



LA TIERCÉITÉ À L'ÉPREUVE DE LA PSYCHO-CRIMINOLOGIE

[Claude Balier](#)

Presses Universitaires de France | « [Revue française de psychanalyse](#) »

2005/3 Vol. 69 | pages 703 à 715

ISSN 0035-2942

ISBN 2130552501

DOI 10.3917/rfp.693.0703

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2005-3-page-703.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La tiercéité à l'épreuve de la psycho-criminologie

Claude BALIER

Dans le cadre d'une unité de soins située dans une maison d'arrêt, j'ai rencontré avec mon équipe de nombreux prévenus ou détenus ayant commis des actes graves de violence. J'avais, comme psychiatre, psychanalyste, la responsabilité de ce Service médico-psychologique régional (SMPR).

On sait combien les délinquants sont réputés être peu accessibles aux soins. Pour ma part, je me suis appuyé sur l'esprit d'ouverture au dialogue, impulsé par l'entretien systématique réalisé par l'un ou l'autre de mes collaborateurs avec tout arrivant dans la prison (près de 1 000 par an). Nous nous sommes dégagés des catégories nosographiques pour offrir une voie thérapeutique tant aux délinquants ordinaires qu'aux auteurs de crimes les plus terrifiants. Pour ces derniers, les préparatifs du procès demandaient parfois plusieurs années et les peines prononcées étaient lourdes, de cinq à quinze ans de réclusion. Ils auraient dû purger leur peine en Centrale mais j'avais la possibilité de les garder dans mon service le temps que j'estimais nécessaire à la poursuite d'un travail thérapeutique.

Ce sont ces patients-là dont je vais parler car ils vont nous mener à l'orée de la vie psychique, bien loin d'une tiercéité établie.

Pour autant je n'ai pas négligé les autres bien entendu, ceux qui s'adonnent épisodiquement à un « passage à l'acte ». Ils font preuve d'un certain degré de mentalisation en général. Par opposition je parle de « recours à l'acte », lorsque celui-ci semble être la seule échappatoire à une « destructivité néantisante » pour reprendre le terme de Green, se substituant à celui de « pulsion de mort » prêtant à de nombreuses critiques, on le sait. Je signale que ces deux types de population relatifs au « passage à l'acte » et au « recours à l'acte » ont fait l'objet d'un tableau pertinent caractérisant leurs

Rev. franç. Psychanal., 3/2005

données psychologiques par Denise Bouchet-Kervella. Ce travail a été présenté à la conférence de consensus psychiatrique 2001, à propos des pédophiles. Mais il est à noter que ce même tableau peut s'appliquer en général à la plupart des actes délinquants.

Voyons donc le crime, le viol, le meurtre d'enfant, commis par un sujet menant extérieurement une vie ne se différenciant pas, à première vue, de celle de bien d'autres. Faudrait-il séparer ces actes, pour la compréhension qu'on peut en avoir, de ceux qui sont inscrits dans l'usage d'un groupe délinquant organisé ? Pas forcément. J'ai connu des sujets, précisément chefs d'une bande de grande réputation, colmatant de cette façon nombre de perturbations psychologiques qu'on retrouve chez les autres. C'est le problème du narcissisme qui est en cause. Telle est bien la question pour nos sujets : ils sont à la limite d'un narcissisme de mort, encore articulé avec un narcissisme de vie. Aussi ai-je toujours pensé que malgré les faits horribles auxquels ils s'étaient livrés, un psychanalyste ne peut se déterminer à les taxer une fois pour toutes de « pervers irrécupérables ». J'ai toujours cru à une *rencontre* possible non pas en se bornant à une écoute bienveillante mais évidemment en allant partager des affects en fait irréprésentables et faisant naître l'angoisse. À vrai dire, j'ai déjà indiqué que je préférerais employer le terme de « résonance » à celui de « partage », et c'est d'ailleurs ce qui a fait l'objet de mon livre, écrit avec cinq collaboratrices : « La violence en *Abyme* », l'abyme étant une œuvre dans l'œuvre, ce qui veut dire que tout névrotique que nous soyons, nous pouvons percevoir au deuxième degré ce que nos patients ont vécu au premier, la « destructivité néantisante » avec la disparition de l'autre, et du coup de soi-même.

