Prolégomènes au cas Fairchilde
Pierre-Henri Castel

« À père paranoïaque, fils schizophrène. »
Propos de salle de garde en psychiatrie, *circa* 1970 (collection privée)

L'exposé d'une cure psychanalytique à des fins de recherche savante concentre plusieurs défis redoutables[1]. J'en rappellerai pour commencer quelques-uns, d'ordre général, mais aussi d'autres qui valent plus particulièrement pour le récit du suivi psychanalytique au très long cours d'une psychose sévère : en l'espèce, une schizophrénie, socialement invalidante, qui a exigé plusieurs hospitalisations, et qui s'est terminé par le suicide du patient. Ce récit, *Le Cas Fairchilde*, est en cours d'écriture, et je ne prétends pas dans cet article faire plus qu'exposer les difficultés que j'y rencontre. Puis je développerai quelques enjeux de la prise en charge du patient qui m'ont paru pouvoir intéresser ceux pour qui la psychanalyse avec des schizophrènes n'est pas absolument exclue. Touchant la confidentialité, on peut dire ceci. Le risque d'y porter atteinte doit entrer en balance avec le gain qu'on en attend. Je tiens la balance pour tout à fait défavorable lorsqu'il s'agit d'une vignette clinique illustrative donnée à l'appui d'un concept ou d'une théorie déjà bien constituée. Il n'en va pas de même quand le cas exposé ne permet pas seulement à l'auteur de mettre en lumière tel ou tel trait vraiment intéressant, mais quand le cas devient lui-même une source de lumière pour tout un champ de problèmes (cliniques, épistémologiques, etc.) au sein duquel il a surgi. Autrement dit, quand le beau cas devient un cas paradigmatique. Je soutiens qu'obtenir un tel effet n'est pas seulement louable, mais absolument nécessaire pour conserver sa légitimité à l'exercice. Et qu'il exige donc une analyse totalisante (au sens de Mauss : plus elle est complète, plus elle est concrète, et elle n'est jamais complète tant qu'elle n'a pas inclus l'observateur dans le tableau qu'il observe), mais aussi un sens aigu des controverses qui environnent la situation soumise à l'examen et qui la rendent effectivement problématique. Indépendamment du labeur et du temps considérables requis pour leur donner forme, on conçoit que de tels récits soient rares, qu'ils soient toujours très détaillés factuellement, et très denses du point de vue *conceptuel*. Pour qui douterait de ce dernier point, il suffit de se rappeler qu'il est impossible de caractériser une cure comme *une* psychanalyse sans exhiber les critères de *la* psychanalyse. Un cas paradigmatique interroge donc les limites du « psychanalytique » : il met en scène la difficulté propre à la saisie psychanalytique d'une situation.

Le cas Fairchilde a été choisi dans cet esprit.

*

Il suffit de s'être livré, même à titre d'essai, à la restitution non pas même d'une cure en entier, mais d'une séance, voire d'un simple épisode au sein une séance, pour constater (après coup, mais souvent cet après-coup est instantané, et s'impose au fil de la plume) les distorsions induites par les égards dus à la mise en scène des situations, tout ce qu'on y condense, tout ce qu'on y déplace, l'élaboration secondaire enfin, qui raboute comme elle peut le fil rompu de la narration. C'est la raison pour laquelle, dans un récit de ce genre suffisamment détaillé, la frontière entre le patient réel et le patient rêvé (voire halluciné) demeure indécidable. C'est aussi pourquoi on peut regarder avec méfiance les auteurs qui prétendent *restituer telles quelles* dans leurs récits de cure les associations et les rêveries qui ont conféré sa texture à leur écoute. C'est s'accorder à trop bon marché qu'on peut être à soi-même son propre tiers ; c'est conférer au processus de l'auto-analyse des vertus réflexives qui donnent à plein dans le piège de l'élaboration secondaire, en favorisant la cohérence plastique et logique (ou plus retors, en affectant une incohérence de façade qui n'est souvent rien d'autre qu'une esthétique inavouée du paradoxe et du fragment). D'où une bifurcation bien connue. Soit on renonce à tout exposé de cure un peu étendu qui mette en scène les péripéties du transfert[2] ; soit on s'équipe par avance d'un réseau serré

1 Je prolonge certaines réflexions amorcées dans un précédent récit de cure, in Pierre-Henri Castel, *Le Cas Paramord. Obsession et contrainte psychique aujourd'hui*, Ithaque, 2016.

