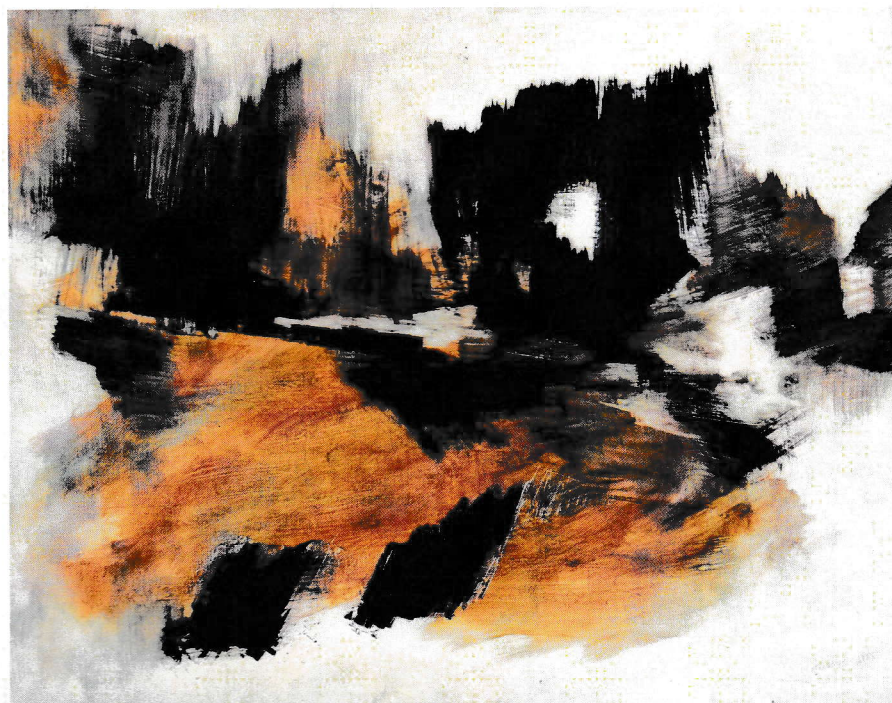


L'O uvert

REVUE HENRI MALDINEY



Roland Kuhn,
Henri Maldiney :
une rencontre

N°2/2009

Éditorial

*Les structures de l'expérience dépressive
à partir du test de Rorschach.*

Roland Kuhn

*Contribution de Roland Kuhn
à la mise en évidence de la dimension esthétique
dans l'expérience phénoménologique existentielle
en psychiatrie clinique. Aspects philosophiques.*

Henri Maldiney

La folie et l'in vraisemblable.

Roland Kuhn

Débat sous la présidence du Professeur Guyotat.

**Guyotat, Maldiney, Kuhn,
Oury, Queren, Célis, Cadille**

en couverture : œuvre d'Elsa Maldiney, *Le clos*, 1956 ©
reproduction interdite

ISSN 2100 – 1650

10 euros

Roland Kuhn

Les structures de l'expérience dépressive à partir du test de Rorschach

Je veux d'abord remercier Monsieur Maldiney de son invitation. Il me fait le très grand honneur et le grand plaisir de parler devant ses étudiants.

Comme M. Maldiney vous l'a dit, il sera question de la dépression et je crois qu'avant d'aborder le problème que pose le test de Rorschach dans les dépressions il faut étudier les problèmes beaucoup plus exigeants des structures mêmes de la dépression. Avant d'aborder le problème du test de Rorschach, il faut nous entendre sur ce qu'on appelle une dépression.

Vous savez que je suis psychiatre et, pour cette raison, je parlerai de la dépression en termes de psychiatrie, c'est-à-dire comme étant une maladie.

Malheureusement cette maladie que tout le monde, de nos jours, appelle « dépression » est loin d'être bien délimitée, fixée, identifiée parce que, selon les lieux, on appelle sous ce nom des phénomènes bien différents.

Il faut donc d'abord traiter le problème de savoir si l'on peut appeler dépression une maladie endogène, venant de l'intérieur de l'homme, ou, au contraire, une maladie exogène, formée des réactions de l'individu aux déceptions et aux difficultés de la vie. Il y a un autre problème quant aux origines de la dépression : s'agit-il d'une maladie héréditaire ou est-ce une maladie pouvant survenir à tout instant chez n'importe quel individu dans certaines circonstances ?

Nous ne voulons pas parler de tout cela, nous voulons plutôt envisager le problème de savoir s'il est possible de parler de la dépression en termes précis. Si nous voulons le faire, il faut d'abord bien se rendre compte que ce n'est pas seulement la notion de la maladie dépressive qui varie d'un lieu à un autre, d'un médecin à un autre médecin, mais de difficultés qui vont bien plus en profondeur. Ce qui revient à dire que reconnaître une dépression ne dépend pas seulement de la connaissance que le médecin en a, mais dépend aussi des méthodes d'examen, des recherches qu'il connaît et qu'il emploie, de son habileté, de ses connaissances et de son expérience, de sa patience, du fait qu'il est consciencieux ou qu'il ne l'est pas. Cela dépend aussi de la forme de la maladie. Cela dépend enfin de la possibilité que le malade a de s'exprimer ou de l'intérêt qu'il a de ne rien dire, de dissimuler sa dépression.

Si vous vous rendez compte de toutes ces difficultés qui ont leur origine dans la science, dans la personnalité du médecin, dans la personnalité du malade, vous comprendrez que, jusqu'à présent, on n'ait jamais réussi à unir des avis sur la dépression dans le monde entier ou, même, dans un pays.

Si je parle ici de dépression, j'entends parler d'un phénomène assez bien délimité ; ce sont des états de maladie qui montrent des états très spécifiques.

Premièrement, c'est le sentiment d'être fatigué.

Deuxièmement, c'est le sentiment de lourdeur, aussi bien physique que psychique, le sentiment d'une oppression, l'impression d'un manque d'espace intérieur, puis, ensuite, un ralentissement de la pensée et des mouvements, des difficultés à penser, à décider et à travailler et une perte de la possibilité de se réjouir et de fixer des intérêts. Ces symptômes sont plus accentués le matin que le soir.

Vous retiendrez de l'image que je viens de vous présenter un point capital : l'activité manque dans la dépression.

Outre ces symptômes principaux, il en est d'autres, plus ou moins facultatifs, et le premier est la tristesse. Si vous parlez de mélancolie ou de dépression en général, la plupart des gens croient qu'un homme dépressif ou mélancolique est un homme triste, qui pleure toute la journée, qui a ce qu'il est convenu d'appeler des « idées noires » (deuxième symptôme facultatif). En fait, la tristesse n'est qu'un symptôme facultatif et nous apprenons de plus en plus à savoir que, probablement, il

Éditorial

*Les structures de l'expérience dépressive
à partir du test de Rorschach.*

Roland Kuhn

*Contribution de Roland Kuhn
à la mise en évidence de la dimension esthétique
dans l'expérience phénoménologique existentielle
en psychiatrie clinique. Aspects philosophiques.*

Henri Maldiney

La folie et l'in vraisemblable.

Roland Kuhn

Débat sous la présidence du Professeur Guyotat.

**Guyotat, Maldiney, Kuhn,
Oury, Queren, Célis, Cadille**

en couverture : œuvre d'Elsa Maldiney, *Le clos*, 1956 ©
reproduction interdite

ISSN 2100 – 1650

10 euros

existe un pourcentage relativement faible de malades dépressifs qui sont vraiment tristes, qui pleurent et qui ont des « idées noires ».

En ce qui concerne les « idées noires », les psychiatres distinguent en principe trois groupes :

- les idées de culpabilité,
- les idées de perte (il est souvent question de pertes d'argent, de perte de l'honneur, de pertes de proches parents),
- les idées hypocondriaques (se sentir malade, guetté par la mort, etc.)

Le troisième symptôme facultatif est la tendance au suicide. Cette tendance à se suicider peut être un symptôme très grave et très dangereux de la dépression, mais il est loin d'être obligatoire.

Enfin, il y a les agitations : à côté des dépressifs qui sont inhibés, il en est de très agités, tourmentés par l'angoisse.

J'aimerais ajouter un détail inhabituel, d'ordre thérapeutique : une dépression définie comme je viens de le faire est sensible, dans la plupart des cas, aux antidépresseurs dont le plus caractéristique est toujours le Tofranil.

J'espère que vous avez bien vu maintenant ce que nous entendons par dépression. C'est de cet aspect classique de la dépression que nous aimerions nous occuper d'un peu plus près, aujourd'hui, en essayant de faire une certaine analyse phénoménologique. Pour ce faire, nous aimerions commencer par le test de Rorschach. Il me semble nécessaire de vous expliquer cette situation pour différentes raisons :

1°) pour mieux aborder le problème central qui sera le sujet de la conférence,

2°) c'est un exemple excellent pour vous montrer comment envisager et traiter la littérature scientifique sur le test de Rorschach.

Déjà dans le Psychodiagnostic, livre original de Rorschach sur son test, il était question de la dépression. À sa lecture, vous avez probablement pensé que le test de Rorschach laisse apparaître certains symptômes des dépressions. Je voudrais les énumérer en pensant que ce n'est qu'une répétition pour vous.

D'après Rorschach, la dépression se traduirait dans son test :

- par une diminution des interprétations globales jusqu'à trois ou même zéro,
- par une augmentation des interprétations de détails – détails oligophréniques ou même de petits détails qui sont signe d'angoisse,
- par une amélioration des formes, c'est-à-dire que le pourcentage des bonnes formes varie de 80 à 100 %,
- nous avons à faire également à une succession ordonnée des interprétations, à une variabilité des contenus réduite, avec un pourcentage d'animaux allant de 60 à 80 %,
- il y a peu d'interprétations originales,
- le type de résonance intime est coarté, c'est-à-dire avec une tendance à l'absence de kinesthésies et un nombre réduit d'interprétations couleur,
- en tout, nous obtenons peu de réponses, un temps de réaction augmenté et, en général, l'impression que dans les dépressions, le nombre d'interprétations « homme-détails » est plus grand que le nombre des interprétations « homme global ».

Si nous envisageons la littérature ultérieure à Rorschach concernant les dépressions dans le test, nous avons un phénomène assez curieux ; bien que la dépression soit une maladie fréquente, peut-être la plus fréquente de toutes les maladies mentales et de toutes les anomalies psychiques, il y a très peu d'auteurs qui s'en soient occupés. Il est possible qu'on ait pensé que Rorschach avait déjà fait l'étude des dépressions et qu'il n'était pas nécessaire de la reprendre. Il est possible que les difficultés d'une telle étude aient empêché des auteurs de s'en occuper. Il existe tout au plus une dizaine d'études qui traitent spécialement des dépressions dans le test de Rorschach et qui sont résumées dans le livre que vous connaissez tous probablement, traduit de l'allemand en français, c'est le livre de Bohm qui réunit à peu près toute la littérature sur le test de Rorschach.