Que va-t-il naître de cette résonance en commun sinon une ébauche d'accès à la « représentance », et peut-être par la suite à la tiercéité ?

RENDRE POSSIBLE LA RENCONTRE

Le sens de l'acte, du recours à l'acte, du meurtre, du viol, *etc.*, à répétition bien souvent puisque rien n'est résolu, c'est d'avoir accès à la toute-puissance afin d'échapper à la menace d'anéantissement, autrefois vécue lors d'un traumatisme, « irréprésentable », puisqu'il s'agit d'une situation d'abandon total effaçant toute représentation. On est donc dans un domaine purement économique sur une ligne *anéantissement - toute-puissance* qui va demander des aménagements de situation, autrement dit la mise en place d'un cadre afin de rendre possible la survenue de figurations.

La prison constitue un cadre contraignant, certes. On peut parler également, en prison ou à l'extérieur, de cadre fonctionnel réalisé par une psychothérapie dite de soutien, où les rapports patient-thérapeute sont d'essence externe, constituant une sorte d'étayage. Cela est loin d'être inutile et convient à nombre de sujets, par exemple, à ceux enclins au passage à l'acte. Mais le but d'une action d'ordre psychanalytique est de donner accès à l'intériorisation d'un cadre. Pour ce faire j'ai instauré ce que j'ai appelé un double cadre : d'abord celui constitué par le déroulement judiciaire et l'application de la peine. Les patients comprenaient bien que ni mes collaborateurs, ni moi n'en faisons partie. Mais ils savaient que j'approuvai l'existence de la Loi comme une nécessité de culture, propre à la nature humaine. Ainsi, par deux fois j'ai dû rapporter un crime que le patient disait avoir commis et que la justice ignorait. C'était leur manière de me posséder, puisque ce crime n'existait pas en fait. Ces signalements que je faisais au nom du respect de la Loi n'ont nullement interrompu la thérapie en cours bien au contraire. Les patients en cause ont reconnu en moi une image organisatrice, celle-là même qui préexiste à toute mise en place d'une image paternelle.

C'est dire que l'accession à un cadre interne dérivant d'un aménagement externe doit se faire par induction, et non par une tentative d'interprétation qui fixerait une fois pour toutes une image réaliste. Cette donnée sera remarquablement explicitée par l'écrit d'une ancienne infirmière, que je rapporterai dans la dernière partie de ce texte.

Le second cadre dont j'ai parlé est représenté par l'ensemble de l'activité soignante. Je dis bien « ensemble », car s'il y avait pour chaque patient un infirmier et une infirmière de référence chargés d'entretiens réguliers, ainsi qu'un psychothérapeute, il était exclu que l'un ou l'autre, y compris le psychothérapeute et moi-même, garde par-devers lui le contenu de ce qui était dit et vécu. Ainsi tout transfert se trouvait rapporté à l'ensemble du cadre soignant, qui avait tendance à laisser flotter une atmosphère maternante.

Le résultat de ce travail en double cadre, joint à des entretiens que je qualifie de « regard à regard », propre à susciter la représentation, était la survenue, souvent rapide, de cauchemars d'une intensité impressionnante et de phobies à caractère primaire : peur de disparaître dans le noir par exemple, tandis que le thème des cauchemars était le plus souvent un monstre dévorant. Ainsi se mettait en figuration l'irreprésentable du traumatisme initial.

Avec ces cauchemars, très fréquents et qui ne se terminaient pas forcément avec le réveil en grande angoisse, on était bien sûr plus proche de l'hallucination que de l'*hallucinoire*. Mais un pas était fait en direction de la représentation, au lieu du « recours à l'acte ».

« ENCORPORATION » ET DÉCORPORATION

Je parle d'encorporation en pensant à la façon dont une partie du Moi de mes patients semble limitée à une dynamique purement perceptive. Tout se passe comme si l'autre était réduit à un « percept », apparaissant comme une menace pour un « Soi-concept » pour reprendre l'expression de J. Reid Meloy (1988). Les affects sont de l'ordre de la peur-terreur ou jouissance dans la domination.

