

- R. Bocquet, Secteur 3, CH S^{te}-Anne, Paris
- B. Chrzanowski, Secteur 3, CH S^{te}-Anne, Paris
- S. Pereira Lopez, Secteur 3, CH S^{te}-Anne, Paris
- P. Favre Taillaz, Secteur 3, CH S^{te}-Anne, Paris
- A. Mirdjalali, Secteur 3, CH S^{te}-Anne, Paris
- C. Perrot, Secteur 3, CH S^{te}-Anne, Paris
- Dr Velasco, Secteur 3, CH S^{te}-Anne, Paris

« Famille de naissance. Renaissance en famille. »

Nous avons choisi de vous présenter notre travail de réflexion autour d'un aspect, à notre avis, peu élaboré, de notre pratique. Il s'agit du caractère spéculaire, en miroir, du lien qui peut exister entre le patient et la famille d'accueil. Nous verrons comment, de prime abord, ceci est en lien avec son rapport avec sa famille d'origine mais, surtout, avec le lien que le sujet entretient avec sa propre structure psychique. C'est un travail en cours de réflexion que nous vous présentons dans cet atelier, non-fini, et, pourrait-on dire, infini ? C'est donc une chance de pouvoir réfléchir ce matin à côté d'une équipe qui est confronté au même problème que nous.

Le cas que nous avons choisi d'exposer, avec les modifications qu'impose l'anonymat, est celui d'une femme qui vit dans une famille d'accueil depuis plus de deux ans, après un long parcours de vie institutionnelle de plus de vingt ans. C'est donc, un de ces cas de patients que l'on appelle chroniques, autant par sa pathologie, une psychose déclenchée à l'enfance, que par quelques stigmates institutionnels. C'est une femme qui, depuis que nous la connaissons, s'exprime peu. Elle ne donne pas facilement de détails sur sa vie passée, bien moins, certainement, qu'avec sa thérapeute qu'elle voit une fois par semaine. Elle s'exprime donc souvent sur la forme de plaintes somatiques répétées, ou bien en se focalisant sur certains passages douloureux de sa vie.

Alors, pour des patients comme elle, l'AFT peut s'avérer d'une grande richesse clinique puisque nous assistons à ce que l'on peut appeler une clinique en situation relationnelle, ce qui peut nous apporter des éléments essentiels à la compréhension du cas et peaufiner, ainsi, notre travail.

En effet, à différence des entretiens psychiatriques classiques, l'accompagnement de cette femme dans un AFT, nous donne l'opportunité d'observer le mode relationnel que le patient établit avec le monde à travers cet « échantillon », morcelé, qui représente la famille d'accueil pour un patient.

Ce rapport transférentiel nous renseigne aussi sur un rapport plus large, avec l'Autre, ce qui inclut, bien entendu, sa propre famille d'origine. Lorsque nous engageons un travail avec la famille du patient, quel que soit le nombre des personnes qui assistent, nous convoquons un signifiant très particulier, La Famille, lui-même présent dans l'esprit du patient dès lors que nous parlons d'un projet de vie dans une famille d'accueil.

C'est donc une hypothèse qui pourrait se résumer ainsi : le lien qui s'établit entre un patient et la famille d'accueil se fonde, *en partie*, sur un rapport spéculaire. Ce rapport à un double rend compte de certaines difficultés que nous rencontrons dans des prises en charge en AFT et n'est pas étranger au rapport que le patient a établi avec sa propre famille. Mais, au-delà de ce rapport c'est le type de rapport que le patient entretient avec lui-même à travers ce double miroir aux contours flous constitué par la famille d'origine et la famille d'accueil.

Cas Clinique :

Le cas dont je vais vous parler est celui de Mlle V, qui est l'aînée d'une fratrie de deux sœurs. Leur mère, institutrice de profession, est décédée à l'âge de 55 ans dans une déchéance sociale majeure. Le père, agent commercial, est qualifié par Mlle. V, comme un fou paranoïaque, maltraitant et dangereux, aussi bien pour elle que pour sa mère. Peu d'éléments nous sont connus de lui. Il se serait suicidé, apparemment.