Bohm trouve une situation assez différente, pourtant il conclut que les indications de Rorschach sont toujours exactes et valables, mais qu'il y a des cas de dépressions qui ne correspondent en rien à ce schéma de Rorschach. Bohm cherche une explication et croit la trouver dans le test. Il étudie un

grand nombre de dépressions différentes par leur étiologie, leur symptomatologie ou leur évolution. Ce sont des dépressions soit endogènes, soit névrotiques et réactionnelles, des dépressions plutôt phasiques et épisodiques ou plutôt chroniques. Et Bohm croit que la variabilité des résultats au test de Rorschach est due à la variabilité de la notion de dépression sous les différentes formes qu'elle prend.

Si on étudie le livre de Bohm, on s'aperçoit que la plus grande partie des travaux ne porte que sur un ou peu de tests de Rorschach de dépressions. Les auteurs comparant ensuite le protocole d'une dépression avec un matériel réuni de façon inconnue et c'est sur cette comparaison entre des protocoles de sujets normaux et de sujets dépressifs que l'on essaye de tirer les caractéristiques du test de Rorschach dans les dépressions.

À ma connaissance, il n'y a qu'une étude qui apporte quelque chose de nouveau et c'est l'étude d'un psychiatre français, Guy de Baudouin, qui a publié ses observations dans les Annales médico-psychologiques (volume 112, tome I, p. 679-639) en 1954.

L'auteur s'excuse dès le début de son étude de ce qu'elle manque entièrement des caractéristiques habituelles des études scientifiques sur le test de Rorschach. En effet, lorsqu'on feuillette cette étude, on n'y trouve aucune statistique. Ce travail est d'une telle importance, surtout en ce qui concerne les problèmes qui nous intéressent actuellement, que je tiens à vous en parler plus longuement.

L'auteur a examiné un grand nombre de dépressifs, environ cent cas. Il a fait passer le test de Rorschach pendant la psychose puis l'a répété avec les mêmes malades guéris. Tout son travail a consisté à comparer les résultats obtenus pendant et après la dépression. Nous avons donc une base scientifique beaucoup plus exacte pour savoir comment la dépression s'exprime dans le test de Rorschach. Les résultats sont groupés en plusieurs rubriques que je vais citer en les expliquant.

Tout d'abord Baudouin constate que l'attitude devant le test et la compréhension du test lui-même sont différentes chez le dépressif et chez l'homme normal. C'est une constatation très valable qui recoupe toutes les observations prises par mes collaborateurs et moi-même. Cette attitude spéciale devant le test vient de ce que le malade ne comprend pas la règle du jeu. Il se voit, il s'aperçoit lui-même confronté avec des taches d'encre. Il ne sait qu'en faire, il ne comprend pas que l'on puisse interpréter ces taches et il cherche toujours des confirmations auprès de l'examineur. Il veut constamment savoir si ce qu'il fait est juste, si c'est bien dans l'intention de l'examineur qu'il dise à tel moment ceci ou cela. C'est une attitude que l'homme normal n'a pas. Ce dernier sait que c'est un jeu, il sait que l'on peut donner plusieurs interprétations d'une même tache.

Le dépressif ne comprend pas cela ; il croit en outre que l'examen tend à sonder ses connaissances et, par suite, à dévoiler son incapacité intellectuelle, son incapacité affective, son incapacité d'orientation. Pour le dépressif la tâche qui consiste à interpréter ces taches est un gros travail ; ce n'est pas un jeu, c'est un travail pour lequel il doit se concentrer et c'est précisément ce qu'il ne peut pas faire. C'est donc quelque chose qu'il fait à contre-cœur, quelque chose qu'il n'aime pas faire et à quoi il ne trouve ni charme ni intérêt. C'est pourquoi beaucoup de dépressifs refusent de faire ce travail ou de continuer. Les conséquences du pessimisme mélancolique sont des échecs : les malades donnent peu de réponses. Rorschach l'avait déjà dit : ceux qui n'ont pas confiance le montrent dans son test par un petit nombre de réponses.

Dans le protocole ci-joint, vous avez déjà remarqué qu'il n'y a que 25 réponses ; ce n'est déjà pas si mal. Mais cette caractéristique générale n'est pas pour autant absolue. Le malade manque de confiance en soi, il a toujours en lui l'idée d'échouer. Les interprétations qu'il donne manquent de précision ; il travaille très lentement avec beaucoup de difficultés et il fait une étrange anticipation de son échec. Avant de commencer, il dit : « je n'y arriverai pas ».

L'expérimentateur, le médecin a toujours tendance à aider, à encourager le malade ; il aimerait bien le soutenir ; il est donc très difficile de faire passer un test de Rorschach à un dépressif car on a toujours tendance à corriger.

Les interprétations que le malade donne sont banales : il cite des taches, des animaux qu'il ne précise pas ; il ne voit pas un papillon ou un ours, mais seulement un animal. Il voit des monstres mais, si on lui demande des précisions, il est incapable d'en donner. Si on lui demande : « Vous avez dit que c'est un animal, quelle sorte d'animal cela pourrait-il être ? », il répondra qu'il n'en sait rien.

Il critique lui-même ses réponses et il les corrige sans cesse et, quand enfin il a donné une réponse, il n'est plus sûr que c'est la bonne et il recommence à se corriger. Il voit des objets amputés, dérangés, curieux : par exemple, un animal qui a trois pattes ou qui est trop long, ou trop court, ou trop grand. Le malade n'est jamais satisfait de ses explications. Il donne souvent des interprétations de monstruosité : il ne voit pas un animal mais un animal bossu parce qu'il croit qu'il faut tenir compte d'un certain dérangement dans la tache, qui ne correspond pas tout à fait à l'interprétation qu'il en donne.

D'après Baudouin le malade souffre toujours de carence intellectuelle. Cela se voit dans la pauvreté des réponses et dans une certaine tendance à des interprétations globales : il n'est pas capable d'abstraire des détails de la globalité de la tache. Voyez comme c'est amusant : Rorschach a prétendu que, chez les dépressifs, le nombre des interprétations globales était réduit alors que, dans l'expérience de Baudouin, nous voyons qu'il est augmenté. Je peux vous assurer que c'est Baudouin qui a raison : il est clair que les dépressifs ont plus d'interprétations globales que les non-dépressifs, mais ce sont des interprétations à formes mal vues.

Souvent aussi le malade ne donne qu'une réponse par planche parce qu'il croit que la planche représente quelque chose de précis qu'il doit deviner et, lorsqu'il a deviné, le devoir est accompli et il passe à la suivante. S'il analyse la planche, il se contente d'une analyse topographique. Les réponses sont souvent banales : il voit beaucoup d'animaux, sinon il donne des interprétations anatomiques. Le protocole n'offre que très peu d'interprétations-détails, surtout pas de petits détails. C'est aussi à l'opposé de ce qu'on prétend habituellement. Et surtout le malade a tendance à des persévérations.

Nous devons aborder l'étude du comportement et des réactions affectives du malade. Dans le test de Rorschach, on s'aperçoit immédiatement si on a à faire à une dépression inhibée ou excitée, ou angoissée. Cela se traduit dès que le malade prend la planche en mains : l'inhibé la prend et la garde fixée devant lui, en la regardant toujours de la même façon. L'agité et l'anxieux la manipulent sans cesse, la regardent à l'envers, la posent, la reprennent, l'éloignent, la rapprochent, jouent toute une pièce de théâtre autour et avec cette planche. Il est très important de noter tout cela et de noter également tout ce que l'expérimentateur ou le médecin dit ou fait.

L'attitude vis-à-vis des couleurs est un autre problème. Dans le Psychodiagnostic, Rorschach cite toujours les chocs couleur et les chocs clair-obscur comme indicatifs d'une névrose. Baudouin a fait la même expérience que nous : il y a d'ordinaire un choc au rouge à la 2ème ou à la 3ème planche et un choc clair-obscur à la 1ère, la 4ème ou la 6ème planches. Très souvent nous avons même un choc couleur à la 8ème, la 9ème et la 10ème planches. Et, comme Baudouin, nous avons remarqué que ces chocs couleur disparaissent après la guérison. D'où nous sommes obligés de conclure que les chocs couleur ou clair-obscur sont tout aussi bien l'indice d'une dépression ou d'une névrose. C'est un fait d'une importance considérable non seulement pour la psychologie mais aussi pour la psychopathologie de la dépression et, plus encore, pour ce que nous appelons les névroses.

Nous savons aujourd'hui en psychiatrie, d'après les expériences faites avec le test de Rorschach et d'après les expériences faites avec les thymoléptiques et antidépresseurs que bien des maladies considérées jusqu'à présent comme des névroses ne sont en réalité que des phases de dépression endogène qui ont une tendance naturelle à la guérison après des mois ou des années. À tel point qu'on ne peut savoir si ces guérisons sont les résultats de traitements psychologiques, psychanalytiques de ces névroses ou si elles sont dues à des changements de l'humeur d'origine endogène. On ne peut donc savoir si les guérisons de ces dépressions sont spontanées, dues au traitement ou si elles se produisent malgré le traitement. Et nous avons tendance à croire aujourd'hui, en nous appuyant sur les expériences que nous faisons avec les médicaments antidépresseurs qui ont une action étonnante sur certaines névroses, nous tendons à croire que nous avons à faire à de simples dépressions. Nous n'avons pas à nous en étonner puisque Freud a su que ce qu'il appelait « névroses » étaient des états combinés fréquemment à des états dépressifs. Il a même dit que c'est presque sans exception que l'on trouve un état dépressif associé à une névrose.

Ceci est très intéressant et c'est un des problèmes qui nous encouragent à nous occuper de plus près à la structure des états dépressifs. Ce problème est en train de bouleverser bien des idées préconçues de la psychiatrie.

Vous avez certainement remarqué d'après ce que je viens de vous dire que ce que l'on pensait jusqu'à présent de la dépression et de ses manifestations dans le test de Rorschach était sujet à caution et que, dans bien des directions, on dirait aujourd'hui le contraire d'hier. Je ne doute pas qu'en tant qu'élèves de M. Maldiney vous ne vous étonnez pas de ce que la psychologie découvre souvent le contraire de ce qu'elle pensait auparavant. Dans la voie que nous suivons, nous rencontrons un nouveau problème : les indications que la littérature scientifique nous donne sont très souvent sujettes à des critiques : il faut être très prudent et ne pas les croire sans vérifier.

Mais un autre problème apparaît dès lors. D'après ce que je viens de vous dire, il doit être très difficile et même impossible de faire la distinction entre la dépression et la névrose à partir du test de Rorschach. Dans ces conditions, il faut considérer que si, jusqu'à présent, le test était utilisé en vue d'un psychodiagnostic, un tel usage aujourd'hui n'est plus valable. Nous, psychiatres suisses, sommes actuellement de cet avis que l'aspect diagnostic du test de Rorschach n'est que secondaire et que la valeur du test réside dans un tout autre domaine. Le diagnostic psychologique doit être fait avec les méthodes cliniques habituelles qui permettent de dévoiler une évolution mieux que le test de Rorschach. Le test existe alors pour juger jusqu'à un certain point l'intelligence du sujet¹, mais il devient très discutable du point de vue du psychodiagnostic. Ces problèmes ont fait l'objet d'une séance de discussion à la Société suisse de Psychiatrie et les rapporteurs en ont conclu ceci : que la valeur diagnostique des tests, entre autres du Rorschach, devait être remise en question.