2 Ce point de non-retour une fois atteint, plus rien n'empêche de laisser libre-cours au récit de cas fictifs, mais qui

de concepts et de théories qui contrôlent la narration en en faisant une instanciation particulière d'une configuration générale (une « structure » du sujet, par exemple)[3]. On peut en appeler tant qu'on veut à la synthèse du dur et du mou, faire comme si les approches structurales filtraient ce qui est « vraiment pertinent » dans le transfert en le purifiant de ses accidents psychologiques, ou prêter à la juste description du transfert dans des cures singulières le pouvoir de « remettre en cause » les principes structuraux qui l'encadrent, il y a une troisième voie. Elle consiste à traiter aussi le *récit* de cure psychanalytique comme une rêverie, de la même étoffe que celle de l'attention flottante et de la notation-enregistrement des événements qui surgissent en séance (avec toutes leurs déformations), mais une rêverie continuée par d'autres moyens (et non pas objectivée, ou, pour mieux dire, artificieusement figée dans les cadres pseudo-objectifs que lui a assignés l'auteur). Et ces autres moyens convergent vers la convocation d'un tiers réel, le lecteur, en l'espèce (qui a certains traits du superviseur), à qui est impartie une tâche bien particulière. Car le récit de cure psychanalytique est un genre littéraire dont la consistance est décidée par celui qui s'en saisit. Rien ne *doit* donc être plus facile que de le considérer avec un effarement désolé devant une dépense d'efforts intellectuels produisant si peu d'objectivité, voire avec un sentiment de fabrication et d'imposture (c'est l'excellente leçon à retirer du révisionnisme antifreudien). Il se différencie en effet de la composition esthétique, qui conserve un certain degré d'*autosuffisance*, quoi qu'en juge ou qu'en goûte le tiers, mais aussi du texte scientifique, lequel délègue à un tiers *impersonnel* la charge non seulement de décider du sens, mais de la validité de ce qu'on lui propose.

Pour l'auteur d'un récit de cure, le défi est alors de présenter les choses de telle sorte que si le tiers-lecteur ne s'en affecte pas, ne se sent pas interpellé dans des dimensions elles aussi intimes de sa mémoire ou son expérience de la vie (et, idéalement, des traces de sa propre cure remise en travail), son propos est vide ; mais, en même temps, il doit pouvoir juger de ce qui se passe ou s'est passé, parce que la résonance sensible (l'empathie) n'est qu'un matériau initial pour l'analyse d'une certaine manière d'être affecté au cœur d'un jeu de déformations inconscientes. Épistémologiquement parlant, pour qu'il puisse juger, il faut donc qu'il soit en mesure d'*inférer* à partir de ce qui lui est dit toutes sortes de choses qui n'étaient même pas venues à l'esprit de l'auteur, que donc la description qu'on lui fournit mentionne autant d'incompatibilités matérielles irrésolues que possible, et que l'auteur amorce de lui-même l'objectivation de ses propres lacunes. Mais surtout, par construction, et parce que l'élaboration secondaire est d'emblée reconnue comme une composante inéliminable de la rêverie (continuée), un récit de cure correct (qui seul mérite de devenir paradigmatique) fournit autant d'indices sur le psychanalyste que sur son patient. Avec un peu de perspicacité il arrive même, dit-on, qu'on puisse se faire une idée de la psychanalyse du psychanalyste. Concomitamment, ce récit permet au tiers-lecteur (toujours *supposé psychanalyste*, puisque sa rêverie est activée à son tour) d'en découvrir après-coup autant sur lui-même que sur le patient et son psychanalyste[4]. Disons, par analogie, que ce qui est un critère de qualité dans les sciences sociales, notamment en anthropologie, est une condition fondatrice en psychanalyse. Mais il se pourrait alors (je n'en ai pas la preuve, c'est une hypothèse) que la mesure précise où il est bien fondé de risquer une infraction à la confidentialité se décide ici, autrement dit *à*

---

revendiquent en même temps de parler « indirectement » de cas réels. Cette tentation, prétendument motivée par des contraintes éthiques, fort populaire en langue anglaise, est selon moi une capitulation devant le fantôme inconsistant d'un idéal d'objectivité mécompris et qu'on fait simplement marcher sur la tête.

3 La caractérisation de la singularité du cas en appelle alors inexorablement à toute une conception du langage, du sujet, de la science, et pour finir à une anthropologie morale extrêmement vaste empruntée aux grands auteurs de la tradition, laquelle conception devient circulairement infalsifiable puisqu'elle borne par un *a priori* méthodologique le « psychanalytiquement pertinent ». Il est plus fécond de partir d'une description circonstanciée de ce qu'on fait, de ce qui se produit, de ses points d'opacité (à la fois dans la pratique et dans la tentative de la rendre explicite), puis de faire émerger les notions théoriques du besoin de réflexivité immanent à la compréhension de ces pratiques. Il ne fait d'ailleurs aucun doute que l'entreprise peut et, en toute hypothèse, doit faire droit au besoin de systématicité et, certainement aussi, en appeler à l'horizon d'une anthropologie très vaste. Mais à la fin seulement.

4 Un critère *pragmatique* du succès d'un récit de cure, c'est notamment qu'il incite le tiers-lecteur à entreprendre une psychanalyse, et peut-être à devenir psychanalyste (c'est-à-dire à se vivre réellement convoqué par l'adresse qui lui est faite). Je ne sais pas si la comparaison freudienne des récits de cas avec des « romans » tient encore aujourd'hui ; ce qui est certain, c'est que le style du « récit d'aventure » à deux demeure incontournable.

trois : psychanalyste, lecteur et patient. Car c'est en quelque sorte dans leur triangulation que se décide dans quelle mesure il valait effectivement la peine de mettre au jour certains ressorts privés, et lesquels au juste, en fonction directe du problème posé et de sa portée potentielle. Je suis en tout cas farouchement opposé à toute norme éthique ou déontologique *a priori* en psychanalyse. C'est la voie sûre vers la déresponsabilisation du rapport de chacun (lecteurs compris, et même peut-être patients compris) à la psychanalyse : à la question que la vérité pose « en première personne ». L'embarras ne se résume donc pas à trouver comment diable écrire en gardant à l'esprit des contraintes aussi exorbitantes ; il faut aussi surveiller les conditions intellectuelles (donc littéraires) et sans doute sociales susceptibles d'accueillir et de contenir pareil exercice.

