

Jean-Pierre KLEIN
 CNRS
 Collège National
 de Psychiatrie, CREFACC

La PSYCHIATRIE de l'ELLIPSE et ses POSITIONS ENONCIATIVES

“La vie entière n'est rien d'autre que des questions devenues formes, qui portent en elles le germe de leur réponse et des réponses grosses de questions. Celui qui y voit autre chose est un fou.”

G. Meyrinck, *Le Golem*.

Quel est le type de discours que le soignant propose en thérapie au sujet ?

Avant d'examiner le discours habituel de la personne accueillie en psychothérapie, qui se fait traditionnellement sur le mode du “débrayage énonciatif”¹, nous nous proposons de réfléchir un peu sur le genre littéraire dit “autobiographie”.

De l'exercice autobiographique à la psychothérapie classique

Contrairement à tout ce qui est dit, écrire son autobiographie, ou bien, plus simplement, écrire à partir de sa *réalité*, choisir sa *réalité* pour traiter de sa vérité (choisir une de ses *réalités* pour traiter d'une de ses vérités) — ce qui est au fond de l'acte d'écriture — est le genre le plus difficile qui soit. Le journal intime n'intéresse qu'un lecteur et, sous l'apparence de la sincérité, est jeu d'écriture entre le moi idéal et l'idéal du moi.

Il s'agit là de la projection de l'énonciateur réel dans l'énoncé grâce à un *débrayage énonciatif*, c'est-à-dire, le discours syncrétique

¹ “En partant du sujet de l'énonciation, implicite mais producteur de l'énoncé, on peut projeter (lors de l'acte de langage ou de son simulacre à l'intérieur du discours), en les installant dans le discours, soit des actants de l'énonciation, soit des actants de l'énoncé. Dans le premier cas, on opère un *débrayage énonciatif*, dans le second, un *débrayage énoncif*” ; [Greimas, Courtés, 1979, art. “Débrayage”, p.81].

d'un /je/ici/maintenant/ qui n'est qu'un simulacre discursif de l'énonciateur, sous forme de narrateur, dans l'impossibilité absolue d'un embrayage total qui serait de parvenir à se dire totalement grâce au langage. Le /je/ de l'énoncé ne peut être totalement le /je/ qui énonce.

Cet embrayage inaccessible, c'est ce à quoi tend le poète, non sans savoir qu'il ne pourra jamais y accéder pleinement.

“C'est, ce jeu insensé d'écrire, s'arroger, en vertu d'un doute — la goutte d'encre apparentée à la nuit sublime — quelque devoir de tout recréer, avec des réminiscences, pour avérer qu'on est bien là où l'on doit être (parce que, permettez-moi d'exprimer une appréhension, demeure une incertitude)”.

Stéphane Mallarmé

Dans le roman autobiographique (genre littéraire qui, à la différence du journal intime, est écrit pour des destinataires inconnus), tout ce qui est écrit rappelle à l'écrivain l'événement réel et la personne physique que le personnage écrit évoque. L'auteur ne peut ainsi bien souvent que tourner autour de ses souvenirs, de sa vision rétrospective des autres dans leur chair. Quand il tente de traduire ce passé, il ne peut qu'être allusif, n'arrivant pas généralement à recréer une rencontre profonde entre l'être vivant qu'il a connu et qu'il couche sur le papier et le lecteur qui n'accède à ce pan de réalité qu'à travers la subjectivité de l'auteur, elle-même retranscrite en mots. Les référents échappent à jamais.

En outre, bien des fois, la réalité de référence est tellement forte pour l'auteur — qui a dû passer par l'écrit pour s'en purger — que celui-ci n'arrive pas à écrire autrement qu'en *métadiscours* : discours actuel sur le discours que l'auteur s'est tenu à propos d'événements qu'il a vécus. Le lecteur est ainsi mis dans cette position curieuse d'assister à une évocation assez partisane sans ressentir quelque affect de la scène première (nous n'avons pas écrit “primitive”) ; manque autour duquel tout le texte est contraint de se structurer.

Quelques-uns réussissent à surmonter cet écueil : l'écrit a su intégrer un peu du corps de l'écrivain. Pour que de la douleur naisse une œuvre d'art qui la transcende tout en restant ancrée dans cette émotion. L'autobiographie est ainsi un véritable “roman”, terme dont l'étymologie renvoie à une langue courante populaire et charnelle, par opposition au latin des clercs. La vie de l'auteur n'est plus complètement étrangère, elle peut faire résonance avec la réalité du lecteur qui y retrouve des expériences semblables de sa propre vie. La *fiction*, bâtie sur la réalité étrangère d'un autre, offre à celui qui lit un espace vacant (qui n'est plus un manque) à quoi mêler ses propres vides.

La transposition actuelle de la réalité passée —forcément très affectivement investie puisqu'elle a été choisie comme objet du livre— est façon de traiter entre la représentation d'autrui et soi-même, même projeté dans le débrayage énonciatif, de ce qui a échappé entre autrui et soi.

Quant aux situations thérapeutiques en *débrayage énonciatif*, du type cure classique, elles ne se déroulent pas en /je/ailleurs/naguère/comme on serait tenté de le croire. Elles s'insèrent en effet, toujours dans le présent de l'actualité du transfert. "Parler pour son propre compte" y est moins de l'introspection psychologique que l'édification d'une légende actuelle de soi-même dans la reconstruction rétrospective de toute son histoire en lui donnant un nouveau sens.

On peut se référer ici au modèle de Greimas qui propose le passage par le *débrayage énoncif* (il/ailleurs/alors) comme étape intermédiaire entre l'énonciation et le *débrayage énonciatif*. Le sujet en thérapie se prend ainsi pour le héros de sa propre légende à partir des représentations présentes de sa *réalité* retrouvées dans le laboratoire de la cure, sorte de retraite "régulière" (terme polysémique qui signifie périodique, soumis à des règles et le contraire de séculier). La cure, on le sait, emprunte aux relations de rêves, les mettant ainsi à égalité avec le discours sur soi, dignes d'être analysés de la même manière. Il s'agit donc aussi de "parler pour son propre conte !"