D'autre part, la valeur du test de Rorschach sur le plan de la connaissance du malade ne doit pas être surestimée. Le test de Rorschach doit pouvoir être introduit dans la pathologie de maladies mentales très diverses : manie, oligophrénie, schizophrénie, psychose, c'est-à-dire de tout ce que nous rencontrons en psychiatrie.

Il va sans dire que les expériences dont je vais vous parler maintenant ne peuvent être faites que si on est capable de faire passer le test de Rorschach en notant tout du début jusqu'à la fin, pour avoir un résultat complet. Il faut écrire tout ce que le malade fait, dit, tout ce que l'expérimentateur fait et dit et tout ce qu'il obtient. Nous arrivons alors à un protocole du type de celui qui vous a été communiqué ce matin et que je vais étudier maintenant avec vous.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans qui souffre d'une dépression grave et très accentuée : elle présente tous les symptômes que je vous ai signalés, mais avec une tendance au suicide. C'est une jeune fille très intelligente qui a eu le malheur d'appartenir à une famille dont l'hérédité est très chargée : une de ses tantes s'est suicidée ; il y a plusieurs cas de mélancolie dans sa famille proche ou lointaine. Son père, sa mère et sa sœur sont probablement mélancoliques. Elle a eu différentes phases dépressives à raison d'une phase par an. Je l'ai examinée lors de sa quatrième phase. Ces phases, durant de 9 à 10 mois, ne lui laissent que deux ou trois mois de santé normale par an. Le test de Rorschach n'a pas été fait lors de la première consultation : la malade était inhibée et le test n'aurait rien donné. D'autre part, la malade aurait été tellement malheureuse qu'il n'aurait pas été gentil de lui demander cela. Par un traitement antidépressif (thymoanaleptique) son état s'est amélioré. Cette amélioration n'a pas conduit à une guérison mais seulement à une situation plus facile à tolérer, à supporter. C'est alors que le test de Rorschach a été fait.

Vous avez ce protocole et vous y voyez l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- un choc au rouge à la planche III,
- un choc au rouge à la planche VIII,
- et probablement un autre aussi à la planche IX et à la planche X, bien que cela ne soit pas certain.

Vous voyez donc un protocole caractéristique de la dépression en ce qui concerne la réaction aux couleurs.

Il est aussi très habituel que les couleurs refoulées d'une part percent ailleurs dans la perception, c'est alors que nous avons dans les planches II et III une interprétation de feu, bien que, le plus souvent, ce soit une interprétation de sang qui soit donnée.

À côté de ces chocs-couleur, ce que l'on appelle les interprétations ordinaires du test de Rorschach se trouvent fréquemment dans la dépression.

Mais il y a ici, à la planche VII, un fait remarquable qui va nous arrêter et dont nous allons parler. J'ai traduit la phrase de la manière suivante : « Voyez-vous, chaque fois que je découvre un côté négatif chez d'autres personnes, je trouve que je l'ai moi-même ».

Si vous voulez bien suivre : il y a une interprétation d'objet comme première réponse à la planche VII : « ... et alors, vous voyez, aujourd'hui il ne me vient rien à l'idée, je ne sais pourquoi ». Elle interprète encore des petits chiens, des jouets d'enfant. Et cela continue avec la planche VIII par le choc couleur.

Si vous faites passer un test de Rorschach à des personnes normales, vous ne verrez jamais une telle interruption dans l'interprétation. Nous avons à faire à quelque chose de très particulier. Et je ne suis pas certain que, si vous aviez fait passer le test de Rorschach, vous auriez noté une telle interprétation. Je crois qu'il vous serait arrivé la même chose qu'à moi ; j'ai été un peu indigné : « Pourquoi s'interrompt-elle maintenant ? » et j'aurais eu une tendance, peut-être pas très accentuée mais quand même bien saisissable, à ne pas noter et à lui dire : « Continuez ». Je n'ai pas suivi cette impulsion mais je me rappelle très bien l'avoir eue. Je ne l'ai pas suivie mais j'ai tout de suite pensé : « Oh ! c'est intéressant cette attitude ». Mais je crois que, dans bien des protocoles, excepté toutefois ceux de Baudouin, les expérimentateurs négligent des expressions pareilles. En négligeant ces faits, ils obtiennent des protocoles très précis, très clairs, mais le problème intéressant leur manque. En effet, nous faisons toujours l'expérience en psychiatrie de cette tendance que nous avons de corriger les fautes de nos malades. Ainsi les fautes de syntaxe que font les malades en nous parlant, nous les corrigeons pour nous, personnellement. Quand nous notons le protocole, nous changeons le style, nous changeons les mots, nous changeons la succession des idées, non parce que nous voulons rendre exactement ce que le malade a dit, mais parce que nous voulons faire de l'ordre, pour être sûrs de nous-mêmes, pour savoir ce que le malade voulait dire et pour que, si nous le lisons, nous puissions dire : « C'est bien ça ! j'ai bien compris ». C'est un phénomène capital pour toute la psychiatrie et la psychopathologie pratique. C'est quelque chose qu'il faut savoir. Ce n'est pas un reproche que je fais ainsi. Celui qui ne réagit pas ainsi n'est peut-être pas tout à fait en ordre lui-même, parce que c'est probablement l'effet de notre normalité, c'est la preuve de notre tête saine que nous agissions ainsi, que nous corrigions au fur et à mesure tous les défauts que nous rencontrons dans notre vie quotidienne et scientifique, c'est-à-dire dans notre pratique de la psychologie. Il faut tenir compte de cette attitude et je ne doute pas que M. Maldiney ne vous l'explique de manière parfaite. Aussi je ne veux pas y revenir, sinon pour noter ce qui dépare.

Nous avons retenu cette phrase et nous allons maintenant nous demander ce qui est arrivé au moment où la malade l'a dite. Nous pouvons d'abord constater que c'est une expression qui veut dire quelque chose. La malade s'est annoncée en disant cette phrase. C'est quelque chose qu'elle raconte non pour elle-même, comme une chanson que l'on chante pour soi-même, c'est quelque chose qu'elle veut nous communiquer. Et c'est la première constatation à faire. Une deuxième constatation serait que cette phrase est du ressort de la dépression. C'est une phrase qui, à première vue, dévoile une malade dépressive.

Nous avons donc eu un épisode dépressif dans l'ensemble d'un comportement plus ou moins normal. Dans son ensemble, le test n'est pas très pathologique ; on dirait celui d'une névrose. C'est dans cet ensemble que nous avons cet épisode de courte durée (la durée d'une phrase) qui dévoile une dépression. Et, après cet épisode, le retour à la normale se fait. C'est donc quelque chose de très intéressant cet épisode de courte durée que nous avons l'occasion d'étudier dans sa genèse, dans son développement et dans sa fin. Et vous voyez probablement sans grand difficulté qu'il est plus facile d'étudier, dans une telle réaction minuscule de quelques secondes, la dépression que de l'étudier dans un développement de plusieurs semaines, de plusieurs mois ou années, où tant de facteurs interviennent, facteurs que nous n'aurons jamais la possibilité d'éclairer et d'examiner dans leur ensemble.

Faisons maintenant la description phénoménologique de cet épisode. Nous avons tout d'abord la situation d'interprétation des planches de Rorschach, une situation qui est constituée de deux personnes : l'expérimentateur qui donne les planches à la malade et qui lui demande de lui dire ce

qu'elles signifient et la malade qui donne des réponses en interprétant les taches d'encre comme des objets de son monde environnant. Telle est la situation de ces deux êtres humains : l'un est l'expérimentateur qui, par définition, attend ; l'autre c'est la malade qui donne des interprétations, c'est-à-dire qui travaille, qui se trompe, qui juge, qui se décide, qui accomplit continuellement des actes intentionnels vis-à-vis de ces planches et vis-à-vis de l'expérimentateur. Ces deux personnes ont pour tâche commune de s'occuper d'un objet situé dans leur monde et de se diriger vers cet objet, de tourner autour de cet objet, de travailler sur cet objet, d'avoir un comportement vis-à-vis de cet objet. Cela commence à un certain moment, à un certain développement pendant un certain temps, puis se termine là où la dixième planche sera interprétée. C'est prévu dès le commencement et tous deux sont d'accord pour faire cela maintenant et pour ne pas faire autre chose. L'expérimentateur fait donc une expérience avec la malade pour chercher à éclaircir sa maladie, pour pouvoir l'aider. La malade, elle, fait l'expérience de ce que le médecin lui demande pour que le médecin ait la possibilité de l'aider et de la guérir.

Je pense que vous êtes au courant de la constitution phénoménologique de l'intersubjectivité de Husserl. Si je suis ici comme faisant une conférence, si vous êtes là pour entendre cette conférence, nous ne pouvons nous comprendre que si, moi-même, je me prends pour un homme faisant une conférence, si vous vous prenez vous-mêmes pour des auditeurs qui suivent cette conférence et écrivent, si vous me prenez pour quelqu'un faisant une conférence pour vous. C'est dire que nous ne pouvons nous comprendre que si vous me suivez et que si, moi, j'essaie de vous expliquer les problèmes de telle façon que vous puissiez les suivre. C'est-à-dire que, si vous me suivez, vous n'êtes pas en train de lire le journal et, moi, si je vous parle en marchant, je ne suis pas en train de me promener. Il faut donc que nous remplissions certaines conditions dont nous ne nous soucions pas d'ordinaire. Il n'est pas d'usage que le conférencier parle du fait qu'il fait une conférence, comme je le fais maintenant. Il n'est pas d'usage que les auditeurs fassent des commentaires sur leur rôle d'auditeurs. Sans cela, rien n'irait plus, nous ne pourrions plus nous entendre. Nous le faisons ici par pédagogie, pour expliquer quelque chose d'ordinaire. Nous ne le faisons pas pour suivre une conférence. Il n'est pas possible que vous vous occupiez de votre rôle d'auditeur et moi, si je veux faire une conférence, il ne m'est pas possible de m'occuper de mon rôle de conférencier. C'est dire que mon rôle, votre rôle n'est pas présenté ordinairement mais, comme dit Husserl, « apprésenté » ou, comme le dit M. Maldiney, « marginal ».

Si nous revenons à notre sujet et à notre malade dépressive, nous savons le rôle que joue l'expérimentateur, nous savons le rôle que joue la malade et l'expérimentateur s'apprésenté comme expérimentateur et la malade s'apprésenté comme malade, comme sujet de l'expérience. En plus, la malade apprésenté l'expérimentateur comme tel et le médecin apprésenté la malade comme sujet de l'expérience.