Je donnerai en exemple, un incident survenu dans le groupe de relaxation dirigé par André Grepillat, alors infirmier au SMPR, qui a écrit un chapitre dans mon premier livre. Ayant demandé aux patients de fermer les yeux pour mieux ressentir la détente de leur corps, il s'approcha de l'un d'eux sans cesser de parler afin de maintenir une relation. Il voulut vérifier le relâchement de l'articulation de l'un de ses genoux comme il avait l'habitude de le faire avec tous. Il faillit bien recevoir un violent coup de poing dans une brusque détente, comme si le patient avait perçu une pénétration dans son monde.

Par la suite, A. Grepillat cessa de telles pratiques. Mais nous reviendrons sur les heureux effets de la relaxation conçue comme un accès à un cadre structurant.

La menace de l'existence d'un « autre » suppose une acceptation de perte relative d'un Moi élémentaire, d'un Soi, aurait dit É. Kestemberg (2001), tout-puissant.

Cela est illustré par des pratiques lors d'actes violents : certains patients obturent les yeux de la femme qu'ils violent ; d'autres réalisent un coït *a tergo*, non pour les sodomiser mais pour ne pas voir le visage. D'autres attachent leur victime, même si elle est inconsciente.

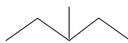
Cette terreur de l'apparition de l'autre peut se manifester à propos de la survenue de cauchemars : n'avons-nous pas retrouvé un matin un patient qui s'était cousu les paupières pendant la nuit pour tenter d'échapper à ces visions ! On est bien dans le registre du percept. Il nous faut alors faire appel au processus de *décorporation* dont Green a lumineusement parlé (1986).

Ce n'est pas pour rien s'il est fait mention de « questions inconcevables » dans le titre de l'article que je cite. Car, en effet, on est loin de l'usage de termes explicites pour transmettre clairement ce dont je veux parler, transmis par la lecture du texte de Green. Entre psychanalystes, nous « humons » ce que dit l'autre, en fonction de notre expérience passée, de celle à laquelle nous sommes confrontés, plutôt que nous le saisissons en termes rationnels, déductifs. Avec la *décorporation*, il n'est pas question d'abandonner le lien au corps mais de le

rendre libre de susciter des images, et plus encore de transmettre ces images à l'autre et d'accueillir les siennes propres, témoignant alors d'une parenté. Et cela ne se fait pas forcément par la parole ou seulement par la parole mais par toute l'expression du corps.

Me vient à l'esprit cette situation que j'ai citée à plusieurs reprises, tant elle me paraît évocatrice. Il s'agit de ce violeur que j'avais vu dans la cour du SMPR alors qu'il était en proie à sa nécessité d'un viol à commettre, ce qui lui avait valu déjà plusieurs condamnations. Il avait des mouvements saccadés pour marcher, son corps tout entier était raide, tout d'un bloc, et tout à coup il s'arrêtait pour hurler en levant la tête vers le ciel. Cela avait duré quatre-cinq jours puis, calmé, il avait repris son attitude souple habituelle et expressive quand il parlait.

Il avait pu m'expliquer qu'il était alors en proie à un sigle qui l'obsédait :



Que l'on m'excuse de reprendre cet épisode dont j'ai déjà parlé abondamment, mais il m'a paru exemplaire pour représenter le pictogramme, soit l'« originaire », avant le primaire-secondaire, relaté par Piera Aulagnier. Pour le patient il s'agissait de la représentation d'une femme accouchant. Pour moi j'y voyais au contraire l'image d'une pénétration. Mais on était bien dans le registre de la mère toute-puissante dont il cherchait à s'évader par l'acte d'emprise totale, le viol, sous-tendu par l'accès impossible au désir le libérant du besoin.

En parlant de la décorporation, A. Green écrit : « Le “saut dans le psychique” qui prend ses distances à l'égard du corps ne s'en éloigne que pour y être ramené par des voies différentes et avec un but modifié. C'est le passage bien connu du besoin au désir. Ainsi la décorporation gagne-t-elle en signification ce qu'elle peut passer pour avoir perdu en intensité » (1986, p. 21).