La psychiatrie de l'ellipse

En psychothérapie, tout commence donc par un discours jugé pathologique.

Ce que nous avons appelé la "psychiatrie de l'ellipse" décrit une figure à deux foyers : le premier fonctionne en débrayage énonciatif, le second en débrayage énoncif et c'est dans l'aller-retour entre ces deux foyers que se déroule le chemin initiatique de la psychothérapie. Elle s'inscrit dans un *projet* thérapeutique que l'on pourrait définir comme un "projet mou" [Boutinet, 1990] laissant la place à l'imprévu. La relation thérapeutique respecte les défenses d'autrui tout en s'inscrivant dans un projet global de mieux-être. Elle ne doit pas tendre vers des objectifs précis à atteindre (par exemple : la résolution d'une confusion entre phonèmes, un assouplissement psychomoteur, une séparation avec une mère jugée castratrice ou une

prise de conscience d'une problématique œdipienne...). Les techniques éventuellement utilisées élisent un mode d'expression particulier du sujet, comme métonymie de sa globalité.

La dimension éthique de toute pratique thérapeutique doit reposer sur le respect de l'autre. Le soignant doit moins avoir un projet prenant l'autre pour objet qu'être dans un projet thérapeutique tendu vers un *être plus* du soigné et, par là même, du soignant. Le soignant et le soigné rejoignent ainsi le poète qui écrit :

“Vois comme se rétrécit le lieu où tu te tiens :
Où veux-tu aller à présent, toi en défaut d'ombre, où aller ?
Monte. En tâtonnant, monte”.

Paul Celan

Cela signifie à la fois faire confiance aux forces de *transformation constructive* (qu'on nous pardonne ce syntagme vague et quelque peu manichéen, mais nous n'avons pas trouvé mieux) présentes en la personne soignée et ménager ses défenses de sauvegarde envers la solution qu'elle a (inconsciemment) *adoptée* pour éviter une souffrance plus grande encore.

Il s'agit plutôt de faire en sorte que cette solution actuelle ne soit pas un butoir mais une étape vers d'autres solutions, issues de celle-ci, d'autant plus satisfaisantes, qu'elles bénéficient de cette expérience dite pathologique qu'il ne s'agit pas du tout de renier, mais au contraire d'intégrer pour la dépasser.

Mettre l'autre en position d'hétéronomie est sans issue, puisque ne résout rien, et doit être toujours rétablie par la persuasion ou la force directive, avec les moyens de la conversion idéologique ou de l'enfermement asilaire.

D'ailleurs, un des critères très sûrs de la valeur d'un psychothérapeute se mesure fort simplement à sa facilité de déclarer une thérapie finie et de dissoudre l'état de dépendance du soigné à son égard. Celui qui est à aider est d'emblée considéré comme *sujet positif* (compétences et modalités).

Les bonnes interrogations

Il est néanmoins avantageux de préciser quelque peu le projet en tentant de formuler *les bonnes interrogations*.

Une femme qui se demandait si elle *aimait la vie* est amenée à se poser l'interrogation apparemment inverse : “Pense-t-elle qu'elle est aimée de la vie ?”

Devant un enfant dont les traits de comportement reproduisent ceux d'un père malade mental, la mauvaise question est celle de l'hérédité génétique, la bonne est celle de la croyance en cette hérédité. La pathomimie que l'enfant présente est une façon de poser la question de la présence de la *tare* en lui.

Pour un adolescent ayant eu un épisode de coma traumatique, la question posée était : comment réanimer (redonner de l'âme à) son corps qui a été celui d'un *mort vivant* dans une expérience irreprésentable, car non intégrée dans sa mémoire ?

Au contraire de ce processus de métabolisation du *trop peu*, les enfants victimes d'abus sexuels sont sommés de poser la question de l'insertion de ce trop d'horreurs dans la constitution d'eux-mêmes comme sujets de leur vie affectivo-sexuelle.

Ces questions sont toutes des versions plus ou moins affinées de la quête d'identité dans la re-création permanente de soi-même que représente l'aventure thérapeutique.

Le paradoxe de la thérapie est qu'à l'intérieur d'une situation qui pose clairement une finalité (*aller mieux*), il est fait appel à la notion de création qui, on le sait depuis le Kant de *La Critique du jugement*, se définit par une absence de "fin" (nous dirions de "but") :

"la beauté est la forme de la finalité d'un objet en tant qu'elle y est perçue sans la représentation d'une fin."

Kant, *Critique du jugement*.

Nous devons en passer par des formes créatrices en "intentionnalité zéro" [Duvignaud, 1980, p.50] pour les mettre au service du projet thérapeutique. C'est parce que la thérapie se déroule hors-vie réelle, et sans but apparent dans son champ, que des répercussions dans la vie réelle peuvent secondairement avoir lieu. Il est dit couramment que la psychothérapie est efficace quand elle ne prend pour but qu'elle-même comme expérience.

Toute thérapie, même celle qui travaille dans la recherche d'élucidation, doit se mouvoir dans ce champ de gratuité apparente. Toute thérapie qui se fixe des objectifs précis est une rééducation. Elle s'inscrit dans une visée mais ne doit pas poursuivre des objectifs partiels.

La clarté n'est pas forcément la meilleure voie vers la lumière

Si la thérapie est l'accompagnement de la quête d'une personne, le problème de la méthodologie amenant à l'indication de la configuration thérapeutique est capital. Il s'agit, en effet, d'abord de

mettre en place le cadre, les règles du jeu et le support pour que puisse s'effectuer la transformation du sujet, avec, de-ci de-là, des dévoilements de sens, moins recherchés activement dans l'application de schémas préexistants que s'imposant grâce à ce dispositif. L'approche psychothérapeutique traditionnelle passe par la voie royale de la *conscientisation*. Nous ne sommes pas sûrs que la conscience soit la principale instance de la transformation de la personne. "Faire prendre conscience" est un acte de transmission du savoir par le soignant qui pense mieux comprendre les intérieurs du soigné et, à la limite, les maîtriser dans une conception qui, au pire, n'est pas sans rappeler les tentatives de "psychokinèse", l'essai de faire se mouvoir des objets à distance. La quête cognitive forcenée et laborieuse est toujours antinomique de la thérapie : "la lucidité est la grande ennemie de la révélation" [Breton, 1953].