Aussi longtemps que ces apprésentations correspondent, aussi longtemps qu'elles sont réalisées, aussi longtemps la malade et l'expérimentateur s'entendent. Au moment où la malade se met à parler et à dévoiler : « tout ce qui est négatif chez les autres gens, moi je l'ai aussi », elle ne s'apprésenté plus comme sujet de l'expérience et elle n'apprésenté plus le médecin comme expérimentateur : elle se présente elle-même personnellement. Elle ne parle plus de ses interprétations dans le test, elle parle d'elle-même. Elle ne voit plus dans le médecin l'expérimentateur qui note ce qu'elle dit sur l'interprétation de son monde à ce moment-là : elle fait tout autre chose, elle se plaint de son état et, en même temps, elle voit le médecin comme une instance, un homme qui est là pour recevoir et accepter ses plaintes. Vous voyez, la malade sort de son rôle. Il y a donc un changement de rôles. Les personnages jouent un tout autre rôle qu'auparavant.

Et maintenant nous retrouvons le problème de la réaction du médecin. Il s'attendait à ce que la malade lui donne des interprétations depuis la première planche jusqu'à la dernière. Il s'attendait, à chaque phrase, à l'apprésentation du sujet comme sujet de l'expérience grâce à son apprésentation de soi-même comme expérimentateur et, soudain, le sujet change de style, de jeu, de rôle, sans qu'on ait pu le prévoir. La malade ne s'apprésenté plus comme sujet, elle se présente comme un être qui souffre et s'en plaint et, par là même, change le rôle du médecin en celui de quelqu'un qui est là pour recevoir et accepter ses plaintes.

Il y a donc un trouble de l'apprésentation et ce trouble peut être défini de manière plus précise : l'apprésentation normale de soi-même est pathologiquement transformée en une présentation. Nous ne trouvons que cette phrase unique dans l'ensemble de celles prononcées. Et cette phrase nous dévoile le trouble fondamental de la dépression, trouble qui ne consiste pas uniquement dans une rupture de la continuité des apprésentations mais qui a la caractéristique de transformer l'apprésentation en une présentation.

Pour tirer la conséquence de ce fait, vous savez probablement que la relation intersubjective n'est possible que par des apprésentations communes : ce sont les conclusions que vous trouverez dans les Méditations cartésiennes de Husserl et qui valent la peine d'être étudiées par tous ceux qui s'occupent de psychologie pratique et, plus encore, par tous ceux qui s'occupent de psychopathologie.

On a beaucoup discuté, on a beaucoup critiqué ces conclusions mais il faut bien se rendre compte que Husserl cernait là un problème certainement central de l'intersubjectivité, problème qu'il a commencé à éclaircir et qui est encore loin d'être résolu totalement. Ce que je viens de dire est, il me semble, un des résultats les plus valables de la phénoménologie.

Mais nous devons continuer notre examen en faisant une nouvelle observation : pendant que la malade s'occupe d'elle-même en disant cette phrase, elle ne s'occupe plus de la planche. Elle néglige sa tâche, elle ne s'occupe plus du monde environnant, mais elle s'occupe d'elle-même. Nous avons là une réaction absolument classique de la dépression et surtout de la dépression endogène : c'est la thématization du moi et, en même temps, la perte de l'objet dans le monde. Nous pouvons bien voir cela dans ce protocole d'un test de Rorschach qui commence d'une façon normale, qui présente cet épisode dépressif de quelques secondes et qui revient ensuite à la normale. C'est ainsi que nous avons la possibilité d'expérimenter ce problème de la dépression : la disparition du monde, l'apparition du moi thématized, puis sa disparition qui laisse place à la réapparition du monde « objectif », si nous pouvons dire ainsi, pour nous expliquer plus simplement. Nous voyons cela dans le test de Rorschach pendant quelques secondes et c'est un aspect de l'expérience absolument capital que d'avoir la possibilité de voir, d'expérimenter nous-mêmes en un tout petit instant tout le drame humain qui, dans un plus long moment, représente un des plus grands mystères, une des plus grandes souffrances de l'humanité, ce qu'on appelle la crise mélancolique ou dépressive.

Nous allons maintenant voir si l'expérience que nous venons de faire peut encore nous apporter d'autres orientations, d'autres connaissances. Il y a peut-être parmi vous des personnes qui sont déjà très avancées dans leurs études de psychologie. Qu'elles se représentent alors la planche VII du test de Rorschach, qu'elles se représentent une jeune fille de vingt-deux ans, qu'elles fassent l'observation que nous venons de faire lorsque la jeune fille à la planche VII, au lieu d'interpréter, commence à parler d'elle-même, alors elles penseront : « le pourquoi de son acte est bien clair, il y a là quelque complexe et surtout quelque complexe sexuel à tendance probablement auto-érotique, qui joue un certain rôle et qui entre en action à ce moment. Il est très clair que la malade a une certaine honte, une certaine réaction de honte ou de désagrément, c'est pour cela qu'elle commence à parler d'elle-même et qu'elle ne continue pas à interpréter ». Il est possible que les personnes qui pensent ainsi aient raison. Il est possible qu'elles aient tort. Je n'en sais rien. Bien que je connaisse très bien la malade, je n'ai pas eu de preuve jusqu'à présent que l'interprétation psychanalytique, qui semble tellement proche et qui semble tellement s'entendre d'elle-même, soit valable. J'ai interrogé la malade au sujet de son épisode mélancolique-dépressif à l'occasion de l'interprétation de la planche VII. Elle n'a pas du tout été empêchée de donner une explication nette et claire de cette réponse. Elle n'aurait pas pu la donner pendant la dépression. Elle a dit spontanément qu'il ne s'agissait pas de la forme de la tache. Le psychanalyste dira alors : « Ah ! Voici la preuve que c'est la forme de la tache ». Je ne sais pas si le psychanalyste a raison ou a tort. Je m'abstiens de toute opinion à ce sujet. Le psychanalyste sait, j'en suis sûr, mais, moi, je ne sais pas.

Cependant je sais une chose et je vais vous expliquer ce que la malade m'a dit. Je crois que ce qu'elle a dit a au moins l'avantage d'être fondé, non par la théorie psychanalytique, mais dans l'expérience de la malade. Elle a dit la chose suivante : « Lorsque vous m'avez montré ces planches et que j'en avais déjà fait l'interprétation, chaque fois je vous ai regardé et chaque fois j'attendais votre approbation, votre confirmation. Vous n'avez rien dit. Vous n'avez pas réagi. De planche en planche,

l'angoisse, la tension ont augmenté et, en même temps l'insécurité. – Est-ce que je fais bien ? – Est-ce que je fais mal ? – Est-ce que c'est juste ce que je fais ? – Est-ce que c'est faux ce que je fais ? À cette planche, c'était fini, je n'en pouvais plus. Il ne restait rien d'autre que de vous le dire. »

Elle ne m'a pas dit qu'elle voulait savoir si j'étais d'accord ou non. Elle a rompu la relation intersubjective et s'est occupée d'elle-même puisqu'elle s'est plainte d'être là.

Cherchons l'explication de ce qui précède. Vous avez déjà certainement appris dans le cours de Psychologie que, si l'on se pose un problème, on n'en a jamais terminé. Vous avez pensé probablement, il y a un certain moment, que cela suffisait maintenant de parler de cette phrase, que ce psychiatre pouvait quand même bien raconter autre chose que de rester pendant une heure sur une seule phrase dite une fois en passant par la malade. Eh bien, je vais vous montrer qu'on n'en a pas encore fini avec cette phrase. Je peux même dire qu'aujourd'hui nous ne dirons pas tout de cette phrase. Portons notre attention sur le point suivant : il y a eu, à la base de cette réaction, une déception d'une certaine qualité due à ce que le médecin n'a pas approuvé ni corrigé ce que la malade disait. Le médecin a simplement laissé la malade toute seule avec sa tâche, avec son devoir, avec ses interrogations, ses interprétations. C'était pour la malade une déception.

La malade a fait à ce sujet une remarque toute personnelle, à savoir que cela ne lui plaisait pas que le médecin lui fasse des choses pareilles. C'est-à-dire, dans le langage de la malade : elle a constaté chez le médecin quelque chose de « négatif » (ce qui, je dois le dire, est très vrai). Dans cette phrase, la malade ne parle pas uniquement d'elle-même, elle parle aussi des autres et, plus précisément, du médecin. Elle ne parle pas seulement de sa relation avec les autres. Elle dit tout autre chose : elle donne une expression à sa déception de ce que fait le médecin et à la contagion qu'elle ressent au moment où elle fait l'expérience de quelque chose de négatif chez son vis-à-vis. Elle explique qu'à un moment elle a pensé : « il y a déjà une fois un médecin qui a fait ce test avec moi. C'est un psychanalyste qui a déjà fait cette expérience avec moi et cela n'a servi à rien du tout et je suis persuadée que tout ce que les médecins feront avec moi ne servira à rien ». C'est donc encore de la négativité.

Envisageons bien l'expérience négative qu'elle fait à ce moment-là. Tout d'abord, c'est une expérience négative qu'elle fait avec le médecin. En second lieu, c'est une expérience négative qui rappelle d'autres expériences négatives dans le passé de la malade. Troisièmement, cette expérience actuelle transformera la malade en une personne aussi négative que le médecin. C'est-à-dire que nous voyons ici trois paliers, trois paliers qui se développent, une expérience actuelle qui rappelle les expériences passées et qui transportent la malade dans l'avenir, c'est-à-dire dans une certaine façon de faire des expériences comparables.

Vous voyez donc bien que, dans cette phrase, la malade explique la phrase elle-même. Nous avons dans cette phrase unique toute l'unité des ex-stases du temps de Heidegger : le passé, le présent et l'avenir. Nous avons surtout la présentation d'un passé et d'un avenir dans un seul moment. Nous avons la structure temporelle de l'intersubjectivité de cette malade vis-à-vis de son médecin. Nous avons la structuration de l'intersubjectivité dans le passé et, plus, la structure du moi, de l'être à moi-même dans l'avenir : « ce sera peut-être cela, moi ; c'est peut-être de cette façon que je me présenterai ».

Vous avez saisi l'unité temporelle de cette phase. Nous savons maintenant, jusqu'à un certain point, ce que cette négativité va amener et nous voyons que cette expression de négativité donne une image incroyablement complète de toute l'expérience dépressive de la malade. Et cette expérience que la malade fait d'elle-même, c'est justement de nouveau une expérience négative, c'est-à-dire l'expérience de ne pas arriver à un résultat concret, valable, exact.

Nous pouvons nous demander aussi comment ce besoin de confirmation est structuré : la malade est inhibée du moment que quelque chose arrive, c'est-à-dire du moment qu'un fondement est nécessaire à ses actions. Aussi longtemps que ses fondements habituels lui permettent d'agir, aussi longtemps elle peut agir sans difficulté. Mais au moment où quelque chose de nouveau arrive, au moment où elle devrait fonder son action, cela ne va plus.

