

## L'inquiétante familiarité en AFT

La question qui est posée dans ce congrès est éminemment clinique : à quelle inquiétante étrangeté sommes-nous confrontés ? Il faut remarquer que la question ne se limite pas à l'inquiétante étrangeté chez nos patients. Elle laisse la possibilité d'évoquer d'autres intervenants, et je vais essayer d'y inclure au moins deux des protagonistes principaux: le patient et la famille d'accueil.

Ainsi, je vais aborder mon exposé en trois temps:

1. D'abord je vais partir de la clinique pour vous parler d'un homme qui vit le monde comme inquiétant car ayant une structure psychotique.
2. J'aurais, ainsi, quelques éléments en main pour, dans un deuxième temps, vous proposer une réponse à la question qui est posée dans ce congrès. Nous soulignerons tout particulièrement la manière dont au sein du dispositif d'AFT se produit une rencontre déterminée par la structure psychotique qui peut favoriser une inquiétante familiarité réciproque et néanmoins a-symétrique entre le patient et la famille d'accueil.
3. Enfin, ce double approche clinique et théorique me permettra de construire une hypothèse concernant les effets thérapeutiques d'une prise en charge en AFT, et sur comment ce dispositif institutionnel de la psychiatrie représente une interface bénéfique pour beaucoup de nos patients.

1. La question qui nous est posée résonne comme un écho venu directement de l'apport freudien avec un article qu'il a publié en 1919, intitulé « l'inquiétante étrangeté ». Il s'agit d'un article écrit en même temps que « L'au-delà du principe du plaisir » et qui précède « Une névrose démoniaque au XVII<sup>e</sup> siècle ». Il existent, ainsi, des liens d'élaboration entre ces trois articles. Vous comprendrez tout de suite pourquoi j'ai donné le titre « d'inquiétante familiarité en AFT » à mon exposé. Il y a deux éléments en jeu dans ce titre : ce qui est inquiétant associé à ce qui relève du familier. Cela semble paradoxal, de prime abord, car on serait tenté de dire que c'est inquiétant ce qui n'est pas connu du sujet. Mais, Freud a développé dans son article suffisamment d'arguments pour nous convaincre du contraire. À partir de l'analyse du vocable *heimlich* et de son antonyme *unheimlich*, en allemand, Freud découvre le rapport intime entre les deux significations. Alors qu'il s'agit de deux significations qui sans être opposées, n'en sont pas moins étrangères, *Heimlich* fait référence à quelque chose qui nous est familier et confortable, alors que, *unheimlich* est un mot qui fait référence à ce qui est caché, dissimulé, voire inquiétant. Mais dans son analyse, Freud note comment le vocable *Heimlich* évolue ( comment ?) en direction d'une ambivalence, jusqu'à ce qu'il finisse par coïncider avec son contraire en devenant proche du vocable *unheimlich*. Certaines éditions ont récemment commencé à intituler l'ouvrage l'inquiétante familiarité d'ailleurs. Cela a semblé suffisamment étonnant à Freud de voir que la langue pouvait porter un tel glissement qu'il s'est dit que cela pouvait cacher autre chose. Ce faisant, Freud découvre un aspect flagrant dans la clinique: ce qui est inquiétant est, en réalité, familier pour le sujet. Le contraire est aussi valable : ce qui est familier peut s'avérer inquiétant. Évidemment cela n'est pas visible à première vue, mais il peut être corroboré par le biais d'une analyse attentive des aspects les plus intimes du sujet selon ce qu'il aura vécu dans son roman familial. Deux mécanismes sont à l'œuvre pour Freud : d'une manière générale, pour que le glissement de familier se fasse vers l'inquiétant, il s'est produit un retour du refoulé qui met à jour le composant caché : la face cachée de l'inquiétant peut s'avérer être le familier. Pour Freud, le 2<sup>e</sup> mécanisme, c'est celui ce qui se produit lorsqu'il y a le dépassement d'une croyance infantile. Retenez ce deuxième exemple : Il se produit un effet *d'unheimlich* lorsque quelque chose se passe vraiment dans la réalité et rappelle ce qui était censé être « dépassé ». Ce qui est le cas lorsqu'un patient rencontre une famille d'accueil. C'est une rencontre qui se produit

dans la réalité, et qui rappelle cette phase de la vie que le sujet était censé avoir dépassé, celle d'une vie avec sa propre famille.