Dans le cas du récit de la cure de patients psychotiques, on peut s'en remettre au jugement de Freud à la fin du « Président Schreber ». C'est au tiers de juger, suggère-t-il, si les considérations du psychanalyste ne sont pas aussi délirantes que celle de son objet d'étude. Certes, Schreber n'était pas le patient de Freud. Mais il suit toutefois que le récit de cure d'un psychotique court un risque non négligeable de ne plus parler d'un patient rêvé, mais d'un patient déliré (voire déliré à deux). On se rassure quelquefois en disant que personne ne peut délirer volontairement. Cela n'a jamais protégé quiconque contre l'*induction* délirante, qui se moque bien de ce que vous voulez ou pas et subvertit en silence l'appareil à penser les pensées. Et qu'une auto-analyse très fouillée puisse parfaitement être délirante (serait-ce en partie, sur le mode d'un déni spécifique et tenace) marque assez en quoi elle n'a rien à voir avec une autocritique rationnelle. Or plus et mieux on « fait cas » du patient psychotique, dans tous les sens du terme, plus ce danger augmente[5]. Restons freudiens : il se peut qu'il soit sans remède.

Dans *Le Cas Fairchilde*, ce n'est cependant pas un motif pour se taire. Je fais plutôt la conjecture que la pulsion de mort, retravaillée d'une certaine manière, dans sa dimension d'attaque contre la pensée et les liens, fournit un fil conducteur dans ce labyrinthe de paradoxes. À supposer que le transfert psychotique compromette chez l'analyste l'intégrité de ses capacités réceptives, une description minutieuse des événements, des propos, des affects en séance pourrait illuminer *comment s'articule le pouvoir désarticulant de la pulsion de mort*. Par quelles jointures et quelles articulations psychiques du patient comme du psychanalyste passe-t-elle pour se présenter non pas juste comme impensable mais comme une négativation de la pensée ? Il est d'observation banale que les schizophrènes tiennent parfois, dans des moments de lucidité stupéfiante, des propos qu'on attendrait plutôt dans la bouche d'une personne longuement et profondément analysée. Sauf que ce n'est évidemment pas un signe de guérison, mais l'expression d'une souffrance radicale. C'est que si la psychanalyse obtient certains effets de « déliaison », ce à quoi on a affaire, en l'espèce, est plutôt une « anti-liaison » : les liens fondamentaux et qui tissent le rapport du sujet à sa vie, à sa mort, à sa sexualité, à sa place dans les générations, loin de subir un réarrangement symbolique, prélude à la production d'une nouvelle signification de l'existence, tombent pour ainsi dire comme de véritables morceaux du psychisme sous forme d'énoncés « sans appel ». Ce que je nomme ici « anti-liaison » est un autre obstacle radical, dans sa proximité même et ses effets propres de vérité, à la psychanalyse – un obstacle en tout cas bien distinct de celui que présente la paranoïa avec ses mécanismes projectifs. L'impact sur le psychanalyste en est aussi d'ailleurs fort différent. Face à la paranoïa, il peut craindre un déclenchement érotomaniaque dont il serait l'objet-cause, ou un délire de la persécution dont il serait le relais, voire l'aiguilleur en chef. Face à la schizophrénie, il se heurte à la compacité de certaines « significations », qui ne se nouent pas les unes les autres en une métaphore délirante et, en même temps, à un vide mental dont on prend bien la mesure avec le contraste kleinien entre projection « sur » (en miroir, paranoïaque) et projection « dans » l'Autre (schizoïde, visant l'en-deçà du corps spéculaire). Car dans ce dernier cas, le psychanalyste figure moins dans la scène comme l'inséparable objet de l'affolement que comme un contenant crevé. Mais *par quelles*

5 C'est pourquoi, dans *Le Cas Fairchilde*, je me propose de suivre la suggestion de Bion, qu'il formule sous le chef des *second thoughts*, autrement dit de l'exploration des raisons pour lesquelles on a pensé ce qu'on a pensé d'une cure, et de l'examen après-coup de l'appareil psychique qu'on a mobilisé dans ce processus. Il s'agit donc moins de critique (ou de « critique du délire ») que de l'enregistrement d'une transformation sous le coup de la cure, enregistrement qui cherche à se rendre pleinement explicite. C'est à mon avis une des propositions les plus intéressantes pour articuler les deux vertex (ou perspectives) auto-analytique et réflexif.