La démarche que nous préconisons est moins de *faire prendre conscience* que de permettre d'être pris par la conscience (ou le préconscient) dans des dévoilements qui se font dans un langage —pas seulement le langage verbal— selon une formulation polysémique condensée.

La psychiatrie infanto-juvénile, cette pratique originale qui continue heureusement de se chercher, est de moins en moins attirée par la recherche exhaustive, dans le passé, de la causalité des troubles présentés par l'enfant. Elle a appris à se préoccuper davantage des conditions de déclenchement du processus thérapeutique, permettant une compréhension, une saisie des productions formelles, "morphologies instables", selon l'expression de J.-C. Coquet [Coquet, 1984, p. 206], qui l'accompagnent au fur et à mesure.

La thérapie n'élit plus comme moyen privilégié (et qui devient souvent le but unique) le fait de faire prendre conscience à l'autre de l'explication de ses difficultés actuelles selon une construction que le thérapeute aurait élaborée à partir d'un bilan préalable. Singulière maïeutique ! C'est ce qu'on appelle généralement *travailler* une problématique —ce qui nous fait irrésistiblement penser au *travail* par l'acide sur la plaque de cuivre.

La psychiatrie que nous défendons abandonne l'illusion de la recherche des significations comme voie royale de la thérapie, elle est au contraire tentative de *donner sens* (ce qui phonétiquement peut s'entendre *de naissance*) présent à ce qui aide à l'assomption d'une personne comme "sujet de ce qui la traverse". Nous y reviendrons.

Pour nous résumer, le problème est pour l'heure de savoir d'abord quelle mise en scène proposer pour que se déploie au mieux ce projet.

Mise en ellipse

L'ellipse, dont l'étymologie latine et grecque signifie "manque", est une "omission syntaxique ou stylistique de un ou plusieurs mots que l'esprit supplée de façon plus ou moins spontanée" (Robert). Elle est par extension "l'art du raccourci ou du sous-entendu" (Robert). La psychiatrie de l'ellipse transforme en quelque sorte le manque en le sous-entendant dans une trame narrative. Celui-ci n'est pas à démontrer en tant que tel. Il se révèle l'élément structurant du programme du sujet de quête qui entre en thérapie. Pour la psychiatrie de l'ellipse, le sous-entendu est un *raccourci* dans le projet thérapeutique (au contraire des objectifs de *conscientisation* habituels). Une fois le projet défini, au mieux, par les bonnes interrogations, il s'agit de mettre celles-ci de côté sans tenter d'y répondre. On sait que les réponses, surtout immédiates ne sont que formulations de résistances, évitements, poncifs, banalisations et rationalisations. Nous citerons comme exemple de mauvaises questions celles qui portent sur la façon d'obtenir l'élimination des symptômes.

Les bonnes interrogations une fois posées (et les mauvaises questions éliminées), il faut les mettre de côté, les refouler en quelque sorte et créer un deuxième foyer pour tracer la figure de l'ellipse (dont nous rappellerons que le calcul du périmètre n'a jamais pu être mis en formule mathématique). Se re-créeer passe alors par une création à partir de soi-même qui permettra d'abord une transformation dans le champ du symbolique —qu'il s'agisse du simulacre que représente l'évolution de la névrose de transfert ou de la succession de dessins imaginaires, peu importe.

Le débrayage énoncif

Le dévoilement est la plupart du temps plus profond quand on peut se cacher à travers ce qui est issu de soi mais ne se présente pas comme soi. Toutes les tentations de justification, de plaider *pro domo* s'atténuent quelque peu. Il est plus aisé de s'adresser à la fiction, c'est-à-dire à cette forme particulière de création où les mots créent le personnage, constituent peu à peu son ossature, sa chair. Même s'il est inspiré et nourri de *réalité*, il n'existe d'abord que le langage qui doit être assez puissant pour lui donner vie, pour lui permettre éventuellement de vivre sa propre vie. Le langage n'est plus complètement défensif, il est assez vibrant pour figurer et créer

presque des êtres de chair et de sang, assez poétique pour être et représentation langagière et manifestation présente et vivante du référent auquel celle-ci renvoie. Le langage en thérapie évoque, mais convoque aussi, pour une part la vie qu'il décrit. Il est apparence mais il est aussi *apparition* au sens spirituel du terme.

Cependant cette apparition ne peut être le référent même, dans l'illusion d'un embrayage totalement réussi. Ce qui est recherché est tout au plus une certaine authenticité retrouvée momentanément grâce à toute une *stratégie du détour* — méthodologie de pose de l'indication thérapeutique que nous n'avons pas la place de détailler ici.

Le travail de recréation de soi ne se fait pas alors de façon introspective sur le mode du /je/, mais dans l'artifice du *débrayage énoncif* dont le soigné pressent qu'il naît d'une implication profonde grâce aux premières phases de la thérapie en *débrayage énonciatif* ; les premiers accueils, la formulation des "bonnes interrogations" peuvent éventuellement être énoncées explicitement. On peut désormais passer dans un autre monde qui n'est pas hors du nôtre, comme l'univers du merveilleux, mais accompagne notre monde ordinaire (comme l'univers fantastique, si l'on en croit R. Caillois, préserve le quotidien de trop grands dangers en les figurant ailleurs pour qu'ils n'arrivent pas pour de bon). Ainsi sont évacuées, au moins partiellement, de trop grandes souffrances, des transgressions trop criminelles, qui vont s'exprimer un peu et s'épuiser dans cet ailleurs.

L'/ici et maintenant/ ne peut vivre que si ces /ailleurs/nulle part/ l'entourent, le décontaminant un peu des menées invasives de la folie, de la mort et de la destruction.

"L'ici et maintenant" n'est clair que grâce à ce halo de "nulle part". Il suffit de décaler d'un cran la césure : le "now here" est l'autre face du "no where" :

"Oui la forme objective est en réalité la plus subjective. L'homme est moins lui-même quand il parle pour son propre compte. Donnez-lui un masque et il vous dira la vérité."

