêmes ambivalences: détesté et respecté. Il est redouté comme un juge et adoré comme une mère. Les frères et sœurs sont l'objet de mêmes exigences pulsionnelles*".⁹ Ces auteurs considèrent que le malade projette dans sa situation familiale ses fantasmes et ses affects refoulés archaïques. Cette discordance d'intention dans les relations familiales et sociales se traduit par des expressions émotionnelles elles aussi paradoxales. "*Elles paraissent immotivées ou déplacées*". "*Telle jeune mère reste indifférente devant son enfant qui l'appelle alors qu'elle est intérieurement dévorée par l'inquiétude de le perdre ou encore telle personne éclate de rire à l'annonce de la mort de sa mère*". Dans ces exemples il semble y avoir une logique de l'ambivalence évoquée antérieurement. Mais cette discordance peut pour le clinicien s'avérer impénétrable et incompréhensible. Ainsi ces auteurs prennent pour exemple des cas où le schizophrène manifeste une peur intense devant une tasse à café ou des pommes de terre. Encore qu'ils précisent que dans la relation thérapeutique avec ces patients le lien "latent" (je dirais délirant) de cause à effet peut se révéler sous forme de fantasmes ou de

9 Ibidem page 518

symboles qui expliquent (rationalisent) ces réactions paradoxales. De fait, le "sens" issue d'un prétendu système de significations cachées que le clinicien croit révéler n'est que le résultat de sa propre mythologisation constante dans la relation thérapeutique. Le schizophrène est en position de Pythie dont le praticien interprète les énigmes pseudo sémantique. Il projette Il en est de même pour les "*fous rires immotivés dont les schizophrènes sont coutumiers*."¹⁰

Evidement cette désorganisation affective intervient aussi dans la sexualité du schizophrène qui peut se présenter soit sur le mode auto-érotique (narcissique disait Freud: à tort, dans la théorie freudienne le narcissisme renvoie à l'investissement pulsionnel du Moi...absent chez le schizophrène): contemplation dans le miroir, caresses de son corps, masturbation effrénée... Mais aussi sous forme de manifestations antithétiques: mutilation, tentative de castration... Cette désorganisation de la sexualité peut se manifester de manière "pseudo-génitale" sous la forme de recherche sexuelle du père ou de la mère (dans le même temps où ces personnes peuvent être haies et la cible d'une haine meurtrière). Cette recherche sexuelle peut être déplacée sur des substituts élus de manière immédiate (le médecin l'infirmière). Elle peut se manifester aussi sous la forme d'agression sexuelle, d'exhibitions, de prostitution. Toutes manifestations marquées du sceau de la froideur et de la gratuité qui contrastent avec la brutalité et l'impudeur de ces actes.

▣ **La désorganisation psychomotrice**

Cette désorganisation se manifeste au niveau d'une présence au monde particulière qui se caractérise essentiellement par une inertie. Cette inertie traduit une intention du schizophrène d'être coupé (ou protégé) du monde. Sur le plan comportemental cela se traduit par les signes suivants:

- Le négativisme que H. Ey définit comme "*le refus de tout contact avec autrui et le réel*":
 - Refus du regard
 - Mutisme
 - Refus du contact (de la main tendue par exemple)
- La passivité
- L'apragmatisme
- La perte d'initiative motrice
- Raideur
- Attitude figée
- Résistance aux tentatives de mobilisation

10 Ibidem page 519

- Catalepsie qui se traduit par "une flexibilité cireuse" consistant pour le schizophrène à garder une position (imposée ou non par autrui) même si elle est inconfortable (signe de l'oreiller: la tête reste surélevée lorsqu'on enlève l'oreiller)
- Le maniérisme, pathétisme, stéréotypie
- L'écholalie
- L'échopraxie

Cette tendance à l'inertie peut avoir une issue létale par anorexie ou déshydratation. Dans cette occurrence il ne s'agit pas d'une véritable anorexie mais de la conséquence de cette tendance incoercible à l'inertie.

Merci de votre attention,

Marc Lebailly