DE LA DÉCORPORATION À LA TIERCÉITÉ

André Green a abordé la « tiercéité » trois ans après le thème de la décorporation, lors du Congrès de l'Unesco publié en 1990. Ce tiers, cette présence tierce, entre l'analyste et son patient, mais aussi dans toute expérience humaine tenant véritablement compte de l'existence de l'autre dans sa liberté d'être et d'advenir, qui n'est donc jamais véritablement saisissable, sauf en des moments vécus qui nous font autre nous-même.

Un tel processus correspond me semble-t-il à « la rencontre avec la personne », thème sur lequel j'ai insisté comme véritable approche thérapeutique, sans avoir pu l'élaborer véritablement. D'ailleurs A. Green n'écrit-il pas, en parlant de l'autre « ... qu'il s'agit de le constituer comme partie prenante d'une expérience fondatrice du sujet et qui accepterait de n'être **rencontré**¹ qu'au détour de l'écoute d'une parole faisant retour sur soi, après sa réverbération sur un sujet autre » (2002, p. 270).

Mais nous avons vu justement que les patients dont je parle fuient la rencontre authentique avec l'autre. Ils craignent, à juste titre, de voir resurgir le monstre, image du traumatisme « irréprésentable » vécu à un moment de leur enfance. Quand cela se produit, c'est alors l'effondrement, l'« anéantissement », la plongée dans une expérience de dépersonnalisation. Cette phase est pourtant nécessaire pour retrouver la personne réelle qui se cache derrière le monstre par exemple dans l'histoire de François, rapportée dans mon premier livre. Il découvrait les yeux de son père dans le visage du monstre. Se reconstitue alors une « enveloppe visuelle du Moi », bien étudiée par Guy Lavallée (1999) qui a repris, parmi bien d'autres, cet exemple.

Mais afin de suivre cliniquement de quelles façons on peut tenter de réinscrire le processus d'accès à la tiercéité, je propose trois exemples du primaire, si je puis dire, au plus élaboré. Je les ai déjà publiés, mais je les reprends ici, tant ils me paraissent illustrer ce dont il est question.

TROIS EXEMPLES CLINIQUES

Voici cet adolescent qui depuis l'enfance fait des crises d'agitation au cours desquelles il casse tout ce qui est autour de lui, ce qui l'a amené en prison. Les traitements médicaux n'ont rien pu faire. Un jour il fait une crise dans le couloir du SMPR. Il faut deux surveillants et un infirmier pour le maintenir à terre tant il se débat. André Grepillat dont j'ai parlé plus haut, alors infirmier et devenu depuis psychologue, lui prend fermement la main, le poing fermé et lui demande de se concentrer sur cette sensation. On voit les lèvres de l'adolescent commencer à bouger, puis ce seront des injures. A. Grepillat lui demande alors à qui il s'adresse. On apprendra qu'à l'âge de 5 ans il a vu son père tuer sa mère, souvenir demeuré ensuite dans l'inconscient. D'ailleurs il n'aura aucun souvenir de la scène que je viens de décrire. Par la suite on pourra reprendre cela avec lui et il n'y aura plus jamais de crise.

1. Souligné par moi.

Hystérie tout simplement ? Mais il y a plus d'une crise épileptique dans le service, traitée depuis longtemps, qui disparaîtra de façon semblable avec suppression des médicaments. Lucien Mèlèse, dans son livre *La psychanalyse au risque de l'épilepsie* (2000), travaillant dans un service de neurologie, montre la disparition des crises avec le retour d'une histoire familiale généalogique traumatique, clivée plutôt que refoulée ?

Ce que je veux noter ici c'est le rôle de l'investissement du corps, canalisé par l'émergence d'une imago rassurante. Cependant, dans un premier temps, elle ne peut pas être reprise à un niveau conscient.

Voici maintenant l'histoire d'Igor. Je la résume : ayant eu une relation difficile avec sa mère faite à la fois de possession réciproque et de rivalité, de comportements hostiles à l'encontre de son père avec lequel il s'est battu lorsqu'il était adolescent, il a, malgré un foyer stable avec des enfants, des relations sexuelles épisodiques avec des femmes jusqu'à ce qu'il obtienne leur accord pour une sodomie. Après quoi il les quitte. Il devient amoureux de la seule ayant refusé. Un jour où elle lui annonce qu'elle le quitte, il la tue d'un coup de fusil qu'il retourne contre lui, en se blessant légèrement. En prison il est heureux car elle est à tout jamais avec lui, dit-il. Il a d'ailleurs vu dans son dernier regard qu'elle l'aimait toujours.