Oscar Wilde, *La critique est un art.*

La psychothérapie traite de productions syncrétiques au sens large du terme : symptômes, discours pathologique dans son contenu et dans sa forme, lapsus, rêves, etc.

L'essentiel du travail psychothérapique traditionnel tente d'opérer une désyncrétisation par une opération d'analyse : il s'agit en effet de décomposer le plan manifeste en ses différents plans latents ou sous-jacents. Le psychothérapeute traditionnel démonte ainsi les divers

mécanismes (condensation, déplacement, etc.) qui ont mêlé leurs significations multiples en une seule forme syncrétique.

La parole interprétative aurait ainsi pour but de révéler la signification occulte des manifestations pathologiques.

L'un dans l'autre

Pour préciser un peu plus avant notre conception d'une psychothérapie qui ne serait pas seulement *analytique*, nous ferons appel à ce qui fait le pont entre la tradition psychothérapique et la psychothérapie en création formelle : nous voulons parler du surréalisme.

Il s'agit d'un jeu surréaliste dénommé "L'un dans l'autre". Chacun des joueurs doit penser à un objet, un personnage, un être vivant, etc. Prenons le chat... Puis, le meneur de jeu demande de décrire un objet explicite, par exemple un vélo. Le joueur décrit alors le vélo en pensant au chat. Il fera appel à des "connecteurs d'isotopie"² et utilisera ainsi des mots à double sens, des images pouvant s'appliquer aux deux termes, des analogies, des rimes, des allusions, des correspondances de forme. Lors de la lecture du texte ainsi obtenu, les autres joueurs doivent deviner le chat qui s'y trouve caché.

De la même façon, les interprétations devraient se situer au moins à la fois sur les plans manifeste et latent. Elles devraient même être assez ouvertes pour que des sens non prévus s'y rajoutent, enrichis par l'ambiguïté de l'énoncé et/ou de l'énonciation. Le travail dans le jeu, l'humour, la plaisanterie, favorise en particulier cette ambiguïté par le jeu de mots qu'il permet, dont on ne sait s'il est simple boutade ou parole de vérité (à l'inconscient de s'en débrouiller !).

Un premier avantage est de composer avec les résistances du sujet qui ne supporterait sans doute pas la lumière crue (d'ailleurs les véritables interprétations en psychothérapie traditionnelle nomment seulement ce que la personne sait presque).

L'interprétation retrouve alors la formation même du symptôme qui ne privilégie pas un plan mais les contient tous. Elle est alors une improvisation créatrice à deux que l'un (le soignant le plus souvent) formule dans une sorte d'indication-dévoilement poétique de sens. La phrase, le geste, le graphisme s'imposent si possible dans la forme et le support.

Cette création interprétative à deux (émise par l'un en phase avec l'autre) est déjà transformation de la création symptomatique solitaire. Mais, en amont même de ces dévoilements de sens, la question que nous posons est celle du matériau sur lequel s'exerce ce travail interprétatif éventuel.

²Le terme "connecteur d'isotopie" permet l'aiguillage du discours vers l'une ou l'autre des isotopies possibles. Ainsi en est-il dans cette histoire drôle. Des gens jouent au bridge dans un café ! "Et pour monsieur ?" interroge le garçon, — "Pour le mort, une bière !" Bière et mort sont des connecteurs d'isotopie.

Déjà, en psychothérapie classique, la méthode des associations libres permet de ne pas aborder directement le symptôme, l'insérant dans le paradigme inconscient dont il n'est que la partie émergée.

La *psychiatrie de l'ellipse* met en place une étape intermédiaire, qui peut d'ailleurs suffire en elle-même ; celle de créations syncrétiques autres.

De syncrétisme en syncrétisme

Nous proposons en thérapie des décalages pour des créations formelles syncrétiques avec changements de registres, de supports, avec des agencements autres des mêmes mécanismes (déplacements, condensations, etc.).

Mais prenons l'exemple le plus banal en psychiatrie infanto-juvénile, celui du dessin.

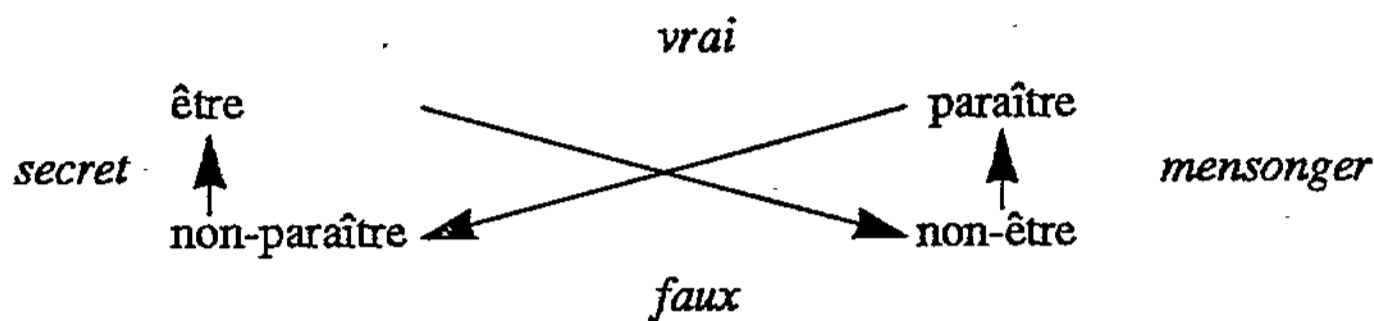
Lorsque l'enfant réalise un dessin chez lui, le but en est son plaisir et celui éventuellement de ceux auxquels il le montrera. En attendre plus n'est pas nécessaire (même si quelque chose de son intimité a pu passer dans ce dessin). Un jour, on l'emmène consulter un "psy" parce que "ça ne va pas". Même si l'enfant n'en a pas formulé la demande explicite, il sait qu'il vient pour lui et ses difficultés, et que celui qui le reçoit est un soignant. Et voilà que ce dernier ne lui demande pas de parler de lui en direct (tout au moins dans un premier temps), mais qu'il lui propose d'œuvrer dans l'imaginaire, de dessiner et de raconter l'histoire inventée du dessin. Le consultant sait bien, au fond, que c'est de lui qu'il s'agit, mais il doit parler d'un personnage qu'il imagine. Le dessin et le récit qu'il en fait, est, du coup, imprégné ; ce qu'il trace et dit est façon de se figurer soi-même et de figurer son monde intime et fantasmatique.