Dans la génération des grands parents, on trouve des figures de proue du mouvement psychanalytique français du XX^e siècle, ce qui a permis à Mlle V. de bénéficier de soins attentifs et diversifiés, avec des mesures spécialisées et des mesures éducatives multiples (cours privés de langues, piano, danse, etc.). Or, Mlle V garde un souvenir très nuancé de tous ces efforts familiaux. Elle se vante d'avoir quelques mots dans d'autres langues, mais elle pense que tout cela l'a mis dans une position d'objet que l'on gâve sans cesse. Et c'est bien une des choses qu'elle redoute le plus : être trop gâté par la dame d'accueil. Nous pouvons voir les difficultés d'un sujet lorsqu'il est pris complètement pris en charge par sa famille.

Un événement familial précoce est venu marquer cette femme et sa famille. C'est un moment où co-incident différents aspects. La naissance de sa petite sœur survient au même moment que l'on découvre l'existence d'une relation extraconjugale du père ainsi que la naissance d'un enfant de cette relation, le tout donnant lieu à une séparation des parents.

Le récit familial donne l'image d'une Mlle. V. comme «un bébé géniale » jusqu'à l'âge de 18 mois, moment de la naissance de sa sœur. Les premiers mouvements agressifs commencent lorsque Mlle. V. essaie de frapper le ventre de sa mère

enceinte. Cette agressivité augmente après la naissance sans que l'émergence de la parole ne soit au rendez-vous. En effet, agressivité et mutisme ont caractérisé l'enfance de Mlle. V., qui dit n'avoir commencé à s'exprimer que vers l'âge de 11 ans. À sa place, des gestes agressifs inquiétants car répétés qui sont restés comme des composants fondamentaux des griefs que la sœur lui adresse et qui renvoient à un acte pour le moins étonnant : un jour, au moment du déjeuner, Mlle V. a pris un couteau et a essayé de « tuer l'ombre de sa sœur ».

Arrêtons-nous quelques instants pour commenter cet acte agressif, à la lumière des travaux de deux psychanalystes : Otto Rank et Jacques Lacan.

Otto Rank, psychanalyste contemporain de Freud, a écrit un remarquable travail sur la question du double publié en 1914, où il explore ses multiples interprétations possibles. À partir des éléments littéraires, mythologiques et cliniques, Otto Rank fait une analyse sur le mode de rapport que l'être humain établit avec son Moi devenu indépendant à travers la figure d'un double¹. Pour Rank, l'ombre d'une personne était, dans un monisme primitif, la première tentative de l'homme pour situer son âme. Cette croyance évolua à travers le temps avec une opposition dualiste entre l'être et son ombre qui devint la partie obscure de l'individu. Dans son analyse sur les exemples de la littérature Rank étudie, parmi d'autres, l'œuvre de grands auteurs connus : Hoffmann, (*L'Histoire du reflet perdu*, *Les élixirs du diable*, *Le double*), ou bien celle de Goethe, (*Fiction et vérité*), de Maupassant, (*Le Horla*) Dostoïevski, (*Le Double*), Wilde (*Le portrait de Dorian Gray*). Il devient claire à la lecture de cette analyse, que le double devient fréquemment un persécuteur indéfectible pour les personnages et c'est bien l'une des difficultés de notre pratique, facilement mis en évidence chez des sujets paranoïaques.

Otto Rank dessine un grand nombre de pistes d'étude de la problématique du double : Il évoque la division de la personnalité². Mais il évoque aussi « La superstition qui a rapport à la renaissance du père dans le fils » chez les Zoulous³. Plus encore, chez les Chrétiens, l'idée l'existence d'un ange et son rival le diable, figures de vie et de mort, montrent déjà une intuition concernant l'origine double de ces productions dans les individus,⁴ une hypothèse qui fit le lit des variantes religieuses dualistes. Enfin, sans pouvoir faire une liste exhaustive de ses réflexions, disons que dans le double gisent, pour Rank, des aspects les plus variés

¹ Rank O., *Don Juan et le Double*, Payot, Paris 1973, p. 17

² *Idem*, p. 55

³ *Idem*, p. 60

⁴ *Idem*, p. 72,73

comme l'amour narcissique,⁵ la crainte et le culte des jumeaux⁶, dans l'amour et la haine de l'autre,⁷ et la punition auto infligée à travers des mythes aussi répandus dès nos jours que celui du diable.⁸