voies le langage, les liens affectifs et certaines jouissances du corps *deviennent-elles*, dans la schizophrénie, la proie de la pulsion de mort, voilà la question que je soulève. Elle repose sur l'intuition que la schizophrénie, pour ce qui nous en est psychanalytiquement intelligible, est une sorte d'« analyse », autrement dit, une décomposition du sujet, mais, pour ainsi dire, effective et réelle. Curieusement, cette intuition paraît présenter des facettes communes chez Bion et Lacan, sous le double chef de « l'attaque contre les liens » et d'un « symbolique » qui serait devenu, dans la schizophrénie, « réel ». Ces considérations ne sont évidemment pas dépourvues de portée pratique. Quelle attitude adopter en effet devant ce que Bion décrit en termes imagés comme une projection-éjection, au-dehors, chez autrui et dans l'espace commun, de fragments de l'*appareil* à penser ses pensées – parce que c'est penser même qui est intolérable ?[6] Ces voies d'éjection (par où progresse la pulsion de mort) peuvent-elles être coupées, ou réaménagées ? Par quels moyens ? Que signifient, plus généralement, les transformations de la schizophrénie sous transfert ? Et comment, enfin, même quand on s'est heurté à ce qu'il y a de plus rigide, de plus fatal dans les processus qui s'accomplissent extérieurement sous forme de schizophrénie, élever néanmoins la condition du patient à la hauteur d'un *destin* – en d'autres termes, et même si la pulsion de mort déploie jusqu'au bout son ravage, ouvrir au patient la dimension d'un acte et d'une vérité ? Quelle différence y a-t-il alors eu, pour Fairchilde, à la lumière de sa psychanalyse, entre son suicide conçu comme un choix, et un *raptus* suicidaire aveugle ? Car son geste final (une défenestration) paraît pris de très loin en amont de la cure dans une implacable répétition – comme je l'expliquerai plus bas.

*

Ces interrogations posées, je puis peut-être en dire plus sur l'histoire du patient, ainsi que sur le déroulement de la cure.

J'ai rencontré Tony Fairchilde à l'hôpital psychiatrique, où, jeune adulte de 18 ans, il était soigné suite à une crise délirante aiguë, qui avait éclaté quelques mois plus tôt, et qui était décrite dans son dossier comme une série de phénomènes à base d'influence motrice et de lecture de la pensée, avec des troubles cénesthésiques de nature sexuelle extrêmement intenses (il se sentait forcé à « haleter » bruyamment comme dans un coït), l'ensemble étant marqué, selon les premiers observateurs, par une angoisse paroxystique et un certain degré de confusion (l'hypothèse toxique avait été dûment écartée). Il n'y avait pas de voix à proprement parler, et tout au long des années où j'ai suivi Tony, y compris quand sa maladie a pris en termes psychiatriques un tour nettement paranoïde, je n'ai jamais observé d'hallucinations acoustico-verbales consistantes. La crise passée, il demeurait prostré sous le coup d'une angoisse terrible de la perte de son intimité psychique, et la formule minimale sur laquelle la profusion délirante de la crise s'était pour finir effondrée avait plus ou moins la forme suivante : « On va s'apercevoir que je suis pédophile et/ou nazi, et si c'est vrai, alors je n'aurais plus qu'à me tuer. » Je dis plus ou moins, car ladite formule était impossible à dialectiser : les connecteurs de surface (et, ou, si, alors) ne permettait aucune décomposition, il fallait prendre cette formule « d'un bloc » et, très vite, elle s'est elle-même effritée, pour ne plus laisser subsister à la surface de la vie mentale du patient que l'intuition insupportable et permanente qu'il était pédophile « et/ou » nazi (comme si c'était « la même chose ») et qu'il fallait « donc » qu'il se suicide. La formule conditionnelle sous-jacente, « si c'est vrai (que je suis pédophile et/ou nazi) était du coup la mince barrière logico-linguistique qui confinait l'insupportable pensée à un statut de « simple hypothèse », endiguant une impulsion suicidaire jugée par

6 On se moque parfois de la traduction récente de *seelischer Apparat* chez Freud par appareil « animique » (plutôt que psychique). Il y a pourtant des endroits où l'expression ne sonne pas mal, en écho au « meurtre d'âme », *Seelenmord*, dont Schreber est la victime. La question peut en effet se poser de savoir si l'on est tout simplement *animé* lorsqu'il y a bien des événements psychiques qui se déroulent en vous, parfois très divers, mais que la concaténation de ces événements mérite mal de « vie » psychique. Si la notion d'automatisme mental a un sens, elle mérite d'être soulevée. C'est la dimension « mortifiante » du symbolique, comme dit Lacan, quand il tue non la chose mais le sujet. Dans le cas Fairchilde, où les phénomènes d'automatisme ne sont pas au premier plan, mais plutôt ceux de la série narcissique, la question du sentiment de la vie attaqué à la racine est permanente. Même la motricité basique du corps devient bizarre, quand on ne sait pas bien si l'on est « animé », et pas quoi.

tous menaçante. L'autre formule décisive du tableau qu'il présentait alors avait également une texture paradoxale, que je mettrai ainsi en évidence : « Personne ne peut comprendre l'effet que ça fait que tout le monde puisse lire à livre ouvert dans votre intimité mentale. » L'autoréférence ferait en effet plutôt conclure que ce sentiment d'être deviné par tous dans son intimité mentale est justement, en ce cas, ce à quoi *tout le monde* a directement accès. Or ces deux élaborations schizophréniques ont perduré jusqu'à la fin. Jusqu'à la fin, elles ont eu ce statut ambigu d'être par tout un côté la trace psychique d'un processus silencieux et implacable d'anti-liaison (impliquant non pas une pensée négative mais une non-pensée, comme un contenu crevant tous les contenant psychiques) et, par un autre, la mobilisation de ressources proprement logico-verbal pour neutraliser l'impact tuant de la signification opaque de « pédophile et/ou nazi » (*ce n'est encore qu'une hypothèse*, même si ça ne l'est peut-être pas pour longtemps), et pour réinventer, sur la base de son abolition vécue, l'extériorité d'un Autre (le référent de « personne ne peut... », cerné par une double négation), à qui l'on parle, et qui, lui, ne peut pas comprendre ce que à quoi pourtant tout le monde à l'accès le plus intrusif.