Cette projection —la plupart du temps non explicitée en tant que telle— n'est pas forcément non plus soumise à une explicitation en aval. Il s'agit en quelque sorte d'une ellipse dans l'acte d'énonciation du soignant, productrice de figurativisation dans l'énoncé fictionnel de l'enfant, réalisée à partir de ce qui ne pouvait que rester implicite dans le discours en *débrayage énonciatif*.

Si l'on applique le carré sémiotique de la véridiction de Greimas à l'évaluation des positions subjectales, on peut écrire que la recherche du *vrai* (qui conjoint *être* et *paraître*) du névrotique à partir de ses *secrets* (*être* et *non-paraître*) qui est le propre de la psychothérapie classique, passe ici par le *mensonger*, le *paraître* renvoyant à un *non-*

être sous forme d'un sujet en papier ou d'un sujet masqué dans l'espace du jeu de la fiction.

Cela est encore plus valable chez le psychotique qui conjoint *non-paraitre* et *non-être*, et doit d'abord faire coïncider un *paraître* avec son *non-être* pour s'assumer enfin dans une vérité reconquise :



Le Carré sémiotique de la véridiction

[Greimas et Courtés, 1979, art. "Véridictives (modalités)", p. 419.]

Quant au discours du thérapeute, il se déploiera aussi, le plus souvent, dans le *débrayage énoncif* (au moins selon le modèle greimassien) commentant et favorisant l'évolution des formes créées (dessins, invention de contes, etc.), cependant que le soigné construira sa fiction de façon de plus en plus conforme aux canons du récit, se reconstruisant lui-même dans ce simulacre.

Accepter le biais du *débrayage énoncif* permet ainsi un accès initiatique à ce processus étonnant : faire une image est source d'effets dans la personne même.

De même, inventer, dans ses récits, la troisième personne, imaginer un tableau, improviser une scène théâtrale, inventer un rythme, ne sont plus des actes *gratuits* (comme on peut parfois se le raconter dans la production artistique *pure*), mais sont désignés comme ayant rapport avec la transformation de la personne. Car, même si celle-ci n'est pas le *motif* du dessin, elle en est la motivation, ce qui lui permet d'y être impliquée éventuellement plus profondément que si elle faisait son autoportrait. La fiction est d'autant plus facile qu'elle est un champ familier à l'enfance, faisant appel au goût du jeu qui n'a d'ailleurs pas, en général, complètement quitté l'adulte. Il ne faut jamais oublier que le jeu est une thérapie en soi, comme l'affirme Winnicott.

Ces décalages qui portent sur le changement de statut du discours permettent en effet une expression qui signifie en elle-même dans la complexité. Cette forme nouvelle est déjà un *trois comme*

dépassement du deux. Elle projette en effet dans une forme extérieure les conflits de l'individu permettant déjà leur coprésence dans la même trame narrative — comme le mythe collectif est mise en scène formelle des contradictions d'une culture.

La question de l'explicitation

Il n'est pas nécessaire que s'opère un travail d'explicitation analytique des productions ; ceci risquerait souvent de figer le processus en le mettant trop en lumière, constituant ainsi une *provocation* aux résistances.

Il n'est en effet pas nécessaire de rappeler que la représentation renvoie à la personne, chacun le sait et l'oublie à la fois, ce qui permet d'éliminer ce qui est trop intentionnel ou presque. Une fois enregistrée la règle du jeu qui suppose une *sous-jacence* à toutes les productions, nul besoin d'y revenir, "ça" travaille en soi — à l'image de ces psychanalysants qui font plus de rêves qu'à l'accoutumée.

La situation est claire : quelqu'un qui souffre et fait souffrir voudrait que la souffrance soit moindre. Pour cela il doit procéder à des changements. Le dessin s'insère dans ce dessein qui, une fois affirmé ou sous-entendu au départ, doit garder la plupart du temps son e "muet" et rester dans l'implicite de l'ellipse. Le travail, dès lors, s'effectue à l'insu de tous (ou presque) car le refoulement est aussi un mécanisme dynamique à respecter, au moins en partie.

C'est le rôle du thérapeute de catalyser (au sens chimique du terme) la réaction, en l'occurrence, de permettre qu'autrui réintroduise du dynamisme dans le résultat d'une création qui, passée la forme du symptôme pathologique, s'est vidée peu à peu de tout sens, se réhabite et se remet en mouvement. La réponse aux conflits redevient vive et s'inscrit peu à peu dans un processus qui reprend. Ainsi est sollicitée la capacité étonnante de l'homme de traitement du mal et des maux.

L'important n'est pas d'avoir la clé de ses problématiques (nous connaissons tant de personnes qui croient la posséder sans que cela ne les fasse progresser). D'abord, avoir une clé ne suffit pas : la serrure est complexe et a nécessité pour sa fabrication des montages multiples et successifs. Et puis, arriverait-on à en trouver la forme particulière et unique, à en tracer de plus en plus minutieusement les plans, puis à forger ce merveilleux outil, que la rouille de la serrure l'empêcherait de fonctionner...

L'important n'est pas d'avoir la clé mais d'être la clé.

Il s'agit en effet de partir de sa globalité complexe dont un des avatars a verrouillé la destinée dans un "état" pathologique de souffrance, et de comprendre, comme les anciens chinois, que la porte n'est pas seulement fermeture, mais passage.

La clé, c'est soi-même et c'est de soi-même que de nouvelles formes doivent être créées. Tout est là, qu'il suffit de remobiliser.

C'est bien après, un jour, étonné de l'air qui circule, que l'on pourra, en se retournant, apercevoir au loin la porte que l'on a franchie à son insu.