Lors d'une réunion qui a lieu une fois par semaine avec tous les patients et soignants, il s'en prend violemment à une femme médecin. Je sais, pour l'avoir vécu plusieurs fois, qu'il y a un moment où il faut intervenir fermement car l'instant d'après, quand les choses auront démarré, on ne pourra plus rien arrêter. Je suspends donc d'autorité la réunion et demande à Igor de venir me parler. Dès le lendemain il entre dans un état proche de la dépersonnalisation. Il n'a plus de repères dans le temps, il devient extrêmement lent, il pleure en regrettant son crime en disant qu'il s'est trompé sur le sens du dernier regard de la jeune femme. Il souffre et fait plusieurs rêves me concernant, dans lesquels je lui interdis quelque chose, il ne sait pas quoi.

L'important me paraît précisément être là : je suis, avant toute chose, une imago interdiciatrice. Et de fait, dans les jours suivants, il se réconcilie avec son père, porte un autre jugement sur le passé, découvre ses propres torts.

On peut parler de double retournement : renversement de la pulsion qui d'agressive devient passive-réceptive, et retournement sur la personne propre ? Cela veut-il dire qu'il a accédé à la tiercéité ? Je ne le pense pas, d'autant que dans la vie quotidienne de la prison il a continué à avoir le même comportement : lointain, assez provocant, protégeant ainsi son narcissisme encore fragile. Il n'a pas encore accès à l'hallucination négative qui lui aurait permis de trouver un fonds d'existence assurée dans un cadre se substituant à l'objet maternel.

Igor a donc réalisé un travail d'importance, incontestable, allant jusqu'aux portes de la dépersonnalisation pour trouver une nouvelle voie dans sa façon d'exister, *d'être*. Ainsi a-t-il recréé la place de son père qu'il avait annulée en raison de la nature de la relation qu'il entretenait avec sa mère. Cependant restait en lui, de manière clivée, un besoin narcissique d'écraser l'autre pour se sentir exister. Est-ce le résultat d'une carence de ma part dans la relation thérapeutique, bien possible, ou est-ce un noyau irréductible en lui, exprimant une forme d'incurabilité ?

La question est vertigineuse : en termes culturels, cela veut-il dire qu'une condamnation à perpétuité authentique est nécessaire (on sait en effet qu'un tel énoncé de jugement n'empêche pas une libération sous surveillance après de nombreuses années d'incarcération) ? Pour nous, thérapeutes, cela revient-il à accepter la réalité de zones psychiques parfaitement inaccessibles ?

C'est l'accès à la tiercéité qui est en cause, soit la reconnaissance pleine et entière de l'existence de l'autre, sans pour autant perdre sa propre identité, ce qui veut dire vivre en toute occasion en fonction d'une reconnaissance « de l'autre », puisque jamais la possession totale d'autrui n'est possible. Afin d'aider nos patients à parvenir à cet accès, il faut avoir bien présent en soi ce que l'on cherche et bien identifier les processus qui sont en cause. C'est pourquoi je vais prendre un dernier exemple clinique, celui d'un adolescent responsable d'un recours à l'acte violent, « recours » dans sa forme caricaturale. Le fait qu'il soit adolescent est important pour la démonstration car l'acte est en quelque sorte « pur », je veux dire non « surimprimé » par la répétition, celle-ci ajoutant à chaque fois un élément nouveau allant dans le sens de l'excès, comme l'ont montré par exemple A. Ciavaldini et M. Khayat (1999) dans leur recherche sur les agresseurs sexuels.

Il va nous falloir discerner dans l'approche clinique l'inscription structurale de la recherche d'un tiers, inscrite dans le fonctionnement psychique de cet adolescent, bien avant qu'il ait été capable de discerner la présence d'un père, fût-ce dans le regard de sa mère. Et pourtant l'enjeu du regard sera là, capable de donner une existence humaine à ce qui n'était jusque-là que du domaine de la représentance-représentation, si inclus encore dans le fonctionnement neurologique.