Le transfert sur moi n'a donc pas eu d'autre forme que mon acceptation entière, d'emblée, que ma présence à ses côtés[7] serait conditionnée par cette adresse paradoxale martelée séance après séance de façon obsédante : « Vous ne pouvez pas me comprendre ! », nouée à « Est-ce que vous me croyez, Monsieur Castel ? » – projetant en moi, et donc déléguant à mon appareil psychique la tâche de l'épauler dans sa lutte pour maintenir séparés le sens à jamais énigmatique de « pédophile et/ou nazi » (que j'ai envie de noter « pédophileetounazi ») et son implication dans le réel, le *raptus* suicidaire. On touche ici du doigt ce qu'un auteur comme Bion a pu dire du but de la psychanalyse, comme effort pour s'équiper d'un appareil à penser ses pensées, cet appareil requérant ici de façon presque crue et brute qu'on *s'appareille* à un Autre contenant. On pourrait aussi dire que la « mise » du psychanalyste dans une cure de ce genre – au moins au commencement, fait d'accueil et d'écoute –, ne consiste en rien d'autre qu'à prendre les phénomènes qui se présentent *comme* une répétition, quand bien même il s'agirait de mises en acte successives (actes moteurs comme actes de parole) et non de l'insistance d'un refoulé, se symbolisant sous différents aspects.

Un regard circulaire sur les circonstances du cas éclairera, j'espère, ce que je veux dire.

Le père de Tony, issu d'une famille anglaise d'une pauvreté sordide et qui avait eu lui-même une enfance marquée par une violence sidérante, était paranoïaque. Sa jalousie, d'une dangerosité parfois criminelle, avait fini par faire fuir la mère de mon patient. Il avait ensuite élaboré tout un arsenal de fantaisies pédagogiques, qu'il imposait à Tony, après avoir obtenu d'en partager la garde après un divorce houleux. Il exigeait par exemple du petit garçon des postures contraintes rigides lors de la lecture et des devoirs (ce qui, semble-t-il, pouvait durer des heures et même des jours) et, à l'approche de la puberté, s'imposait dans le lit de Tony pour prévenir toute tentative de masturbation en lui maintenant les bras éloignés du tronc. Lorsque son fils était chez sa mère, il lui imposait de longs appels téléphoniques où l'enfant était transformé, là encore pendant des durées peu croyables (une ou deux heures ?), en conduit muet, passif et terrifié pour l'expression hurlante de la haine que le père vouait à son ex-conjointe. C'est très précocement que Tony a eu le sentiment que son père pénétrait ses pensées secrètes ou, plus exactement, sur un ton moins paranoïaque et davantage schizophrénique « que sa bouche devait parler sans qu'il s'entende parler. » Parmi les paroles mémorables de ce père figurait en bonne place l'idée que devant le désordre et la perversion sexuelle (dont la masturbation était la manifestation primitive), « il fallait un Hitler à la maison ».

La famille de la mère, de son côté, évoque ce type de famille de grands pervers que Meltzer qualifiait de « gang ». Je n'ai pas encore arrêté comment faire parvenir au lecteur des informations psychanalytiquement pertinentes sur son fonctionnement – autrement dit, des informations qui fasse percevoir à quoi le transfert était traumatiquement exposé, dans la mesure où certains de ses détails, comme on dit, « passent l'entendement ». Disons que la figure-clé en était le grand-père maternel de Tony. Dès six ans, ce dernier fut livré à des tentatives d'attouchement de sa part, subtilement entrelacées de manœuvres culpabilisantes pour isoler l'enfant de sa mère. Plus tard encore, dans la reconstitution

7 Sur cette modalité particulière de l'accompagnement de la schizophrénie, voir l'article très subtil de Danielle Roulot, « L'avec schizophrénique », *La clinique lacanienne*, vol. 15, n°1, 2009, p.71-87.

chronologique à laquelle je me livre, et dans le voisinage immédiat du déclenchement de la psychose de la première hospitalisation, ledit grand-père avait tenté une masturbation mutuelle avec son petit-fils, ce dont il avait quasiment réussi à imputer l'initiative à Tony. Toutefois, c'est un peu avant qu'on peut localiser un véritable *praecox Gefühl* chez Tony : au moment où, vers 14 ans, déjà travaillé par des symptômes d'allure obsessionnelle, il s'interroge sur une « homosexualité » qui est plutôt un sentiment d'humiliation existentielle et même d'inconsistance du moi très anxiogène.