Nous le voyons régulièrement. Dès qu'on parle à un patient d'un projet de famille d'accueil, il se met à parler de sa propre famille à lui. Cela est précieux d'ailleurs pour redynamiser certaines prises en charge déjà dès l'indication faite et même si le projet n'aboutit pas. Mais il faut l'assumer et l'inclure comme l'un des effets que nous produisons et qu'il faut accompagner.

Bien entendu, cela est le cas pour tout sujet quelle que soit sa structure psychique. Freud le démontre d'une manière très méthodique et convaincante dans son article que je vous invite à lire. Quant à moi, pour soutenir mon propos, je vais parler de deux situations cliniques qui montrent comment ce que le sujet psychotique vit, comporte les deux façades : ce qui l'inquiète et son lien avec ce qui est familier.

Mais, dès à présent nous pouvons penser à tous ces patients que nous connaissons et qui vivent avec une grande inquiétude d'être poursuivis par un voisin ou par des éléments de la police ou bien les patients qui se disent être la proie du diable ou d'un extraterrestre. Aussi, tous ceux qui se disent en contact avec l'univers par télépathie et qui sont l'objet d'une instance qui leur impose sa volonté. A notre grand étonnement, ils ne donnent pas toujours des signes d'une grande inquiétude. Ils se disent souvent familiarisés avec ce qu'ils vivent et évoquent, ainsi, un complot familial. Lacan a conceptualisé cela en mettant l'accent sur un aspect clé de la clinique des psychoses : Le sujet psychotique est certain d'être l'objet de Jouissance de l'Autre. Qu'il se soumette ou pas, il est certain de cela.

Je vais évoquer deux vignettes cliniques pour éclairer mon propos central sur l'inquiétante familiarité. Ce sont deux situations que je ne pourrais pas développer dans son intégralité. Mais je vous montrerai comment ces deux patients avaient des difficultés majeures avant d'aller en AFT et que leur vie s'est certainement améliorée dans une famille d'accueil mais leurs difficultés, d'ordre structural, elles, ne disparaissent pas pour autant. Mais nous devons les repérer et construire la logique du cas afin d'en faire l'objet de notre accompagnement.

Il s'agit d'un homme que nous appellerons Victor. Il avait 39 ans et avait vécu depuis 22 ans à l'hôpital en raison d'un symptôme très handicapant : il souffrait d'hallucinations visuelles dès qu'il quittait l'institution. À l'adolescence tout le heurtait nous a dit la mère : tout ce qu'on pouvait lui dire semblait véritablement le blesser et il entrait dans des colères extrêmes, s'attaquant physiquement à ses parents. Plus que des reproches familiaux classiques, il était heurté par le langage lui-même qui devenait un objet d'agression. Au cours des premiers entretiens, nous avons appris que ce qui le hantait lors des sorties de l'hôpital, c'était le fait qu'il voyait le squelette de son père qui se pointait devant lui menaçant. C'était une vision effrayante car son père était en vie à cette époque-là. Victor vivait dans cette version hallucinée du père ce qu'était en adéquation parfaite à l'image qu'il s'en faisait.

Nous avons engagé des entretiens familiaux qui nous ont permis de voir l'insouciance que les parents montraient en nous parlant de tout cela. Ils avaient clairement évoqué que la mère ne sentait pas de fibre maternelle et n'avait pas eu grand intérêt à s'occuper de Victor. Quant au père, il était, en effet, un homme qui pouvait étonner tout le monde par ses colères, y compris, parfois, dans les lieux publics. Victor nous dit qu'il n'arrivait pas à dire un mot tellement il avait peur de son père. Plus tard, jeune adulte, il a réussi à en faire face en piquant lui-même des grosses colères et en refusant de se soumettre à l'autorité du père et de tout autre adulte, d'ailleurs, ce qui lui a valu des hospitalisations contre sa volonté en HO. Victor a fini par se rendre compte progressivement que cela ressemblait étrangement à ce qui faisait retour par le biais des hallucinations.