D'où vient ce fondement ? D'après Husserl, les fondements des actions nouvelles, des tâches nouvelles qui nous arrivent, viennent des synthèses passives. En d'autres termes, les actions sont fondées sur des actes intentionnels que le sujet accomplit mais dont il ne se rend pas compte. Les

actes sont fondés par d'autres actes qui ne sont pas présentés mais apprésentés, qui ont pour origine des synthèses passives. C'est ce que Husserl a très bien décrit dans les Méditations cartésiennes et dans les Ideen II. Les synthèses passives sont les intentionnalités qui s'effectuent sans que le Moi se rende compte que c'est lui-même qui les accomplit. Les synthèses passives sont les synthèses apprésentées ou synthèses marginales.

Dans la dépression, ce sont probablement ces synthèses marginales, qui sont en même temps passives, qui sont troublées. Ce qui, dans notre vie quotidienne, se fait de soi-même, sans que nous ayons à y prêter attention ne se fait plus de soi-même dans la dépression. Si nous entrons par cette porte dans cet amphithéâtre, nous savons du premier coup d'œil que nous sommes dans un amphithéâtre et nous n'avons pas besoin de compter des tables ou des chaises, de nous rendre compte de l'arrangement de tout cela pour en déduire que nous sommes dans un auditoire. Nous le savons par synthèse passive dès que nous avons franchi la porte.

Pour le dépressif, c'est autre chose : en entrant dans cette salle, il doit d'abord s'y orienter, il doit se demander : « Mais qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que cela signifie ? Qu'est-ce que cela pourrait bien être ? Qu'est-ce que cela signifie ? Quelles possibilités y a-t-il que cela pourrait être ? Comment pourrais-je choisir entre ces différentes possibilités ? » et, avant qu'il soit capable de s'asseoir sur l'une de ces chaises, il a tout un travail à faire pour remplacer les synthèses passives que nous tous accomplissons en un coup d'œil.

Je vous ai expliqué comment cette jeune fille présentait ce qui était apprésenté. Tout ce qui est apprésenté doit être spécialement présenté par le dépressif. C'est un immense travail qui se fait en partie par la réflexion. C'est pourquoi le dépressif n'agit pas. Au lieu d'agir, il fait tout autre chose : il pense. Le malade dit : « je pense beaucoup trop, c'est là ma maladie ; si je n'avais pas besoin de penser, je serais guéri ». C'est une chose absolument certaine. C'est là la maladie. Cette obsession de penser, cet être-forcé-de-penser-de-penser, est un symptôme qui, dans les déductions structurales phénoménologiques que nous menons, devient absolument transparent et clair.

Si les apprésentations ne fonctionnent plus, le dépressif a deux possibilités : il peut ou bien s'occuper de lui-même (comme a fait la jeune fille) ou bien il peut présenter les apprésentations des autres. Et alors le dépressif s'occupe soit de lui-même, soit de tout le monde, mais pas en réalité, non en agissant mais en pensant. C'est la structure de la dépression : au lieu de s'occuper des autres le dépressif s'occupe de lui-même, au lieu de s'occuper des choses, il les pense. C'est, si vous voulez, la structure élémentaire de la dépression, autour de laquelle s'organisent toutes les grandes dépressions : c'est l'insuffisance de l'être-au-monde, du vivre-dans-le-monde, qui se trouve ainsi expliquée.

Je vais maintenant vous lire quelques phrases que j'ai collectées pendant quatre semaines. Ce sont des phrases que cette jeune fille a dites. Elles ressemblent absolument à celle dont nous venons de parler. Puis je terminerai sur une phrase qui éclaire un autre problème de la dépression.

« - Je suis souvent fatiguée et je n'ai pas d'entrain. »

« - Je me sentirais mieux si je n'avais rien à faire. »

« - J'ai toujours l'impression de tout mal faire. »

« - Je ne sais jamais si ce que je fais est bien. »

« - Je ne sais jamais où commencer et où arrêter. »

« - Je suis terriblement maladroite. »

« - J'ai tout simplement peur, je ne vois pas d'autre issue que de ne rien faire. »

« - Si je fais quelque chose, je pense que de toute façon ce ne sera pas bien et alors je m'observe. »

« - Je pense probablement beaucoup trop. »

« - Il suffit que je n'aie rien à quoi penser pour que tout aille bien. »

« - La réflexion est horrible, rien ne ment plus »

« - J'entends les noms et je ne les comprends pas. »

« - Je ne peux plus ni utiliser ni appliquer ce que j'ai entendu ou appris. »

« - Tout me semble compliqué, c'est pour cela que je n'ose rien faire. »

« - Je suis incapable de me représenter une situation future dans son ensemble et de la juger, cela vient de ce que je ne me fixe pas de but, je pense toujours que cela n'ira pas plus loin. »

« - Ma mémoire est mauvaise. »

« - Quand je vois les autres, je pense toujours qu'ils sont tous indépendants et qu'ils font quelque chose, alors que moi je ne sais pas quoi vous dire et je ne fais rien. »

« - Si je décide quelque chose, je pense toujours que ce que je fais n'est pas bien et, voyez-vous, chaque fois que je découvre un côté négatif chez d'autres personnes, je trouve que je l'ai moi-même. »

« - Je ne vois partout que des côtés négatifs et je pense que je les ai aussi. »

« - Les pensées négatives tournent en rond. »

« - Je ne m'occupe que de moi-même. »

« - Je me trouve au milieu d'un véritable carrousel de pensées. »

« - Je pense toujours que j'aurais pu faire autrement. »

« - Je n'ai pas d'opinion personnelle. »

« - Tout m'est difficile. »

Je vais encore vous citer une phrase ; ce sera la dernière :

« - Je ne suis pas dans un monde réel, mais c'est comme si j'étais déjà morte et que je m'observe moi-même. »

C'est avec cette phrase que nous terminerons : « je ne suis pas dans un monde réel », c'est-à-dire « je ne suis pas sûre du monde ». Cette phrase s'explique de la même manière que la première phrase de tout à l'heure. Je soulignerai plutôt l'autre proposition : « c'est comme si j'étais déjà morte ». Elle se sent morte. Pourquoi ? – Parce qu'elle n'a plus d'appréhensions, elle est comme un cadavre. Si nous rencontrons un cadavre, nous ne pouvons avoir des appréhensions de lui, parce que nous ne pouvons plus penser qu'il a une vie psychique, qu'il a des idées que nous pouvons deviner. Il n'y a plus avec lui de relation d'homme à homme possible. Ce n'est que la conséquence ultime de la dépression de se sentir déjà mort.

Cette existence que je viens de vous décrire en quelques mots présente au fond comme conséquence ultime le fait qu'il faut se sentir mort et que, si tant de dépressifs ont une tendance au suicide, ce n'est pas par hasard, mais c'est une conséquence ultime de l'existence du dépressif.

Tout ce que j'ai pu vous dire dans cette conférence, comme je l'ai dit à M. Maldiney, est encore en élaboration. Ce ne sont pas des résultats arrondis et complets que je vous ai livrés, mais c'est une première approche. Monsieur Maldiney m'avait écrit pour me demander de vous dire comment nous travaillons ; il m'avait précisé que vous ne vouliez ni de grands résultats ni une conférence spectaculaire : j'espère que vous avez eu ce que vous attendiez.

1. Par « intelligence » il faut entendre les formes de compréhension du sujet et non pas seulement, comme souvent dans les tests d'aptitude, le degré d'intelligence.

Contribution de Roland Kuhn à la mise en évidence de la dimension esthétique dans l'expérience phénoménologique existentielle en psychiatrie clinique. Aspects philosophiques.

Les recherches psychiatriques de Roland Kuhn doivent leur sens à deux orientations convergentes. La première engage le rapport au malade. Toute pratique psychiatrique comporte une option sur l'homme. Elle peut être préméditée, fondée sur une vue ou une théorie préalables. Ou bien elle s'ouvre et se décide à même le comportement du psychiatre en présence de l'homme malade. Doit-on dire que l'une est scientifique et l'autre empirique ? – Non. Car la seconde s'entretient sans cesse de la critique de soi. Ce qui les différencie c'est leur sens de l'homme. Pour la première il est un objet d'étude et de soins. Pour la seconde un existant.

La position de Roland Kuhn est claire : elle est résolument clinique. Est clinique au sens premier du mot (*klino* = coucher) un examen qui se fait ou une leçon qui se donne auprès du lit du malade. Parallèlement à ce sens, Littré donne cette définition : « médecine clinique : celle qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement », c'est-à-dire malade par malade. Roland Kuhn l'entend bien ainsi et c'est à lui d'abord que s'applique la définition qu'il donne du chercheur en psychiatrie : « la recherche psychiatrique se joue dans la clinique avec l'homme malade individuel avec lequel le chercheur se tient lui-même en contact immédiat ». Et il reprend à son compte l'appel lancé par Hans Heimann de Tübingen « contre le délaissement (*Vernachlässigung*) de l'individualité dans la recherche psychiatrique ».

La seconde orientation implique une première ouverture à la dimension esthétique. Dans son rapport de 1943 sur La psychologie de Rorschach et les bases psychologiques d'interprétation de formes, Roland Kuhn souligne que Rorschach a été l'un des premiers à réaliser une bonne partie de l'exigence formulée par Dilthey, à savoir que « la psychologie doit apprendre à recueillir dans le filet de ses concepts ce que les poètes détiennent plus que tous les spécialistes du psychique ». Le propre des poètes et des artistes est de s'expliquer avec l'existence dont ils représentent la forme la plus aiguë et la plus menacée, comme le montre assez l'exemple de Hölderlin. Cette situation rejoint la première à la racine. Ce dont il y va dans l'être-malade comme dans l'être-artiste c'est l'être comme existence.

Voilà l'horizon sous lequel s'inscrit le titre-programme de cette rencontre : « Contribution de Roland Kuhn au dévoilement de la dimension esthétique de l'expérience phénoménologique et daseins-analytique en psychiatrie clinique ».

À prendre ce titre à la lettre, la dimension esthétique joue un rôle essentiel dans la constitution de l'expérience du psychiatre, lorsque celui-ci, pour comprendre l'homme malade, emprunte les voies de la phénoménologie et de l'analyse existentielle. Le psychiatre phénoménologue n'apporte pas avec lui ses propres mesures. Son mode d'appréhension et de compréhension s'approprie et s'articule aux structures de l'objet dont il cherche à s'ouvrir l'accès. Si la chose est possible, c'est parce que cet objet n'est pas un objet, n'est pas un simple étant, mais un existant. Il a ouverture à lui à partir des structures mêmes de l'existence qui sont aussi les siennes.

C'est ce que Ludwig Binswanger avait en vue quand il écrivait L'homme dans la psychiatrie. La présence de l'homme dans la psychiatrie, dans la situation psychiatrique, est précisément une présence et non pas un objet de représentation.

Que veut dire « présence » ? L'étymologie nous le rappelle. Être présent (*prae-sens*) c'est être non pas ici, mais à l'avant de soi, en précession de soi-même. C'est le sens même de Dasein : être le là de l'ouverture du monde. Ni le monde ni le soi ne sont des étants. On ne saurait les avoir devant soi, sous la main (*Vorhanden*) et prêts à l'emploi. Ils sont les moments conjugués de l'être-au-monde.