Il va de soi que ces informations ne me sont parvenues que progressivement au décours de la cure[8]. C'est avec pour seul viatique l'analyse plus haut des deux formules « On va s'apercevoir... » et « Personne ne peut... » que j'ai accepté de suivre Tony, les premiers mois en ambulatoire avec l'appui du service où il était hospitalisé, puis, à mesure qu'il allait suffisamment mieux, en privé[9]. Le choix que j'ai fait a été celui d'une disponibilité complète – au sens de la « régression » à la Balint et à la Winnicott. Les premières années du suivi, par exemple, je répondais systématiquement à tous ses appels affolés, quelle que soit l'heure du jour ou la nuit, en notant en particulier l'effet de cette attitude sur ma vie onirique, ainsi que, en séance, les surgissements d'images et d'émotions qui me saturaient pendant les brefs moments de rêverie que me laissait le patient, confronté de son côté à la récurrence obstinée de l'angoisse suicidaire d'être « pédophile » (« nazi » s'est peu à peu estompé), et à l'impression pénible de son vide mental. Il ne fait aucun doute que le psychanalyste, en se rendant de cette manière disponible, tente de rejoindre un point originairement défaillant chez la mère persécutée et gravement déprimée. La notion si controversée d'identification projective est au cœur du problème, et je me propose d'exposer en détail certaines circonstances techniques de mes interventions, et de mes échanges « délirants » avec le patient qui ont pu prendre parfois une texture ludique. Tout se passait comme si, en somme, certains phénomènes psychiques douloureux pouvaient grâce au transfert réintégrer non seulement l'espace d'une rêverie commune en séance, mais d'un jeu, inventant des personnages et des identités (comme dans certaine cure d'enfants).

Un point particulier, bien plus pénible, a retenu mon attention. Les soignants avaient noté l'effet paradoxalement défavorable des anxiolytiques prescrits à Tony. Ce dernier m'expliqua que, très tôt, dans sa toute petite enfance, il avait développé des sortes d' exercices d'angoisse » (je ne saurais mieux dire) dont la finalité était *conjurer* la survenue d'événements désagréables en se mettant dans un état de terreur à l'idée qu'ils puissent arriver. L'angoisse lui était alors devenue absolument indispensable pour éprouver subjectivement de l'incertitude – c'était comme un procédé de subjectivation de l'expérience. Il en est ressorti pour moi une compréhension perturbante de ce que veut dire « contenir » un patient. Cette contenance, de toute évidence, ne pouvait être taillée que dans l'étoffe même de l'angoisse. Tony s'était fabriqué un pare-excitation fonctionnant à l'envers (un écran-β, dans la terminologie de Bion, via l'*augmentation* de l'angoisse pour filtrer l'attaque des mauvais objets). Il désignait donc en creux une contenance originaire manquante qu'il était facile de rattacher à la profonde dépression que sa mère avait traversée tout au long de l'enfance de Tony. Ce qui est par conséquent lui était devenu impensable pouvait servir d'orient pour diriger la cure, c'était de faire intervenir une autre modalité de l'angoisse : non pas l'angoisse *de* (des objets et des personnes hostiles), mais l'angoisse *pour* (qui ne peut pas viser des objets, car elle implique de se mettre à la place d'une personne qui ressent l'angoisse). Interroger transférentiellement jusqu'au bout la carence de la « fonction de la mère » éclairait ainsi le choix d'accompagner Tony dans un processus de régression où ce que le psychanalyste doit examiner de son côté (au moyen de l'auto-analyse et de la supervision), ce sont les modalités, les impasses, les défaillances de l'angoisse qu'il éprouve pour son patient – cette angoisse à son égard, cette « pré-occupation » qui avait pris la forme de l'impossible à demander, et même d'une impossibilité à être seulement *conçue* par le patient comme impossible à demander. L'artifice saute aux yeux, mais je suggère

8 Ces informations lui ont d'ailleurs été apportées, fait déterminant, par la mère, qui prenait elle-même peu à peu conscience des secrets de sa famille.

9 Le traitement pharmacologique a eu une grande importance à cet égard. J'avais longuement plaidé pour que Tony soit mis sous clozapine dès son passage en ambulatoire, ce qui, même dans les années 1990, n'était pas si commun. Les moments les plus fructueux furent ceux où le médicament agissait pleinement. Avec les années, conformément à beaucoup d'observations, les effets positifs ont décliné, et d'autant plus que les psychiatres prescripteurs étaient de plus en plus réticents à maintenir des doses élevées (même si Tony n'a jamais présenté de perturbations sanguines).

qu'on l'évalue à la lumière des transformations subjectives qu'il a permis d'opérer chez le patient.