Ainsi, la figure du père qui fait retour d'une manière désincarnée déshumanisée chez Victor, c'est bien celle du père cruel d'avant la loi, sans le côté protecteur. Et c'est l'un des aspects que Victor trouve dans le réel. L'hallucination en est la preuve.

Mais, comment cela se passe-t-il dans la clinique en AFT? Je voudrais, ici, insister sur ce terme : la clinique en AFT. Il faut dire que la clinique en AFT est celle du quotidien, en situation relationnelle que vit un patient avec cet échantillon de l'Autre qu'est la famille d'accueil.

Nous savions que dans la famille d'accueil Victor a toujours eu un rapport très proche avec la dame d'accueil qui le lui rend bien. Or, pour Victor, le mari de la dame d'accueil par le simple fait d'être un père lui aussi, représente ce que son père avait été pour lui. Ainsi, tout comme avec son père, le rôle d'autorité nécessaire à faire valoir dans certains aspects de la vie quotidienne, déclenche chez Victor une extrême agressivité avec des menaces de passage à l'acte. Victor nous dit qu'il « ne supporte pas que ce père-là s'essaye à l'autorité, notion qui semble étrange lorsqu'elle est véhiculée par un homme ». Il en va tout autrement de l'autorité de la dame d'accueil qui endosse ce rôle sans que cela pose des difficultés à Victor. La figure inquiétante et menaçante pour Victor dans cette interaction avec le mari de la dame d'accueil s'avérait être quelque chose de toute à fait familier car inspiré de son lien à ce père désincarné qu'il redoutait tant. Il n'est pas rare, en effet, que ce qui rassure et inquiète le patient soit un aspect repérable en dehors de son propre cadre familial. Nous voyons ici comment la notion de familiarité part de celle de famille mais s'en affranchit pour devenir petit à petit quelque chose de plus large qu'on appelle souvent l'intime.

Voici un autre court exemple clinique : cet homme âgé de 67 ans ayant une structure paranoïaque se sentait espionné, par « la voisine d'au-dessus » qui plaçait des micros à son domicile. L'hospitalisation l'avait rassuré d'emblée, mais l'équipe redoutait le retour chez lui. Ainsi, il lui a été proposé un AFT qui visait à réévaluer à la fois l'autonomie et les effets d'une sortie du cadre institutionnel. Or, si les débuts de l'AFT furent rassurants, il nous a rapporté ensuite le « sentiment d'hostilité et de surveillance » de la part de « la femme qui loge à l'étage au-dessus » et qui n'était autre que la dame d'accueil. Le patient a retrouvé chez la dame d'accueil l'une des versions de l'Autre auquel il a à faire. Ainsi, si l'on considère la « famille » comme une institution culturelle faisant partie de l'Autre, le patient se retrouve dans une drôle de position puisqu'il vit au quotidien ce qu'il trouve à la fois rassurant car familier, mais qui peut devenir inquiétant.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de voir comment si le dictionnaire dit que la familiarité c'est la manière de vivre dans l'intimité de chacun, alors, cela nous permet de dire que cette intimité est ainsi composée de ce qu'on a vécu avec sa propre famille.

Si je fais ce détour c'est pour montrer que ce qui rassure car familier, inquiète aussi pour les mêmes raisons. L'Autre n'est pas uniquement ce qui est intime et inconscient ; il détermine le mode de rapport que le sujet psychotique entretient avec le monde, c'est-à-dire tout ce qui est extime, et cela inclut tout ce qui relève de la famille. Par extime on entend ici ce que nous dit Lacan : il s'agit de ce qui nous est le plus prochain tout en étant extérieur. Mais, tout cela n'est que de la clinique classique des psychoses.

Dans ces deux exemples cliniques, le signifiant (précision) « famille » renvoie à la notion d'intimité, à ce qui est familier, à ce qui est le lieu de l'inconscient et, ainsi, à ce que Lacan a désigné comme en étant l'Autre. JAM a, d'ailleurs, démontré que la notion de « complexe familiaux » est en quelque sorte un ancêtre de l'Autre dans la construction progressive de Lacan.

**2.** Vous voyez bien que je pose des jalons pour construire ce qui est au cœur de l'interaction entre un patient et une famille d'accueil.