C'est tout naturellement que notre travail thérapeutique s'inscrit dans la tradition des quêtes personnelles qui s'exercent sur soi comme métonymie de la connaissance du monde, qui se meuvent à la fois dans l'implicite et la *connaissance*, tant intellectuelle qu'intuitive, dans la perception, au bout du compte, du lien profond du fond et de la forme. L'ellipse autour de ses deux foyers figure ainsi le syncrétisme fond/forme, énonciation/énoncé, le tout se déroulant dans le présent vivant.

La perception intuitive de la transversalité

Ces indications-dévoilements de sens sont en fait des révélations de correspondances, des "ressemblances". Marc Augé dit que le shamanisme est la "possibilité de percer à jour l'opacité des systèmes symboliques" (Séminaire *Les Folies*, EHESS, 1989-1990) que Lévi-Strauss avait décrits de façon étanche : langage, parenté, religion, résidence, etc. Le "clairvoyant" serait moins celui qui voit l'invisible que celui qui saisit ce que nous appellerons la transversalité de différents espaces symboliques apparemment étanches.

Guérisseur, shaman, thérapeute, se retrouvent dans cette expérience qui ne peut être initiatique que si elle est quelque peu maîtrisée dans les conditions de son déclenchement et de son retour au "réel". Le fou fait partie de la même famille des "clairvoyants". Marc Augé citait l'exemple du délirant qui écoute la télévision et pense que le journaliste parle de lui. Il ne s'agit pas là, à notre avis, de correspondance des registres mais de confusion ne permettant aucune transversalité entre des systèmes symboliques.

Plus étranges sont les paroles qui traversent les psychotiques comme des énigmes. Elles touchent l'essentiel des drames de l'être

humain, combinant vécu psychologique, invention imagée et profondeur métaphysique. Comme l'écrit Prinzhorn [Prinzhorn, 1984], "ces malades, de manière tout à fait irrationnelle, sont en contact avec les vérités les plus profondes et révèlent, sans en être conscients, des visions d'éternité".

Le rôle du soignant n'est pas de *mettre à plat* ces vérités dans la rationalité, mais est plutôt de témoigner de cette exploration des limites. Il est de permettre que le fou ne soit pas seulement un corps traversé de vrai mais aussi un sujet se réappropriant cette clairvoyance pour avancer son cheminement. Pour cela le thérapeute, comme dit Henri Maldiney [Maldiney, 1987], doit être lui-même "un champ de présence ouvert à l'autre" et ce terme de présence renvoie tout autant à ses qualités humaines et à son ancrage spatial qu'à sa faculté d'être dans le présent de la rencontre. Le travail dès lors ne se déploie plus dans le passé à redécouvrir, mais dans le présent qui le contient et peut alors en traiter activement.

La question de l'interprétation

Nous nous référerons maintenant au modèle de Jean-Claude Coquet [Coquet, 1984] qui nous semble ici plus adéquat pour rendre compte de l'acte d'interprétation en psychothérapie.

Le discours pathologique oscille lui-même, chez le psychotique, entre le *débrayage énonciatif* et le *débrayage énoncif* qu'il est parfois difficile de distinguer : à qui renvoie le /je/ de l'énonciation énoncée ? La reprise en écholalie du /tu/ et du /je/ de l'interlocuteur par exemple en dit long sur la nature du /je/ émis par le psychotique dans ce qui pourrait apparaître comme un *débrayage énonciatif*. Par ailleurs, lorsqu'une chose est personnalisée (une chaise présentée comme un être humain), il s'agit à l'évidence d'une projection de l'énonciateur qui éventuellement s'y assimile consciemment dans une indistinction des limites de son corps et de l'objet inanimé. A quoi correspond un /ici/ qui se situe en fait dans l'/ailleurs/ du délire ? /Maintenant/ et/alors/ sont-ils vraiment distincts ? Les néologismes utilisés ne sont-ils pas parfois la seule façon de rendre compte de cette co-présence des deux débrayages antagonistes ?

Face à un discours de confusion de registres, des propositions thérapeutiques contraignantes pour une création fictionnelle d'une part et pour un discours en *débrayage énonciatif* d'autre part (dans les

premières rencontres, les bilans réguliers éventuellement faits avec le malade et, le cas échéant, sa famille, les retours aux personnes en présence des fins de séances et de la fin de la thérapie, etc.) tentent de disjoindre les registres avec rigueur.

En accompagnement de ces deux débrayages se situe l'activité interprétative qui est affirmation par le soignant d'une vérité du soigné, mais celle-ci peut se faire tout autant dans le dévoilement explicite que dans le travestissement du personnage ou du support choisi. Dans ces derniers cas, le thérapeute donnera une interprétation selon la forme et/ou la substance proposées. Il fera un dessin alternatif avec le malade ou bien interviendra comme personnage dans le conte inventé. Cette activité interprétative respectera l'ambiguïté grâce, entre autres, aux *connecteurs d'isotopies* (cf. ex. en annexe).

L'interprétation énoncée par le soignant se fait sur le mode du *débrayage énonciatif* greimassien, ce qui n'en dévoile pas le fonctionnement intime.

En nous référant à J.-C. Coquet, on peut essayer de préciser les positions subjectives de *l'interprétant* et de celui à qui il s'adresse : l'interprétation du soignant présuppose un *méta-vouloir* : moi, psychothérapeute, j'affirme que je suis *Je*, j'asserte cette vérité qui m'a traversée et que je me suis appropriée. Voici la position finale. Décrivons les étapes qui y conduisent .

Pour permettre l'interprétation, il faut que le soignant, face à ce qui heureusement lui échappe de l'autre, retrouve une attitude d'ouverture et commence en s'offrant un temps comme disponible, comme contenant, comme *non-sujet*. Le soignant s'emplit de ce qu'il perçoit du soigné, mais attention !, s'il se limitait à cela, le risque serait de fournir régulièrement à l'être souffrant un espace corporel où se déployer de façon plus satisfaisante et de provoquer chez lui une relation de dépendance toxicomaniaque envers le soignant qui pourrait durer indéfiniment.

La *vérité* ne vient qu'ensuite sur fond de ce remplissage presque passif. En effet, à un certain moment, si le soignant ne veut pas être complètement aboli, ni abolir l'autre dans le même mouvement, surgit en lui un mot, un geste, une réponse, qui est sa propre élaboration, un dévoilement qui s'impose. Ce qui arrive là se fait dans l'émotion, preuve que l'on touche juste. Eluard dit : "Le poète est celui qui inspire bien plus que celui qui est inspiré".