Le regard... la relation « regard à regard », combinant la vision et le regard interne, si étroitement mêlés dans l'écoute psychanalytique : voici l'*hallucinatoire* donnant sens à chaque représentation, contenu par l'identité d'une « enveloppe visuelle du Moi » si bien exposée par Guy Lavallée (1999). Ces constructions ne quitteront pas notre esprit en réfléchissant à l'histoire de Daniel.

Mais d'où est-il parti cet adolescent, lycéen bon modèle, sinon d'un « originaire », façon Piera Aulagnier (1975), « pénétrant-pénétré » dans sa relation

avec sa mère, pour accéder à la tiercéité *via* le processus fondamental de *décorporation* décrit par André Green (1986) avec tant de pertinence, justement à propos d'une critique amicale d'un texte de P. Aulagnier (1975) ? Je dois préciser que j'emploie le terme « originaire » dans son sens clinique, comme un « avant le primaire » pour marquer l'extrême confusion de la relation du sujet avec sa mère, et non dans une perspective théorique comme explication de la psychose. Comme le fait remarquer Green dans son texte, si l'on parle d'« origine » il faudrait remonter aux relations des parents avec leurs parents, et celles de ceux-ci avec les leurs, *etc.*

Et de toute façon avec mes patients nous ne sommes pas dans la psychose, mais, comme nous allons le voir, à ses limites.

Je présente le troisième exemple clinique (Daniel) en cinq épisodes clés, témoins des processus en cause.

1^{er} épisode

Daniel se réveille brutalement en pleine nuit, avec le besoin immédiat de faire quelque chose pour échapper à une angoisse terrible, comme il le dira plus tard. Il ouvre d'abord la fenêtre de sa chambre pour se jeter dans le vide. Puis il se reprend, met quelques vêtements, sort de la maison sans éveiller ses parents, enfourche sa bicyclette, et va mettre le feu à un bâtiment public. Il revient rapidement et se rendort aussitôt. Le matin, il a tout oublié. Ce n'est qu'en entendant parler les gens de la ville, dans l'agitation, que le souvenir vague de son action dans la nuit lui revient en mémoire. Il sera vite repéré et incarcéré. C'est alors que je le fais entrer au SMPR.

Voici donc le **recours à l'acte** dans sa forme exemplaire : un court-circuit de la mentalisation, où seule prévaut une charge économique maximale obligeant à la décharge par un acte se situant dans un registre **anéantissement - toute-puissance**.

2^e épisode

Au SMPR donc, il se présente comme un adolescent (de 17, 18 ans) banal, parlant volontiers mais sur un mode superficiel. Par rapport à l'acte, il décrit les deux séquences, tentative de suicide et incendie, sans entrer dans les détails car les souvenirs sont flous. Il sait qu'il a fait un cauchemar qui l'a réveillé mais en a complètement oublié le contenu. Il parle de sa vie passée à grands traits.

Deux faits d'importance sont à retenir :

- il dit ne pas avoir de souvenirs avant l'âge de 7 ans ;
- il a un comportement phobique à mon égard : pour parler il s'adresse uniquement à son infirmière de référence, qui participe aux entretiens.

Ainsi peut-on entrevoir l'existence de traumatismes dans la petite enfance, et une phobie du regard évoquant ce dont Green parle dans « La position phobique centrale » (2002) : une façon de *dénier* à la fois sa propre existence et celle du personnage que ma position de direction d'une équipe pouvait lui évoquer.

3^e épisode

Après quelques jours, je le vois seul. Ainsi, je prends mieux conscience de son attitude de fuite. Ses yeux bougent sans arrêt, il est à l'évidence très mal à l'aise. Après de longues minutes de ce jeu je saisis tout à coup son regard. Nous voici vraiment face à face. Je n'ai pas le sentiment que son discours se modifie vraiment, mais nous voici bien présents, l'un à l'autre.