En effet, j'ai décidé de placer cet exposé sous l'angle clinique, mais vous verrez comment cela n'exclut pas la vie dans la famille d'accueil puisque comme nous l'avons vu celle-ci est un échantillon de l'Autre avec lequel le patient est en relation quotidienne. Mais, qu'en est-il de cette interaction du côté de la famille ? Pourquoi ai-je affirmé que l'inquiétante familiarité était réciproque et néanmoins a-symétrique ?

Je vais essayer d'y répondre. Tout le monde a quelque chose à dire lorsqu'on évoque la notion de famille. Si vous faites l'expérience en ce moment même de voir ce à quoi vous associez le mot « famille », vous découvrirez que ce n'est pas forcément un seul aspect identifiable et probablement dans certaines situations, vous associerez avec quelque chose qui peut s'avérer inavouable. Car, en effet, il n'est pas dit que ce soit des pensées nobles celles qui vous viendraient en premier lieu. Il est difficile d'imaginer que, même au sein d'une même famille, les représentations soient homogènes.

De la même manière, tout le monde a quelque chose à dire lorsqu'on leur demande d'associer avec le signifiant « souffrance » ou le signifiant « maladie mentale » ou alors, le signifiant « folie ». Il en va de même pour les familles d'accueil qui peuvent nous étonner lorsqu'on leur demande d'associer avec ces mots-là. Et toutes ces associations ont de quoi nous intéresser car elles représentent ce que nous portons en nous comme base inconsciente pour assurer le métier d'accueillant familial, de médecin, psychologue ou autres.

Sans faire état des exemples que nous avons cueillis dans notre expérience, et partant de l'apport freudien sur ce qu'il appelle le roman familial Pour Freud, le roman familial est la fiction que le sujet construit au cours de son existence précoce, nécessaire à l'affranchissement des parents. Ce roman traite, souvent, le thème des relations familiales du sujet. (« Le roman familial du névrosé », texte écrit en 1909), Ainsi, on sait que chaque sujet peut avoir vécu non pas un antécédent réel qui le confronte à la maladie mentale en directe. La fiction (et non pas la réalité) que le sujet se construit permet de comprendre qu'il n'est pas nécessaire qu'il s'agisse d'un antécédent réellement vécu. Il existe de nombreuses occasions pour que, au cours de la constitution du roman familial, le sujet ait « croisé » l'un des signifiants que nous avons précédemment évoqué, prenons le mot souffrance, par exemple. Alors, le sujet peut l'intégrer comme un élément constituant son roman familial. Il n'est pas dit que, à chaque fois que cela se produit, il y aura une fiction qui relie ces mots-là bien évidemment. Mais le fait que cela se produise, fera prendre une position subjective particulière qui peut être, par exemple, l'accueil des êtres en souffrance. Il est tout à fait possible que cela produise d'autres choses, d'ailleurs : de la honte, de la compassion, du rejet, ou alors, tout cela en même temps ! Et, comme je l'ai déjà dit, cela peut être le cas aussi des soignants ou des médecins, et toute personne qui voudra bien faire quelque chose avec son roman familial, et se montre disposé à le faire envers les malades mentaux.

Ainsi, en partant de cette notion de fiction, on peut dire que le vécu d'une expérience familiale, ancienne, où le sujet fut mis en relation directe avec un malade mental ou avec le signifiant qui le représente avec tout son cortège d'associations, tout cela peut expliquer à la fois l'engagement professionnel et la manière d'aborder les soins et l'accompagnement d'un patient en psychiatrie. Une réparation au sens inconscient du terme peut apporter un sens à la vie de la personne qui s'y engage avec les différentes manières de le faire : désir d'aider le malade, regard compréhensif, accueil chaleureux et familial, besoin de rééduquer, culpabilité, honte, agressivité parmi d'autres. Cela s'appelle une intention, au sens pulsionnel du terme.

Cette intention, qui dispose, selon Freud de la force pulsionnelle, pousse le sujet à la répétition non intentionnelle. Là aussi, s'applique ce que nous avons vu précédemment concernant l'inquiétante étrangeté : les situations que nous sommes censées avoir dépassées produisent, selon le mécanisme décrit par Freud, un effet d'inquiétante familiarité.