Dans une ligne plus clairement clinique, Jacques Lacan a décrit dans son article sur Le stade du Miroir, publié en 1938 la fonction à jamais constituante et aliénante de la figure spéculaire du double⁹. Dans la psychose, là où le je doit advenir, le Moi reste figé et conflue vers lui le rapport du sujet au monde. Il a ensuite abordé cet aspect dans son Séminaire III sur Les psychoses en décrivant avec précision les effets de capture imaginaire dans lequel se trouve le sujet psychotique face à un semblable qui occupe la place d'un double, ce qui est repérable dans notre clinique quotidienne. La capture imaginaire n'est pas prévaut sur l'axe symbolique qui, lui, ne produit pas les effets de distanciation avec l'autre. L'agressivité est alors l'une des conséquences parmi d'autres de ce seul mode de rapport.

Or, c'est bien dans cet axe qui se trouvent les deux sœurs ce qui est manifeste dès qu'on les réunit dans un même espace. Tout en vantant la beauté de sa petite sœur, Mlle. V. devient agressive en actes envers sa sœur. Celle-ci, à un degré moindre, mais aussi présent, adresse ses griefs et, dans un élan d'enrichir les éléments biographiques, corrige sans cesse la version de sa sœur. C'est bien l'une des conséquences de la forclusion du Nom du Père qui pose de problèmes à Mlle. V. Ne disposant pas d'un signifiant clé de voûte du registre symbolique, elle se place souvent sur le registre imaginaire, où le double devient le support de prédilection. Je cite Lacan : « Dans la mesure où le rapport reste sur le plan imaginaire, duel et démesuré, il n'a pas de signification d'exclusion réciproque que comporte l'affrontement spéculaire, mais l'autre fonction qui est celle de la capture imaginaire ».¹⁰ L'autre devient un double pour le sujet.

Si l'on prend en compte l'apport de Rank et de Lacan, le double de l'ombre de la sœur que Mlle. V. a voulu tuer représente une image qui, en partie, la constitue elle-même. C'est un double du double. C'est un autre et en même temps c'est elle-même. C'est une prothèse imaginaire là où le symbolique, la parole, fait défaut.

⁵ *Idem* p. 75

⁶ *Idem* p. 89

⁷ *Idem*, p. 109,110

⁸ *Idem*, p. 115

⁹ Lacan, J., Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, in *Ecrits*, Seuil, Paris 1966, p. 93

¹⁰ Lacan, J. Le séminaire, livre III, Les psychoses, Seuil, Paris 1981, p. 230,231.

Mlle. V. se positionne souvent dans ce même registre lorsqu'il s'agit de décrire son lien avec la dame d'accueil. Il n'est pas question, là, d'actes agressifs envers celle-ci, mais bien d'une ambivalence majeure. Dans ce rapport, sont convoqués à la fois le versant imaginaire mais aussi la réaction d'opposition à toute tentative d'être trop gâtée par la dame d'accueil. C'est une crainte de se retrouver dans la position qu'elle a occupée pendant une bonne partie de sa vie. Mlle. V. confirme ses craintes lorsqu'elle nous dit avoir une méfiance envers l'Autre qu'elle décrit comme hostile et carnivore. Et c'est là qui gisent nos efforts, dans la position prise par l'équipe lors de son accompagnement dans le dispositif d'AFT. Or, c'est une position qui ne peut pas être une figée. Elle évolue au gré des variations fréquentes dans le lien entre Mlle. V. et la dame d'accueil. Parfois notre position peut être comparé à celle d'un arbitre qui doit prendre en compte des règles et des limites sans oublier que des nuances sont à porter constamment dans le cadre complexe de l'AFT. Les limites ne sont pas toujours à mettre du côté du patient. Les bonnes intentions voire la compassion de la dame d'accueil peuvent mettre Mlle. V. dans une position inconfortable qui la pousse à l'étouffement et, ainsi, à la colère. Aussi, l'un des efforts sans cesse renouvelés consiste à inviter la dame d'accueil à ne pas se situer sur le même registre spéculaire de la relation, ce qui n'est pas chose aisée, notamment lorsque Mlle. V. lui adresse ses doléances ou des reproches.