Le monde, dit Wittgenstein, ne se compose pas de choses et d'états de choses mais d'événements. La distinction est pertinente mais elle n'a pas encore trouvé son assiette. Cette proposition arrive trop tard pour dire ce que sont, tels qu'en eux-mêmes, et le monde et l'événement. Entre leur révélation première et cette formulation s'intercale en effet une opération subséquente : la constitution en objet de l'événement et du monde, préalablement révélés. Ils constituent dès lors un univers thématique dont nous avons certes l'habitude, mais non un monde que nous pouvons et savons habiter. Un événement ne se produit pas dans le monde, mais c'est en lui que le monde s'ouvre dans le moment même qu'il nous transforme de sorte que nous existons le là de cette ouverture. Ainsi ouvert à l'ouverture du monde, le soi ne saurait être assigné à résidence.

Le terme d'existant dénote le même mode d'être. Exister c'est avoir sa tenue (sitere)... hors (ex) : hors soi et hors tout.

Une autre proposition du Tractatus de Wittgenstein permet de le faire entendre. « Dans le monde toutes choses sont comme elles sont et se produisent comme elles se produisent : il n'y a pas en lui de valeurs et, s'il y en avait une, elle serait sans valeur ».

Si nous considérons, de même, le monde comme la totalité de l'étant, la même conclusion, relative à la valeur, s'applique à l'existant. L'existant ne peut être trouvé comme tel au milieu de l'étant et, s'il s'y trouvait, il ne serait pas existant. Cela vaut également par rapport à l'étant que je suis. Exister c'est tenir l'être en dehors de l'étant auquel je suis livré et dont la contenance risque de me combler, c'est-à-dire de me satisfaire et de m'obstruer. Un existant exclut, comme tel, toute possibilité de le prendre à... ou de le prendre par... un détail, une partie, une expression de lui-même, de lui-même considéré comme totalité close.

Nous existons hors... Que ce « hors » soit appelé l'Ouvert, le Vide ou le Rien, ce ex- ne signifie pas l'extériorité mais la transcendance.

Or c'est cet existant que, lorsqu'on est psychiatre ou tout simplement homme, il s'agit de comprendre. Comprendre est une façon (à vrai dire éminente) d'être le là de tout ce dont, à chaque fois, en présence d'un autre, il retourne et dont il y va dans cette tournure même. Comprendre a partie liée avec l'existence en ce qu'il en est une forme. Il a même structure qu'elle. À condition toutefois qu'il ne se referme pas sur l'existant comme sur une proie, mais qu'il en accompagne l'ouverture et l'avènement perpétuels. On ne peut comprendre un existant comme tel qu'à partir des mêmes dimensions selon lesquelles il existe.

Le comprendre s'articule dans la parole qui, elle, pareillement, au sens propre du mot, ex-iste. Le moment ekstatique qui caractérise l'existence comme telle est celui aussi de la parole parlante, par où elle se distingue de la parole parlée, prise dans l'engrenage d'un discours institué. Un poète, Francis Ponge, l'exprime en propres termes ; comme la glace, par le froid, se subroge à l'eau et fait éclater le vase qui la contenait, « la parole, dit-il, serait aux choses de l'esprit leur état de rigueur, leur façon de se tenir d'aplomb, hors de leur contenant, naguère forme indispensable ».

Pour le psychiatre le comprendre, par quoi son expérience a sens, est une façon d'exister. La compréhension délirante de l'homme malade, d'autre part, est, elle aussi, une façon d'exister. Sont-elles imperméables l'une à l'autre – ce qui coupe court à la présence de l'homme dans la psychiatrie ? Ou bien communiquent-elles entre elles à même l'instauration de la situation psychiatrique ? Et alors comment ?

L'analyse existentielle, parce qu'elle traite l'homme malade en ex-istant, apporte une réponse à la question centrale de la communication posée par Kronfeld à propos du délire schizophrénique : « Dans quelle mesure peut-il être question chez les schizophrènes d'une traduction verbale adéquate de l'événement morbide qui se passe en eux ? »

Hans Kunz comme Kronfeld répond par la négative. « La puissance et la profondeur de l'événement que représente le délire primaire n'a pas de rapport adéquat, même lointain, avec sa version verbale ». « Il est vécu incomparablement plus qu'il n'est possible à la parole de communiquer ».

Ce n'est donc pas dans les paroles du malade qu'il faut chercher le sens de ce qui se passe en lui. En deçà de toutes les expressions délirantes se joue et se rejoue un événement transformateur. L'existence est frappée dans sa transcendance – qui est son propre – par où elle s'ouvre à soi, en avant de soi, en soi plus avant. « Le délire, dit Kunz, représente la seule possibilité que le schizophrène ait d'éprouver et de vivre la métamorphose de son existence propre – et cette

possibilité est celle d'un mode d'expression dans lequel le changement de la présence est occulté ». La raison en est que la parole défaille dans le même sens que l'existence elle-même dont elle est une forme. L'existence subit une métamorphose et l'événement transformateur, au lieu d'ouvrir un monde auquel, en se transformant, s'ouvrirait la présence, les ferme au contraire ensemble tous les deux.

Ce n'est pas à dire pourtant que l'existence comme telle soit abolie. Le malade n'est pas réduit à une chose. Son délire est la preuve intime d'un échec à être qui ne peut affecter qu'un étant ayant à être et qui fait la preuve par l'absurde de son être à dessein de soi (sich umwillen). Comprendre est donc pour le malade comme pour le psychiatre une façon d'exister et, en dépit de toutes les involutions, de se donner du possible, une ouverture. C'est là précisément ce qui fait le sens et le prix de la dimension esthétique sur le mode de laquelle il tente à la fois d'exister et de se comprendre.

De son côté, le psychiatre ne peut reconnaître la dimension esthétique comme fondement ou tenseur de l'existence d'un autre qu'en l'éprouvant essentiellement en lui-même. Il ne suffit pas de s'en former un concept, il faut précisément l'exister. Réciproquement la dimension esthétique est un tenseur de l'expérience psychiatrique parce qu'elle est un tenseur de l'existence de l'homme malade.

La dimension esthétique est la dimension fondamentale de l'existence humaine. Elle constitue le tenseur vital et spirituel de civilisations entières, des civilisations mélanésiennes par exemple, dont l'art est pour ainsi dire la ligne de vie et dont les formes auto-mouvantes sous-tendent, d'un même rythme impliquant le monde quadri-dimensionnel de la mer ou de la danse des hommes, les apparitions figuratives ou symboliques de l'homme, de l'animal, du végétal et des lieux mémorables ou sacrés de la nature. Mais que faut-il entendre, en toute rigueur, par dimension esthétique ?

Le mot « esthétique » est formé d'après le grec *aisthesis* : sensation. Mais le plus souvent il sert à qualifier les différents aspects sous lesquels se manifeste la beauté surtout dans l'art. Sa signification est à deux étages, partagée entre la sensation et la référence aux œuvres : entre l'« esthétique-sensible » et l'« esthétique-artistique ».

Kant emploie le mot dans les deux sens. Il appelle esthétique transcendantale l'explicitation de l'espace et du temps comme formes a priori de la sensibilité. L'espace et le temps sont des formes préformantes, préfigurant, sous le quoi de toute apparence sensible, comme sa condition d'apparition, le comment de son apparaître. L'espace et le temps sont la mise en vue de ce comment.

Dans *La Critique du jugement*, Kant appelle « jugement esthétique », le jugement qui décide du beau. Ainsi unit-il en référence à l'*aisthesis* la théorie de l'art et la théorie de l'espace et du temps. L'imagination qui opère, en dehors de tout concept d'objet, une synthèse purement esthétique des formes d'une œuvre d'art est dite « faculté des intuitions a priori ». Et son exercice, est-il dit dans la même phrase, s'accompagne d'un plaisir qui n'est lié au quoi d'aucun objet.

Toutefois tant l'expérience du monde que la perception d'une œuvre d'art n'ont affaire avec Kant qu'à l'espace et au temps de la représentation et non de la présence. Or cette présence est attestée à la fois au niveau de l'impression sensible (de l'*aisthesis*) et au niveau de l'art. Parce que, dans les deux cas, l'existence est en jeu.

Nous disons couramment : la sensation. Mais, à parler ainsi, nous l'objectivons. Nous en faisons un phénomène observable du sens interne et, du même coup, par là, nous cessons de comprendre comment, en elle, nous avons rapport avec le monde. En fait nous l'avons abstraite du sentir et court-circuitée de son moment de réalité.

Le sentir, dit Erwin Straus, est « communication symbiotique avec le monde ». « Dans le sentir se déploient en même temps le devenir du sujet et l'événement du monde. Je ne deviens qu'en tant que quelque chose arrive et il n'arrive quelque chose, pour moi, qu'en tant que je deviens. Le maintenant du sentir n'appartient ni à l'objectivité ni à la subjectivité, il appartient aux deux ensemble... ». « Dans le sentir il y a moi et le monde, moi avec le monde, moi au monde ». Ce et, ce avec, ce à... n'interviennent pas après coup pour lier moi et monde. Ce sont eux qui sont la dimension constitutive de sentir. Ils retiennent en eux, retenu dans son pli, le déploiement propre au sentir qui est en réalité étranger à la distinction sujet-objet. Celle-ci ne se produit que dans un

acte second. Le sentir, à la différence du percevoir, n'est pas un acte intentionnel. C'est pourquoi Erwin Straus parle de « communication symbiotique », qui est de l'ordre de la vie.

Le sentir humain toutefois diffère radicalement de celui d'un simple vivant : il est d'un existant. Si le percevoir est au sentir ce que le mot est au cri, le sentir humain crie le monde, un monde dans lequel il peut se comporter à l'étant comme tel. Le sentir est un acte présenciel. En lui le sentant a ouverture au monde et cette ouverture est le moment apertural de la réalité. « Pathei mathos » : l'épreuve enseigne. Le sentir est à l'origine de toutes. En lui nous faisons l'épreuve d'être là... à quelque chose comme un monde.

Dans le sentir – c'est sa définition même – un événement (Ereignis) se fait jour à son propre jour qui ne se lève qu'avec lui. C'est le paradoxe de l'apparaître, du phainesthai. L'événement est une déchirure de l'étant dans le jour de laquelle s'ouvre le monde.

Le percevoir est un acte d'autre sorte. C'est une opération subséquente qui vise à constituer en objet l'étant préalablement et autrement révélé. Objectivité n'est pas réalité. L'objet que nous avons sous les yeux en vision centrale ne tient pas sa réalité de ce que nous pouvons le prendre à son contour, mais au contraire de tout le marginal que nous apprésentons en lui et lui s'étend de proche en proche et de loin en loin jusqu'à l'horizon indéterminé du monde que nous ressentons partout autour de nous, sans le percevoir, et dont l'épreuve est un saisissement (Ergriffenheit).

C'est une erreur classique que de considérer le percevoir (Wahr-nehmen) comme l'accomplissement en vérité du sentir. Ce que nous percevons, ce que nous prenons de façon à le garder n'est qu'une idole de la réalité (Wirklichkeit). Mais ce que ne peuvent ni la perception ni la science : arraisonner l'être de l'événement apparaissant, l'art le peut. L'art est la vérité du sentir. Ce à quoi s'efforçait Cézanne : « Je continue à chercher l'expression de ces sensations confuses que nous apportons en naissant »... et dans le ressentir desquelles nous co-naissons avec le monde.