Aussi, Freud considère qu'un des facteurs qui facilitent cet effet d'inquiétante étrangeté se produit quand la « frontière entre fantaisie et réalité se trouve effacée ». Là où les frontières s'amincissent la chance est grande pour que resurgisse l'un ou l'autre des aspects refoulés. Or, pour un accueillant familial la rencontre avec un patient produit cet amincissement des frontières qui facilite l'émergence du refoulé. Suivant Freud, nous pouvons dire que cela se présente comme une certaine familiarité que l'on peut avoir face à des situations connues du passé et qui est souvent désigné comme un savoir-faire. Fort heureusement, cela peut conduire tout sujet ayant affaire à la maladie mentale, par exemple, à faire quelque chose de cette émergence étrange et familière qui lui permettra non pas de rester fasciné ou apeuré lorsqu'il rencontrera souffrance ou maladie mentale dans sa vie. Et fort heureusement, cela peut aussi faciliter l'émergence d'un savoir faire face à cette inquiétante familiarité. Cela relève d'une offre-intention inconsciente faite dans notre cas, par l'accueillant. Fiction personnelle, inquiétante étrangeté/familiarité et savoir-faire sont à l'œuvre dans le talent de toute personne qui s'occupe de près ou de loin des patients psychotiques y compris les accueillants familiaux. L'accueil de la psychose se fait avec le meilleur ou le pire de la fiction. Le meilleur serait un accueil chaleureux en mettant à sa disposition un savoir-faire mesuré par le savoir. Et le pire serait un devoir surmoïque, masqué souvent sous couvert d'une mission oblatrice. Cette lise

à disposition du meilleur ou du pire au service du talent peut se produire dans un mouvement qui peut être en alternance ou corrélatif.

Là, gît un point capital de nos actions. Loin d'être conçus comme la vérification d'une bonne adaptation au sein de la famille d'accueil, les soins doivent aussi porter sur ces points capitaux qui de part et d'autre sont à l'œuvre dans la rencontre entre patient et accueillant. Il faut reconnaître qu'il est impossible de dissocier les différents aspects qui constituent le savoir-faire. Il ne faut pas le voir comme un biais de leur métier car il est possible que cela soit à l'œuvre dans toute rencontre professionnelle que nous avons tous avec des gens en souffrance. Cela peut comporter des aspects bénéfiques lorsqu'elle ne se fait pas au détriment du sujet accueilli. Tout ce qui aboutit à la démesure ou à une « autre forme de satisfaction » pour reprendre l'expression freudienne qui concerne la jouissance doit être repérée et modérée par les équipes. Ceux-ci disposent d'un savoir sur cette articulation qui les rend indispensables.

**3.** En guise de conclusions, je proposerai quelques pistes issues de tout ce que je viens de vous exposer :

Il faut voir les effets bénéfiques du cadre d'AFT sur deux plans :

a) Clinique : Nous avons vu que le carrefour de l'AFT permet la rencontre entre un sujet psychotique qui est certain de ce que l'Autre veut et que, de l'autre côté, la famille d'accueil offre, à travers sa position subjective, une intention au sens inconscient du terme. Notre travail consiste à accompagner le patient dans ce qu'il comprend de l'intention de l'Autre ici représenté par l'accueillant familial. De la manière dont il se placera à l'issue de ce carrefour dépendra ce qu'il en fera comme une suite dans sa vie. Cet accompagnement s'avérera déterminant car il permet aux uns et aux autres de faire avec leur familiarité de moins en moins inquiétante dans le meilleur des cas.

b) Institutionnel : L'AFT est une interface institutionnelle qui permet l'accompagnement du patient pour prendre place dans l'un des lieux communs de l'Autre nommé famille. Il s'agit d'une interface rassurante car l'institution y greffe des garanties qui modèrent l'interaction entre le patient et l'Autre.

La noblesse et l'efficacité de cette interface entre l'intime et l'extime, entre le patient et l'Autre nécessite l'éclairage de la psychanalyse afin d'apprécier la manière qu'il aura de se forger une autre façon d'exister.

Dr Alberto Velasco  
Lyon 2012