Le propre de la clinique, c'est de nous apprendre au cas par cas, et ces réflexions qui nous orientent dans notre accompagnement du cas peuvent ne pas être généralisés. Par ailleurs, nous aurons pu ouvrir des multiples tentatives d'élaboration psychopathologique, et peut-être cela nous permettrait d'avoir une élucidation majeure du cas. Nous pourrions éventuellement en parler dans la discussion qui va suivre. Mais, pour étayer l'hypothèse initiale nous en resterons là pour l'instant.

Il reste, pourtant, à évoquer ce que nous a apporté des entretiens familiaux engagés depuis 6 mois, ainsi que d'éclairer le titre de notre exposé qui pourrait rester, sinon, un peu trop romantique.

Cela n'était pas la première fois que des entretiens avec la famille d'origine étaient engagés. En 1999, l'équipe de l'intra-hospitalier avait déjà commencé ce type de travail avec des résultats très positifs au début. Les observations faites rendent compte d'un recueil d'éléments biographiques importants. Mais, au bout des 3 séances l'agressivité verbale et physique de Mlle. V. envers sa sœur ont rendu impossible la poursuite du travail.

Les entretiens que nous avons engagés avec la famille, qui était resté très en retrait jusqu'alors, ont eu une évolution similaire. Ceci nous a permis de prendre

conscience du grand attachement spéculaire qui relie la patiente à sa sœur, avec des propos mielleux mais des actes agressifs. D'une manière plus large, nous avons constaté que l'agressivité souvent réciproque, est souvent compréhensible vue les antécédents mais elle l'est aussi par un autre biais. L'agressivité qui s'exprime comme nous le savons de différentes manières a deux origines différentes selon qu'il s'agisse de Mlle. V. ou de sa famille. Pour la première, il s'agit d'une capture imaginaire structurale, psychotique. Pour la deuxième, il s'agit d'un retour du refoulé qui accompagne les griefs qui ne cessent de faire irruption. Pouvoir identifier l'origine différente d'un même symptôme peut s'avérer utile lorsqu'il s'agit de remanier le cadre, et c'est l'un des bénéfices de ce travail avec la famille d'origine.

En effet, c'est ainsi que nous avons été conduits à re-évaluer récemment le cadre. Nous avons interrompu, pour l'instant, les entretiens familiaux où se retrouvent ensemble la patiente et sa famille. Recevoir la patiente dans un premier temps puis la famille dans un deuxième temps fut l'aménagement le plus adapté pour nous. Cela nous a permis de poursuivre le recueil d'éléments biographiques et, ainsi, de mettre Mlle. V. dans une perspective historique diachronique inexistante jusqu'alors. En effet, les éléments de vie dont la patiente ne peut pas rendre compte nous sont apportés par la famille sans les mettre dans un face à face. Mais, et c'est là, un des bénéfices de ce travail avec la famille des patients chroniques, Mlle. V. est réintégrée dans une histoire, avec un passé, et un avenir à construire.

Si la famille d'accueil représente une réelle chance de fonder un avenir digne pour un patient aussi handicapé, c'est grâce à la mise en perspective historique que nous pourrions réussir. La famille de Mlle. V. est, ainsi d'une grande aide pour nous, car elle vient palier le manque de précisions biographiques de ce qu'a vécu, et que continue à vivre, Mlle. V. nous a fait part récemment de la place à laquelle elle nous met lorsqu'elle s'adresse à Mme. Mirdjalali, psychologue de notre unité : « Mme. Duplicata prenez ma défense ». Cette identification vaut autant pour la demande de positionnement qu'elle nous adresse en tant qu'équipe. Mais cela représente aussi, comme nous l'avons vu avec cet exposé, une mise en garde pour la suite de notre accompagnement des risques encourus à se placer dans cette place de double. Là où prédomine l'imaginaire, nous devons déplacer le rapport sur un autre registre afin d'éviter le piège que le double nous offre.

Renaissance en famille est autant une nouvelle vie dans une famille d'accueil que le long et difficile processus pour retrouver une place dans sa famille de naissance et dans son histoire.