Tony Fairchilde s'est en effet progressivement équipé de quelque chose comme un moi. Des informations dont je bénéficiais par l'hôpital et la famille, j'apprenais qu'aux yeux de tous le patient s'était spectaculairement amélioré. Pendant un bon nombre d'années, il a pu bénéficier d'une vie sociale, familiale et érotique, digne de ce nom. Le contraste avec ma perception de la situation dans le cabinet n'en était que plus criant. C'est un peu comme si toute la gravité des phénomènes s'y était concentrée. Cette stabilisation aux yeux du monde extérieur était en particulier payée de symptômes pseudo-obsessionnels virulents. Mais surtout, comme il était prévisible, le processus de la pulsion de mort a lentement changé de forme. Par petites touches, un délire de la persécution de plus en plus envahissant et féroce a pris le moi émergent pour cible. Les aléas de la vie, liés en particulier à la mauvaise condition de notre système d'aide sociale, ont précipité cette dégradation. Ce basculement du schizoïde dans le paranoïde (même s'il n'y avait toujours pas de voix) avait deux faces. D'un côté, Tony découvrait la possibilité d'aimer et d'être aimé. De l'autre, cette même possibilité l'exposait à ressentir de façon aiguë la haine. Les persécuteurs (observateurs muets et omniprésents, en quête d'un indice de la « pédophilie » de Tony) se présentaient finalement comme homogènes, non parce qu'ils appartenaient banalement à un même service de police (les « RG »), mais par un détail toujours allusif de leur apparence visuelle qui les faisait (peu à peu dans la conscience qu'en avait Tony) remonter à la figure cauchemardée et monstrueuse de son père – un peu comme s'ils en étaient les clones, et comme si le Nazi, Hitler, avait fait foule.

Pour en arriver là, Tony avait pourtant énormément travaillé, joué avec beaucoup d'adresse les cartes en sa possession, et bien utilisé l'aide modeste que je pouvais lui fournir avec les autres soignants. La conscience de l'incurabilité de sa schizophrénie commença à l'envahir sur les traces du sentiment tout neuf de la valeur de la vie qu'elle ravageait, d'autant que les bons objets fruits de son labeur psychique considérable (quelques jeunes filles, un travail intéressant) s'étaient soustraits à lui sans qu'il y soit pour rien. Il commença donc, non sans une culpabilité palpable à mon égard, à envisager le suicide. Jusqu'alors, en exploitant les complications logiques signalées au début de cet article, j'avais plus ou moins désamorcé son inquiétude sourde que je ne devine ses pensées. Mais plus Tony acquérait un moi-plaisir narcissiquement consistant, moins ces artifices verbaux parvenaient à leur fin. En revanche, j'étais tenu de plus en plus pour un interlocuteur, même si les propriétés matérielles « contenantes » de mon cabinet et de certains objets (les livres) que Tony retrouvait avec plaisir lors des séances continuaient à jouer entre nous un rôle mi-délirant mi-ludique indispensable. Dans la culpabilité qu'il manifestait en agitant ses idées suicidaires, Tony démontrait en réalité qu'il s'angoissait pour moi. En tout cas, c'était une position subjective bien différente de celle qui aurait consisté à s'angoisser de moi, et à m'incorporer aux figures persécutantes clonées qui envahissaient son quotidien. Au bout d'un certain nombre de mois, sa décision mûrie, il se défenestra. Cet acte (je compte, dans *Le Cas Fairchilde*, expliquer pourquoi je le tiens pour tel, et non pour un passage à l'acte, et encore moins pour un simple *raptus* anxieux) reste évidemment problématique. Car cette défenestration remettait en scène (à moins qu'elle ne soit justement une manifestation agie de l'impossibilité à le mettre en scène) un épisode extrêmement ancien de la vie de Tony. Vers l'âge de trois ans, en effet sa mère avait dû sauter par la fenêtre en catastrophe avec lui dans les bras, poursuivie par la fureur jalouse et meurtrière de son mari. Si elle ne l'avait pas fait, ils seraient sans aucun doute morts sous ses coups. Plusieurs circonstances accessoires de la défenestration de Tony font penser que cette scène y a bien joué un rôle. Or s'il s'agit d'une répétition, quel est son statut ? Et que signifie et que vaut le travail psychique du patient entre ces deux épisodes tragiques ?

*

L'entreprise que je projette ne vaudrait pas une heure de peine si elle n'était, en premier lieu, un exposé public, offert à la discussion de tous, et pas juste des psychanalystes, de ce que peut, éventuellement, et de ce que ne peut certainement pas la psychanalyse pour des patients comme Tony Fairchilde. On manque à mon avis cruellement de comptes rendus descriptifs solides des vicissitudes de

ce genre de travail avec les patients. Il n'y a pas de raison de laisser des racontars s'y substituer. Mais on ne manque pas moins d'explicitations détaillées de la façon dont la conduite d'une cure s'articule aux justifications rationnelles, lesquelles doivent avant tout servir en *expliciter le contenu pratique* (non seulement à « bien dire » ce qui se fait, mais à trouver les moyens logico-théoriques d'exprimer adéquatement et réflexivement ce qu'on dit de ce qui se fait). Trop souvent, les comptes rendus de de cure viennent instancier des paradigmes cliniques touts faits dont on finit par ne même plus voir d'où ils puisent leur pertinence. Vu du dehors, et pour ceux qui n'ont aucune connaissance pratique des situations, il en ressort une impression de dogmatisme extrêmement dommageable. Quitte donc à susciter la controverse, tant sur les méthodes que sur les résultats, sur la déontologie, voire sur l'esprit dans lequel je présente mon travail comme « psychanalytique », je préfère à cet égard mettre autant de choses que possible sur la table.