Le lendemain il demandera à me voir rapidement car il a refait dans la nuit le cauchemar oublié : un homme, sortie d'une ruelle sombre, lui plante un poignard dans l'œil. Cette fois il s'en souvient donc et, à son réveil, il a tout de suite fait la différence entre rêve et réalité, alors que précédemment il s'était réveillé aussitôt après le cauchemar, en proie à une grande angoisse.

Voici donc que le Moi s'est en quelque sorte reconstitué. Probablement par un effet de double retournement au cours du « regard à regard » de la veille : de passif-fuyant, objet d'un couteau qui le pénètre, par un retournement pulsionnel, Daniel devient actif en me regardant. Cette position active lui permet de m'effacer en tant que personne, chef de service, *etc.* Il a alors accès au processus de l'hallucination négative lui redonnant existence au sein d'un cadre structurant. C'est rendre possible le travail de l'hallucinatoire qui va désormais donner une autre teinte à nos échanges, et permettre de comprendre quels sont les personnages de son passé qui l'animent.

4^e épisode

De fait les entretiens avec moi ou avec l'infirmière ou encore des membres de l'équipe, au sein de l'expérience de relaxation dont nous reparlerons, vont désormais se modifier. J'en résume les contenus :

- la mère apparaît bien sûr au premier plan. Dans la réalité, cette femme était visiblement très angoissée comme j'ai pu le constater lors d'une visite avec son mari, mais elle niait cette angoisse. C'est elle qui régissait toute la vie du foyer. Daniel la fantasmait comme terrifiante tout en lui étant très

attaché. Ainsi lui revient le sens de l'absence de souvenirs avant l'âge de 7 ans : le petit frère né précocement à cette époque avait été mis en couveuse à la maternité. Lorsque sa mère est revenue avec le bébé dans les bras, il a pensé que c'était un autre enfant substitué car le petit frère était mort... ;

- le père, effacé, reprendra forme au cours de la thérapie et Daniel découvrira de nouveaux rapports avec lui, comme cela s'était produit pour Igor ;
- quel est donc le personnage du cauchemar qui lui enfonçait un couteau dans l'œil ? Il s'agit d'un homme sortant d'une ruelle sombre, image des fantasmes de Daniel et de ses camarades, lorsqu'ils étaient enfants, à partir, dans la réalité, d'un lieu de rencontre des « amoureux ».

En fait cet homme est avant toute chose un objet à caractère primaire ; le père de la horde primitive ? Plus tard, en parlant de son geste de se jeter par la fenêtre, Daniel dira que cela le faisait penser à une dispute qu'il avait eue la veille avec sa mère.

Quoique l'on puisse dire des événements et représentations lors de cette période, il est clair que notre patient a franchi une étape importante sur le parcours d'un Œdipe structurant. Mais rien ne permet de parler clairement d'accès à la tiercéité. C'est ce que nous allons tenter de faire maintenant.

5^e processus

Ici, je me libère du terme « épisode », car il s'agit de quelque chose qui s'est joué pendant le déroulement de l'abord thérapeutique que j'ai « temporisé ». Je veux parler d'une expérience de relaxation qui a certainement joué un rôle important pour le phénomène de décorporation.

Mais attention : pratiquer la relaxation, comme l'a fait André Grepillat, ce n'est justement pas prêter le flanc à ce qu'écrivait Green, en 1986 : « Sans le concept de décorporation, tout le postulat de l'expérience psychanalytique s'effondre et les psychanalystes n'auraient plus qu'à rejoindre les rangs des thérapies corporelles. »

Il s'agissait d'un petit groupe de patients auxquels Grepillat demandait de fermer les yeux afin de mieux saisir ce qu'ils ressentaient, la fin de la séance étant consacrée à la représentation sous forme de dessins des images qui étaient venues à l'esprit. Il ne les touchait pas, mais leur demandait de se détendre sans cesser de parler d'une voix monocorde. Ainsi se constituait un cadre, qui cette fois n'était pas le regard comme j'en ai parlé plus haut.

Or Daniel a vécu ces moments de façon intense. Dans un premier temps en exprimant de nombreux fantasmes, puis en donnant l'impression de découvrir son corps avec une certaine excitation ludique.