Il faut donc savoir s'ouvrir assez pour qu'émerge en nous, après tout un temps qui peut être long, le mot, l'image qui dit juste, qui, issue de cette imprégnation, est à la fois sa propre création et la

création de l'autre qui n'arrive plus à se créer sinon dans une douleur porteuse de mort. L'énonciateur est le soignant en quelque sorte *fécondé* par le soigné. Le soignant donne de son corps, pour créer à partir de ce matériau qu'est sa communication authentique et profonde à l'autre. Ce qui arrive là signifie qu'il est aussi dans cette rencontre, avec toute son histoire et toute sa personnalité, dans le moment présent, en phase avec l'autre, en rime. C'est la résurrection de la position en JE-vrai (vérité subjective) [Coquet, 1984, p.179]. Cette expérience privilégiée permet au soigné de se constituer comme sujet en lui apportant l'intuition de son identité singulière. Dans le même temps, le soignant se constitue aussi comme singulier et différent. Les deux se retrouvent en position de JE-TU vrai (vérité dans "le rapport intersubjectif" [Coquet, 1984, p.179]). Il peut même advenir que les deux se reconnaissent alors comme faits de la même espèce. Espèce entendue moins d'ailleurs dans son universalité que dans sa transcription culturelle en une conception du monde commune aux interlocuteurs en présence (qui comprend entre autres leur représentation d'un fonctionnement mental humain abordable en psychothérapie). On se retrouve alors en position de ON-vrai (vérité "partagée par une communauté et restreinte aux dimensions spatio-temporelles de cette communauté" [Coquet, 1984, p.174].

A la fois savoir, ou plutôt expérimenter, ce qui forme une figure complexe constitutive de l'un des deux et non de l'autre et reconnaître que cette figure fait rime en soi —c'est d'ailleurs la raison de son propre saisissement simultané ; enfin, se découvrir frères, dans le renvoi lointain à ce qui est commun, bien que joué à chaque fois dans sa singularité. Bref, se révéler l'un à l'autre non comme semblables mais comme similaires, non comme mêmes mais comme identiques.

Cette rencontre est intime, de personne à personne, et ne peut advenir que dans un déroulement spatio-temporel où se meuvent des individus en chair et en os. La thérapie véritable est une création à deux qui peut aller jusqu'à l'affirmation d'une vérité sur le mode ultime du IL-vrai ("vérité présentée comme universelle").

La thérapie est stimulation de nos expressivités, est inspiration de l'autre et de soi-même dans cette potentialité créatrice qui nous fait homme tous les deux, qui nous révèle comme l'humanité même.

Mais lisons Prinzhorn :

"Notre méthode ne se distingue des méthodes d'explication psychologique habituelles qu'en ceci : nous nous abandonnons résolument au sens inconnu, nous le laissons nous remplir et alors seulement nous cherchons à en donner une formulation, au lieu d'approcher prudemment de l'extérieur avec des catégories éprouvées et de nous demander *a priori* si cet autre a tel ou tel comportement, c'est-à-dire ces comportements que nous connaissons bien." [Prinzhorn, 1984].

Assomption du soignant de non-sujet à sujet

Le malade psychotique est traversé par des souffrances, des délires, de l'automatisme mental, des hallucinations, des paroles oraculaires. Dans ce dernier cas, la vérité parle par sa bouche, mais le malade ne peut rien en faire, puisque d'une certaine façon, il n'en est pas l'auteur. Il est alors, comme presque toujours, dans une position de *non-sujet* : "la vérité, c'est ce qui est écrit dans le sujet et qui parle à sa place" écrit C. B Clément à propos des conceptions lacaniennes, repris par Coquet [Coquet, 1984, p. 186], qui propose de formuler cette position en Ça-vrai.

Et voilà que le thérapeute s'emplit de ce qu'il reçoit du malade psychotique ; il s'offre en toute réceptivité. Et voilà que le thérapeute est lui-même traversé par une formulation de vérité sur le psychotique. *Révélation* qui rejoint des vérités qui touchent le thérapeute lui-même et l'émeuvent ; qu'elles se forment comme des révélations-divulgations-dévoilements ou comme des énigmes-oracles-prophéties participant du travestissement propre de l'enseignement ésotérique.

De toute façon, cette émotion se mêle toujours à la surprise du thérapeute devant ce qui l'a brusquement saisi. C'est ce mouvement de saisissement qui est capital. Non seulement il est traitement de la fusion qui risquait de se prolonger —et d'abolir la différenciation des personnes du soignant et du soigné—, mais il rétablit, dans ce moment-même, la possibilité pour le soignant de redevenir sujet de son intuition.

Le malade psychotique disait à la fois les grandes énigmes de l'homme et sa vérité particulière au plus profond. Il ne lui manquait que de se l'approprier. Il ne se trouve pas confronté à quelqu'un qui prend l'énoncé de la vérité émise par le psychotique comme objet de son étude distancié, lui renvoyant ensuite la signification latente de son contenu. Bien au contraire, le psychotique perçoit que le soignant effectue le même mouvement : ce dernier, en effet, se place délibérément lui-même en position de *non-sujet* (et reste ainsi sujet de cette position : je décide d'être pour un temps *non-sujet*). Dans cette suspension du jugement qui favorise l'ouverture perceptive, sensorielle et corporelle au monde, le soignant est traversé par des vérités qui lui envahissent l'esprit et tentent de se frayer un chemin par sa bouche. Ce phénomène est quasi similaire à celui qui *possède* le psychotique, ainsi que celui décrit par les créateurs sous le nom d' "inspiration". Mais le soignant —comme d'ailleurs le créateur le fait à sa façon— prolonge le phénomène dans un processus. Il prend conscience de ce qui lui arrive, il en est saisi mais il s'en saisit

immédiatement. Son énonciation se situe à mi-chemin de l'inconscient et du conscient. Peut-être se déploie-t-elle dans les confins de ce que Freud a décrit comme l'instance du préconscient. Le soignant passe ainsi de la position de *non-sujet* à celle de sujet, et son énonciation accompagnée d'émotion signe ce passage.