La dimension esthétique n'est pas un moment particulier de l'œuvre d'art. Elle est la dimension fondamentale qui la constitue dans son être-œuvre, qui est elle-même. Elle apparaît dans le concret de sa manifestation à même la forme configuratrice et sensible de l'espace (et du temps) de l'œuvre, que Carl Einstein nomme sa dimension formelle. Le moment est venu de dire ce qu'il faut entendre par dimension. Descartes dit dans les Regulae : « La pesanteur est la dimension selon laquelle les corps sont pesés ». Pareillement la dimension formelle est la dimension suivant laquelle une forme se forme. Il s'agit donc d'une forme en formation, consistant de sa propre genèse et que Hans Prinzhorn, Paul Klee et Piet Mondrian appellent Gestaltung. Gestaltung, dit Paul Klee, c'est la forme avec l'accent mis sur les chemins qui y mènent. Werk ist Weg.

Une forme a sens. Mais non à la façon d'un signe. Rappelons cette formule de Henri Focillon : « Le signe signifie. La forme se signifie ». Mais, en se signifiant, une forme signifie autre chose que le spectacle de sa tournure. Elle n'est du reste pas un spectacle, mais un motif, un motif (motivus) qui nous meut et qui, en nous mouvant, nous émeut. Dans sa façon d'être à soi en se mouvant elle-même en elle-même, c'est-à-dire dans son rythme générateur, la forme comporte un moment pathique. En résonance avec elle, nous sommes accordés à un ton déterminé, qui induit le sens de notre communication avec le monde.

Le pathique, dit Erwin Straus, appartient à l'état du vécu le plus originaire. Ce que nous apprenons à l'éprouver c'est notre rapport en profondeur au fond du monde dont la moindre chose peut être le révélateur.

Elle l'est dès le sentir, au niveau de l'aisthesis, avant sa constitution en objet. C'est pourquoi le ton, la Stimmung induite par l'impression originaire – « ursprüngliche Empfindung », dit Hölderlin – engage notre communication avec le monde entier. Or la dimension esthétique-artistique d'une œuvre, qui la fait proprement une œuvre d'art, possède ce pouvoir éminemment, parce qu'en elle le « se mouvoir » de la forme, son autogenèse rythmique, élève au soi la dimension pathique immanente au contact et au sentir.

Une forme se signifie dans et par son apparaître, lequel ne fait qu'un avec sa genèse. Celle-ci consistant réciproquement dans une articulation spatio-temporelle (rythmique) du sensible, qui est signifiante.

Le mot « sens » a trois sens dont deux déjà notés par Hegel. Il désigne :

1° un sens-signification, conceptuel ou signitif

2° un sens intuitif-sensible

Au moment où nous les saisissons, nous avons le sens d'un son ou d'une couleur, nous nous entendons immédiatement à eux, c'est-à-dire que nous en avons l'intelligence. « La sensibilité, écrit M. Pradines, n'est pas seulement intelligence de part en part, mais elle contient virtuellement toutes les formes d'intelligence ». C'est en elle que le sens-signification prend fond (bodennehmen). Pradines dit aussi : « Le sens est une intelligence parce qu'il est une connaissance de l'espace ». Ce qui conduit au troisième sens du mot « sens » : celui de sens-direction. Ainsi parle-t-on du sens d'un courant, ou de celui plus complexe d'un trajet. En fait, comme l'établit Erwin Straus, les deux derniers communiquent entre eux, comme le sentir et le se mouvoir qui sont articulés l'un à l'autre de l'intérieur de chacun. L'atteste, au niveau esthétique-artistique, l'articulation de la musique et de la danse.

Que le sens-direction soit à la source du sens, les racines primitives de la langue le marquent. Elles indiquent en effet des comportements humains fondamentaux qui sont autant de façons de s'engager ou de se tenir dans le monde, de se porter et de se comporter aux choses et aux autres. L'espace-temps qui les structure s'articule selon le proche et le lointain, l'en deçà et l'au-delà, l'avant et l'arrière, le haut et le bas, le large et l'étroit, le clair et l'obscur, l'incidence et la décadence, l'attente et la surprise, le droit et le courbe, etc... Toutes ces conduites spatiales élémentaires sont empreintes d'une tonalité pathique particulière qu'a relevée Paul Klee dans sa Confession créatrice, conçue comme « un voyage au pays de meilleure connaissance ». La dimension pathique de l'être-au-monde est susceptible de flexions pathologiques qui affectent l'existence dans sa présence aux choses, aux autres et à soi. Ce sont de telles modalités de la présence au monde que Roland Kuhn a mises en évidence dans une étude authentiquement phénoménologique du test de Rorschach.

La présentation que Roland Kuhn fait du test de Rorschach, soit dans son rapport de 1943, soit dans ses cours de Münsterlingen, procède d'une anticipation de sa propre pensée. Elle contient en germe les principales directions de sens de son œuvre, y compris celles qui se réfèrent à la dimension esthétique. Que le test d'interprétation de formes ait pu l'induire à reconnaître l'importance de la dimension esthétique ne doit pas surprendre. Pas plus qu'il ne faut s'étonner que l'œuvre de Rorschach ait été traversée d'une telle pensée. Car elle était d'époque. Rappelons que le Psychodiagnostic a paru en 1921, qui est aussi la date de la Préface de Hans Prinzhorn à *Bildnerlei der Geisteskranken* paru en 1922.

Or ces deux œuvres ont en commun de mettre en évidence la *Gestaltung*, au sens à la fois de forme en formation et d'activité formatrice des formes.

En second lieu, ni pour Rorschach ni pour Prinzhorn, la *Gestaltung* n'est le résultat de lois objectives, au sens de la Gestaltpsychologie. Elle est l'acte expressif et libre d'un soi.

Ce sens de la forme distingue le test de Rorschach de tests apparemment similaires comme celui de Szymon Hens : « épreuve au moyen de taches informelles de l'imagination (Phantasie) chez des écoliers, des adultes normaux et des malades mentaux ». Hens conçoit l'imagination comme une faculté reproductrice qui puise des éléments « dans le trésor d'expériences antérieures pour les introduire dans les perceptions quotidiennes ». Le test de Rorschach à cet égard n'est pas – et Roland Kuhn y insiste fort – un test d'imagination ; c'est un test de perception. Mais qu'est-ce à dire ? L'imagination n'est-elle pas un moment intégrant de la perception ? Assurément... à la condition toutefois que soit levée l'équivoque qui offusque les termes d'imagination et de Phantasie. L'imagination qui est à l'œuvre dans la perception est, en réalité, cette opération exposée par Kant sous le nom d'*Einbildung*. « Bilden » c'est « former », « einbilden » c'est « mettre en forme ». L'imagination, ainsi prise, est proprement le pouvoir de synthèse qui lie les sensations dans l'unité d'une forme.

Cette forme n'a place dans le système de l'expérience que si elle a été élaborée sous la juridiction d'un concept d'objet, répondant aux exigences (catégoriales) de l'idée d'univers (*Weltidee*). Mais l'imagination formelle, par ailleurs, peut fonctionner librement, sans être engagée dans la constitution de l'expérience. C'est précisément ce qui a lieu dans l'art. De même dans les réponses au test de Rorschach.

Dans les réponses au test la forme rectrice de la perception est identifiée et désignée par son contenu représentatif : chauve-souris, clown, masque, lampe, etc... La mise en forme de la tache est une mise en vue de l'un ou l'autre concept empirique. Ainsi chaque réponse est à deux faces : l'une, formelle, l'autre, matérielle, proposant un contenu. Ce contenu toutefois ne renvoie pas à l'univers objectif ; il est l'affleurement d'un monde propre au sujet – donc un élément fragmentaire, plus ou moins disjoint des autres, qui se prête à l'interprétation.

Or Roland Kuhn constate que, dans le dernier essai de Rorschach, marqué par une orientation psychanalytique, « le contenu occupe une place particulièrement importante », alors que « dans le Psychodiagnostic il n'est presque question que de problèmes de forme ». C'est que, ici, comme dans l'art figuratif ou figural, la mise en forme sous-tend la mise en image. La dimension proprement esthétique est celle de la *Gestaltung*, de la forme en voie d'elle-même. C'est en quoi justement elle est une dimension constitutive de l'existence.

Rorschach s'accorde avec Prinzhorn pour qui « le concept de *Gestaltung* est au centre ». « En cherchant dans l'homme la racine psychologique de la pulsion à créer des formes, nous reconnaissons dans le besoin d'expression le centre de cette impulsion qui s'alimente toutefois à toute la sphère du psychique ». « Toute forme ainsi formée incarne des moments expressifs du formateur qui est immédiatement saisissable, sans l'intervention d'un but ou d'une autre instance rationnelle ». « Et tous les moments expressifs n'ont, comme tels, d'autre but que celui-là : incarner le psychique et par là jeter un pont de je à tu ».

Plus d'une fois ce pont s'est trouvé jeté qui, s'il n'était pas franchi, se laissait du moins traverser par une parole. La première fois sans doute, il y a longtemps, à Münsterlingen, en présence de Roland Kuhn, de Jacques Schotte et de moi-même. Un schizophrène qui vivait depuis 17 ans dans un état de prostration presque constant mais dont Roland Kuhn avait remarqué la sensibilité apparemment paradoxale aux formes et aux couleurs a été invité à regarder des reproductions de peintures. Je les avais choisies telles que, en raison de leur style, leur moment apparitionnel constituât un indivisible moment d'évidence et de surprise. Tout en jouant avec un lacet, le malade jetait sur celle qu'on lui présentait un coup d'œil furtif, comme à la dérobée, et lançait quelques mots au sujet de chacune, des mots à l'arraché. Or certaines de ses expressions étaient si rigoureusement ajustées à la plénitude de l'œuvre qu'il eût été difficile au plus aigu des critiques d'en trouver d'autres. Mis en présence d'une des dernières baigneuses de Renoir, dont l'espace ambiant est l'aura radieuse et tourbillonnaire d'une forme en expansion et de flux colorés, il dit simplement : « die goldene Sonne des Lebens », « le soleil d'or de la vie ».

Alors s'est produit un incident. Appelé au dehors le docteur Kuhn est sorti. Aussitôt la porte refermée, le malade s'est levé en disant à nous qui restions là assis : « à qui le tour, Messieurs ? ». Il avait été garçon coiffeur à Lausanne. Pour la première fois depuis 17 ans quelque chose de son passé émergeait. Peut-être était-ce l'occasion furtive d'un échange. Il eût fallu trouver la parole ou le geste capables de faire de cette lueur le premier tremblement historique d'un passé enfoui devenu absolu.