À l'époque, j'avais pensé à un investissement auto-érotique. C'était ne pas prendre en compte la valeur de l'environnement. Ne serait-ce pas plutôt la découverte de l'existence d'un monde tiers, entre ses propres éprouvés et ce que pouvait transmettre A. Grepillat, d'où le sentiment d'accéder à bien autre chose qu'à l'envahissement permanent, désiré et réprouvé, par la présence de sa mère ?

La suite de son comportement, pour ce que j'en ai su pendant plusieurs années, n'a pas été simple mais cohérent avec des passages difficiles. Il avait en tout cas renoncé à son Moi-idéal qui était d'être un jour un grand chirurgien.

LE PARTAGE DE L'ACCÈS À LA TIERCÉITÉ

Nous avons affaire avec les membres de mon équipe, à des patients dont la singularité, pour beaucoup d'entre eux, était l'impossibilité d'accéder au processus de tiercéité, en raison de certains aspects de leur personnalité clivée. Notre rôle n'était pas de les « guérir », mais de tenter de les mettre sur la voie de la reconnaissance de l'autre, sans pour autant se sentir menacés dans leur propre existence.

Pour cela nous avons besoin de communiquer entre nous, afin de partager nos vécus, puisque notre relation thérapeutique avec ces patients ne pouvait aller assez loin sans un certain degré de « partage affectif », pour reprendre les termes de Catherine Parat. Et cela ne pouvait se faire sans courir un certain danger de confusion, risquant de conduire à des initiatives malheureuses. Aussi je voudrais rendre hommage à ces psychologues, à ces infirmiers, qui ont su trouver des voies par eux-mêmes en fonction de leur propre sens de la tiercéité. Je citerai un texte d'une ancienne infirmière du SMPR, Monique Fauvelet, extrait de son mémoire de troisième cycle pour l'Institut français de Gestalt-Thérapie : « Mise en lien entre précontact / mise en contact et figure / fond ».

« Au fond la phase de précontact, c'est une phase de bafouillage, c'est une phase où nous allons tâtonner ensemble jusqu'à ce que progressivement une forme, un mouvement se crée. C'est une phase où aussi bien le patient que moi nous pouvons avoir des difficultés à trouver le mot qui correspond à ce qu'on est en train de commencer à sentir, de commencer à penser, à représenter, à évoquer, ça se cherche.

Au commencement, nous pourrions dire qu'il y a un fond ; ce fond va se constituer, s'organiser, il va se composer de petites figures comme un bout de souvenirs, une sensation, un bout de pensée, un bruit dans l'environnement, une respiration, un sentiment fugace. Dans cette phase, notre travail est une attention au fond, aux éléments en présence, et consiste à « ratisser », saisir ce qui est à la surface. À partir de là nous avons à construire ensemble une figure. » « La figure est une direction vers laquelle nous allons aller, et le fond c'est ce qui va soutenir tout cela avec les éléments en présence qui sont aussi bien empruntés à la situation actuelle qu'aux éléments de l'histoire, de l'expérience, des sensations du patient. »

Ces lignes traduisant un vécu clinique me renvoient à ce que Green écrit en italique : ... L'action psychique qui pense « à la fois et simultanément la réunion et la séparation (Winnicott) et se donnerait plutôt comme possibilité de tiers inclus » (2002, p. 285).

Claude Balier
Le Mollard
38120 Proveyzieux

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aulagnier P. (1975), *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- Balier C. (1988), *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- (1996), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- (2005) (sous la dir. de), *La violence en abyme*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- Ciavaldini A. (1999), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson.
- (sous la dir. de) (2003), *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*, In Press.
- Green A. (1986), Réponses à des questions inconcevables, in *Topiques*, n° 37, 11-30.
- (2002), *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.
- Kestemberg É. (2001), *La psychose froide*, Paris, PUF.
- Lavallée G. (1999), *L'enveloppe visuelle du Moi*, Paris, Dunod.
- Mélèze L. (2000), *La psychanalyse au risque de l'épilepsie. Ce qui s'acharne*, Paris, Érès.
- Reid Meloy J. (1988), *Les psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique*, trad. A. Andrunikof, Frison-Roche, 2000.