Pareil cas doit être, ensuite, l'occasion de discuter à fond une idée très répandue dans les approches scientifiques actuelles de la schizophrénie. En effet, on pourrait considérer que la lecture que je propose à la fois de la forme et du contenu du cas Fairchilde repose sur un faisceau de catastrophes familiales qu'on est loin de retrouver dans tous les cas à la symptomatologie similaire. La façon usuelle (antipsychanalytique, mais aussi antiphénoménologique) de voir les choses, par contraste, renoue de ce point de vue avec des théories fort anciennes (neuropsychiatriques)[10]. Elle considère que le trouble est d'origine cérébrale et d'expression neuropsychologique, et que les anomalies à ce niveau en caractérisent, pour ainsi dire, la forme et la syntaxe déviantes, lesquelles seules sont universelles, car biologiques ; en revanche, le contenu apparemment intelligible du délire (par exemple, expliquer l'angoisse d'être pédophile par des scènes réelles de séduction) est contingent, voire relève d'une coïncidence providentielle dont on monte la signification *ad hoc* en épingle pour soutenir la perspective psychanalytique[11]. En tout cas, s'appuyer sur la sémantique du délire pour prétendre élucider sa forme (sa syntaxe) serait par principe voué à l'échec. Je présenterai bien sûr des contre-arguments circonstanciés.

Enfin, mais pour les psychanalystes seulement, *Le Cas Fairchilde* doit permettre de reposer à nouveaux frais un certain nombre de questions classiques. Dans le cadre limité de cet article, j'en sélectionne deux. La première consiste à savoir si la prise en charge psychanalytique de tels patients est possible si l'on ne va pas jusqu'à rapprocher de façon assez périlleuse l'appareil théorique sur lequel on s'appuie pour penser avec le patient, du matériau même de ce qui se présente comme un fonctionnement délirant dans la pensée du patient lui-même. C'est l'hypothèse que j'ai suivie en citant « l'appareil » bionien à penser les pensées, et la façon dont il fonctionne par « appareillage » (autrement dit il n'est pas dans la tête du psychanalyste dans la tête du patient, mais il a une nature *relationnelle* qui éclaire le sens à donner à « l'attaque contre les liens »). Toutefois, j'ai conscience de n'avoir examiné aucun critère de prudence ou de pertinence quand on s'engage sur cette voie. La seconde concerne la pulsion de mort, et la réactualisation toujours problématique de ce motif dans la pratique de la psychanalyse. Il me semble qu'il y aurait ici quelque chose à chercher entre une approche de la pulsion de mort qui y voit plutôt, avec Lacan, la face « mortifiante » du symbolique (exemplaire dans les phénomènes d'automatisme), et une autre, qui se réfère plutôt au narcissisme primaire et à la compréhension kleinienne du surmoi archaïque. Certes, la question reste ouverte. Mais, contre la version initiale, disons « métabiologique », de Freud, je fais plutôt l'hypothèse que le facteur décisif est plutôt la figure toujours historiquement et socialement déterminée du Mal sur laquelle l'absolument intolérable, le radicalement destructeur sont indexés[12]. En l'espèce, une combinaison de violence et de perversion dans l'environnement immédiat du patient assurément difficile à exprimer (encore aujourd'hui, je ne suis pas sûr d'en avoir absorbé tout le choc), mais indispensable à mettre en lumière, par contraste, ce que *réussissait* le patient avec sa schizophrénie. La tendance à faire de la psychose un

10 Voir Pierre-Henri Castel, « Comment peut-on "être agi"? L'hypothèse Grivois-Proust-Jeannerod », *L'Esprit malade. Cerveaux, folies, individus*, Ithaque, 2009, p.105-136.

11 Le cas Fairchilde est d'autant plus intéressant que le patient, connu du service pour des bizarreries psychomotrices inclassables, a fait l'objet d'une étude neurocognitiviste très intéressante sur l'image du corps.

12 Voir Pierre-Henri Castel, « La psychanalyse, la culture, et le Mal qui vient », *Revue française de psychanalyse,* 2017, LXXXI, n°2, p.327-337 et « La pulsion de mort vient du futur », *Le Coq-héron,* 2017, n°231, p.95-105.

pur et simple déficit est antipsychanalytique, mais, ceci dit, on est alors comptable de l'économie globale au sein de laquelle on en reconstruit les symptômes comme autant de *réponses* à un certain nombre de *questions* (précises et terribles). Enfin, sans référence à la pulsion de mort, même revisitée, il me paraît difficile d'attribuer au geste ultime de Tony Fairchilde valeur d'acte, et donc, rétrospectivement, à sa vie la qualité d'un destin. Or ce n'est pas seulement ce qui distingue moralement ce qu'accomplit une psychanalyse (si elle l'accomplit, bien sûr !), à la différence d'une banale psychothérapie des psychoses. C'est, voudrais-je défendre, en faisant jouer à plein cette notion qu'on respecte le mieux, tant dans la description clinique que dans la mise en ordre réflexive des concepts que j'ai utilisés, le grain fin du double engagement en quoi la cure de Tony avec moi a consisté ; et qu'on rend aussi justice à la solidarité impressionnante que lui ont manifesté les éléments non pathogènes de sa famille, digne expression du combat d'Éros-tisseur-de-liens contre Thanatos – jusques et y compris dans la manière dont ils ont compris et la cure, et le suicide final.