Il est certain que le contenu de l'énoncé importe car s'il est défensif, voire erroné, il n'entraîne pas ce saisissement émotionnel qui démontre qu'on a touché juste. Mais ce qui importe tout autant est cette transformation : l'assomption du soignant comme sujet à partir d'une expérience comparable à celle que le psychotique connaît. On peut d'ailleurs poser comme hypothèse que ce dernier a lui-même été un temps auteur de sa psychose comme solution *préférable* à un anéantissement encore pire. Mais il y a mieux encore : c'est dans une certaine jouissance que le soignant a éprouvé cette expérience, ce qui signifie qu'on peut trouver du plaisir à la transformation de vécus si pénibles.

Peu importe d'ailleurs que le soigné soit psychotique, le névrosé banal en thérapie poursuit là aussi la même quête de lui comme sujet, à partir d'une répétition douloureuse des mêmes situations dans lesquelles il n'est que ce sujet hétéronome de son propre malheur. Le débile ou le pervers finissent par être aussi manipulés par une instance interne de pouvoir (quasi) absolu : leur débilité ou leur perversité (même si, dans ce dernier cas, le pervers imagine la maîtriser, illusion qui est un piège pour lui-même).

Cette expérience de création — libération momentanée de l'aliénation — est thérapeutique en soi pour le soigné, qu'il la pressente chez le soignant (et est alors saisi d'une émotion qu'il partage avec lui) ou mieux, qu'il crée lui-même à partir de sa pathologie.

La *psychiatrie de l'ellipse* instaure ainsi une dialectique entre le *débrayage énonciatif* et le *débrayage énoncif*. La thérapie se déroule en grande partie dans la fiction du /il/ailleurs/alors/, mais lors des entretiens avec les parents, en présence de l'enfant, ou quand la thérapie se déroule en /je/, ou bien lorsque le sens de l'invention imaginaire s'impose à l'évidence, il nous arrive fréquemment d'être saisi par le dévoilement de la correspondance de l'expression actuelle du sujet ou de son entourage et la teneur de ses problématiques les plus profondes. Nous ne manquons pas alors d'explicitier si cela nous semble indiqué, et cela sans éluder de nommer ce qu'il peut y avoir de primordial en termes d'amour, de haine, de mort, de sexe, de

violence, etc. Lors des thérapies en *débrayage énoncif*, cette activité interprétative se fait sous forme fictionnelle, qui est alors à entendre comme formulation assumée par le sujet-soignant de l'énigme de la personne du sujet-soigné. Que le vrai se manifeste *en direct* ou sous forme poétique, il faut savoir s'ouvrir à lui sous tous ses aspects.

Toute thérapie sera création ou ne sera pas.

Dans ces mises en forme des avatars successifs de soi-même, le sujet trouve résolution de ses conflits. Ainsi, les bonnes interrogations posées au début sont oubliées pour de bon car elles sont transformées en des interrogations encore plus essentielles.

Les énigmes individuelles du sujet ainsi mises en scène se révèlent à l'analyse de versions singulières des mythes collectifs. Mais cela est une autre histoire.

Qu'il nous suffise d'affirmer en conclusion que la psychothérapie conjugue : se rencontrer soi-même, de façon plus ou moins travestie, avec rencontrer l'autre (l'interlocuteur), rencontrer l'Autre en soi, enfin rencontrer l'homme en soi.

De nombreux exemples sont développés dans le livre écrit en collaboration avec Ivan Darrault-Harris, *Pour une psychiatrie de l'ellipse ou les aventures du sujet en création*, Paris, P.U.F., 1992, à paraître.

Cf. ci-après, en annexe à l'article, un exemple de dialogue fictionnel avec Yann, un enfant psychotique.

Annexe

Yann choisit d'être un stylo et donne au thérapeute le rôle d'une feuille. Le thérapeute retranscrit ci-dessous les initiales comme il les avait écrites alors : Y. pour Yann, J.-P. pour lui, comme pour se mettre à l'équivalence du soignant, y compris dans ses propres notes.

Y. : "J'ai envie d'écrire."

J.-P. : "J'ai pas envie que tu me salisses."

Y. : "Je serai bien obligé si je fuis."

J.-P. : (*pensant à la polysémie du terme*) "Essaie de ne pas fuir."

Y. : "Justement j'essaie de me retenir."

J.-P. "Et ça fait mal au ventre? "

Y. "Non."

J.-P. "Peux-tu écrire sans fuir? "

Y. : "Non, car je suis un stylo-plume."

J.-P. "Et alors, tu es obligé de faire des cochonneries? "

Y. : "Le moins possible."

J.-P. : "Si tu écris bien, je suis d'accord."

Y. : "Je vais essayer."

J.-P. : "Que vas-tu écrire? "

Y : ...

J.-P. : "Quelle phrase?"

Y. : ...

J.-P. : "Je t'accorde une seule phrase."

Y. : "Le chat qui joue avec la pelote de laine et qui s'emmêle les pattes parce que la bobine de laine l'enroule et qui est en train d'essayer de se démêler, réussit et il peut rembobiner la pelote de laine pour continuer à jouer."

Bibliographie

BOUTINET (J.-P.)

1990, *Anthropologie du projet*, Paris, P.U.F.

BRETON (A.)

1953, "Le Merveilleux contre le mystère", *La Clé des Champs*, Paris, Sagittaire.

COQUET (J.-C.)

1984, *Le Discours et son sujet*, t. 1, Paris, Klincksieck.

DUVIGNAUD (J.)

1980, *Le Jeu du jeu*, Paris, Balland.

GREIMAS (A.-J.) et COURTÉS (J.)

1979, *Sémiotique : dictionnaire raisonné de la théorie du langage*, t. 1, Paris, Hachette-Université.

MALDINEY (H.)

1987, "Entretien avec J. Bourdelique et P. Charazac", *Art et thérapie*, n°22/23, p.14-16.

PRINZHORN (H.)

1984, *Expressions de la folie*, trad. de *Bildneri der Geisteskranken* (1922), Paris, Gallimard.