Quelques mois après, le docteur Kuhn a fait une expérience du même ordre. Il montra à un malade schizophrène deux lithographies de Tal Coat dont les taches noires discontinues en tension mutuelle représentent un vol d'oiseaux : non pas un groupement d'oiseaux volants mais la dynamique rythmique d'un vol dont les taches noires communiquent entre elles dans l'ouvert des énergies blanches. Or, à partir de cette vision et de l'échange de paroles qu'elle suscita entre le patient et le médecin, s'établit une conversation tellement normale que le docteur Kuhn en venait à se demander s'il avait encore affaire avec un malade, si celui qui était là était celui qu'il connaissait. Il est à remarquer que les œuvres en question ne se donnent pas à percevoir à partir de la figuration. Leur moment figuratif est sous-tendu par un moment rythmique créateur d'espace.

Je citerai une dernière épreuve faite à Lyon, à l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Voici les réponses d'un malade schizophrène manifestement artiste.

En présence du Port de Cannes de Bonnard : « Je dois être replié sur moi-même, parce que je n'y vois rien du tout. C'est trop petit. Ça ne fuse pas. C'est pas vainqueur. C'est vaincu. C'est le type vaincu par la matière. C'est égoïste. Egocentrique ».

En présence d'un Paysage des Alpilles de van Gogh : « Je n'y comprends pas. Pourtant c'est joli. Oh oui, c'est très bien. C'est van Gogh. Tiens. Curieux. Celui qui a peint ça, il n'est pas fou. C'est très beau comme peinture. Il n'était pas fou ce type-là... je n'aurais jamais cru que c'était van Gogh. Il y a des émeraudes. Des bleus plus bleus que la réalité ».

Du Violon de Braque, il dit : « ça, j'ai l'impression que c'est moi qui l'ai fait. J'ai fait un tableau comme ça au crayon seulement. Oui. Ça a de la gueule. Je comprends cette peinture. Je la comprends... C'est pas chaotique. C'est loin de l'être. Les « S » [les ouïes du violon] peut-être la fin de Georges. Oui ». (Georges, c'est-à-dire lui).

Mais le chaos le voici. Le malade est en présence de La Chasse aux lions de Delacroix. Le drame éclate : « C'est le chaos. C'est chaotique. J'y mettrais un trident ». Il fait le geste. Il se lève dans un état d'exaltation extrême et fait une seconde fois le geste de planter un trident. À la fin sa panique est telle que le médecin l'envoie chercher un paquet de cigarettes au Centre social. Quand il revient, il s'assied par terre dans un état cataleptique en répétant : « C'est le paradis. C'est le paradis ».

Le sens global de telles réponses qui exigent tout l'homme n'a pas d'équivalent dans une somme de symptômes. La vie des formes dans l'existence psychotique montre qu'elle reste existence. Cependant cette appréhension des formes esthétiques-artistiques n'a guère retenu jusqu'ici l'attention parce que l'attention ordinaire ne connaît et ne reconnaît que des objets. Or les formes d'une œuvre d'art, avant d'être objets de perception, sont des structures constitutives de la perception même. En réalité, une forme constituée-en-objet est une forme court-circuitée de sa formation. Là est d'ailleurs le seul principe de distinction qui permette de faire la différence entre une « bonne forme » et une « mauvaise forme » dans le test de Rorschach. Rorschach le pressentait dans sa définition des interprétations-mouvement. Une réponse authentiquement kinesthésique implique, écrit-il, que « la forme et le mouvement soient saisis simultanément ». En effet ils ne s'ajoutent ni ne s'appliquent l'un à l'autre. Le mouvement, intrinsèque à la forme, est celui de sa propre mise en forme. Forme et mouvement sont le même. Comme Viktor von Weizsäcker le dit des formes biologiques, la forme ici ne se meut pas dans l'espace et dans le temps. Elle meut l'espace et le temps à partir de chaque ici-maintenant impliqué proleptiquement dans son rythme.

Les recherches de Roland Kuhn sur les kinesthésies sont celles qui tiennent la plus grande place dans son étude du test d'interprétation des formes. Il a élucidé leur constitution et leur sens existentiel – qui débordent largement le cadre du test. Sa découverte se situe au point de jonction de deux tentatives. À travers ses analyses des modes d'appréhension des formes et des types psychologiques correspondants se poursuit le même projet : élaborer la phénoménologie du test en observant l'ordre ternaire – Erfahren, Verstehen, Deuten – rappelé par Ludwig Binswanger. D'autre part son analyse approfondie des kinesthésies répond à son désir très ancien de percer le secret du mouvement dans l'art.

Les pensées les plus fécondes naissent à l'occasion de problèmes réels irrésolus. Or Rorschach est loin d'avoir élucidé, dans le Psychodiagnostic, le sens des kinesthésies. « Au point de vue formel, écrit-il, les interprétations de mouvements sont la représentation de l'introversion et de l'intériorité. Plus loin il évoque – et ce à propos des réponses-mouvement, y compris dans le cas où elles prédominent sur les réponses-couleur – « des mécanismes d'introversion avec tendance à la régression et à un comportement réactif envers le monde ». Mais ailleurs il a déclaré que la prédominance des réponses-mouvement sur les réponses-couleur est un signe de la productivité du sujet, donc d'un comportement actif se déterminant de soi-même et non d'un comportement réactif conditionné du dehors par l'état du monde. La contradiction est indéniable. Pour Roland Kuhn il s'agissait de la résoudre.

Pour comprendre les réponses-mouvement il part d'une remarque de Rorschach dont l'importance se mesure à l'usage qu'il en a fait. « Les sujets dont la motricité est labile et fuyante n'ont pas ou très peu de réponses-mouvement, tandis que ceux dont la motricité est stable voient les taches se mouvoir ».

Une motricité stable s'oppose, d'une part, à une motricité labile, encline à l'imitation, celle d'un sujet sans autonomie et, d'autre part, à une motricité rigide, bloquée comme celle, par exemple, d'un catatonique.

Mais ce qui est appris il reste à le comprendre. Tout ce que Roland Kuhn a appris au sujet des interprétations-mouvement, il le rassemble en une formule compréhensive dans le sens de laquelle leur opération s'analyse. « Une interprétation-mouvement est une interprétation dans laquelle la forme de la tâche éveille le sujet à des vécus moteurs ressentis dans son corps qui sont inhibés dans leur extériorisation et qui, par là même, confèrent à une forme humaine interprétant la tâche un mouvement ou une attitude qui est identique au mouvement auquel tend le sujet ».

La tension motrice du corps propre ne se résout pas dans un auto-mouvement mais dans la perception d'un mouvement externe. Cet antagonisme entre l'exécution et la perception du mouvement est tout à fait conforme à la loi d'échange entre perception et mouvement mise en lumière par Viktor von Weizsäcker dans le Gestaltkreis et dont la compréhension exige, comme il le dit, « l'introduction du sujet en biologie ». Mais le soi que Roland Kuhn décèle à l'origine des réponses-mouvement n'est pas un simple vivant, il est un existant.

L'expérience du test d'interprétation des formes s'intègre à l'expérience clinique du psychiatre qui est, de part en part, existentielle. Roland Kuhn constate par exemple que les maniaques ont en moyenne deux fois plus de réponses-mouvement que les mélancoliques et les schizophrènes paranoïdes deux fois plus que les catatoniques. Il n'est pas question pour lui d'interpréter les faits avant de les avoir compris en termes d'existence. À cet égard la compréhension des réponses-mouvement doit aussi rendre compte du négatif. Celui-ci est de deux sortes. Les enfants n'ont pas ou ont très peu de réponses-mouvement et 1/5 des adultes normaux n'en ont aucune. Par ailleurs une malade mélancolique, patiente de Kuhn, se plaint de ce qu'elle ne voit en elle que du négatif, de ce que, à la différence des autres, elle n'est pas indépendante. Sa plainte est le seul acte dont elle soit capable pour prendre ses distances vis-à-vis d'elle-même entravée. Mais cette plainte la ramène indéfiniment au là sans ouverture, auquel elle est fixée par sa motricité rigide. Une autre, habituellement exclue de toute communication réelle avec les autres et de toute propension aux choses, se trouve à chaque fois momentanément libérée par la danse. Les mouvements de la danse accueillent et mobilisent en eux les tensions jusque-là indéterminées de son corps qui ne sauraient secouer, sans l'intervention du rythme, la pesanteur du sol où l'élan reste pris. Ces tensions motrices se déploient cette fois en mouvements réels, non pas sans doute en mouvement du monde, mais en mouvements du corps suscitant son Umwelt. La danse peut être introduite dans le cours de la cure, mais elle ne rétablit pas, à elle seule, la malade dans son être au monde commun (koinos kosmos).

Roland Kuhn a cherché et découvert le sens des réponses-mouvement et plus généralement le sens de la motricité dans des instants critiques de contraste et de métamorphose et tout particulièrement dans des situations de deuil. Le deuil s'exprime, dans un premier temps, par un blocage ou une régression. Kuhn cite à ce propos un passage de Jeremias Gotthelf (Hans Joggeli der Erbwetter), où, à la mort de celui qui était le foyer de leur coprésence, les habitants de la maison sont devenus tout à coup les membres d'un corps sans âme. « C'est l'immobilité du mort qui se répercute en inhibition des mouvements de chacun, dans le cas bien entendu où le mort avait été véritablement aimé et où notre action était en rapport avec lui ».

En présence du mort tous les mouvements sont ralentis, contractés ou suspendus. Plus précisément s'observent deux attitudes. Certains séjournent auprès du mort disparu c'est-à-dire dans le passé qui n'est plus. D'autres séjournent auprès de lui dans un présent qui n'arrive pas à se clore en s'ouvrant à l'avenir. Les survivants coulent alors, pour ainsi dire, leurs comportements dans ceux du mort dont ils imitent, sans le savoir, les anciens gestes. Il s'établit une situation répétitive dans laquelle sans cesse de l'accompli se verse en accompli.

Que ces conduites de deuil expriment une motricité rigide ou, au contraire, une motricité labile, elles ont un rapport direct au temps. Elles témoignent d'une temporalisation suspendue.

En contraste avec ces transformations régressives, Roland Kuhn en évoque une autre, inverse, chez des enfants. Il est certain que l'expérience de la mort fait partie de l'apprentissage du temps. Spranger en a donné un exemple saisissant dans sa Psychologie de l'adolescence. Normalement les enfants n'ont pas de réponses-mouvement. Sauf certains qui ont précisément subi un deuil. Quelque temps (un mois ou deux après la mort de l'être proche et cher, ils ont des réponses-

mouvement. Cela signifie qu'ils sont devenus capables de mettre le monde en mouvement à partir d'eux-mêmes. Pourquoi ? La réponse de Kuhn est claire : parce que désormais ils ont une histoire. Si la mise en mouvement est le fait d'une motricité stable c'est parce que celle-ci ne va pas sans un équilibre temporel dont seul est assuré celui qui est capable d'intégrer et d'ordonner les événements de sa vie à la constitution de sa propre temporalité. Entre la stabilité motrice et l'historicité d'un existant la relation est intime, c'est-à-dire fondée dans l'existence elle-même et plus précisément dans l'exister.

Une motricité stable suppose un équilibre mouvant entre soi et le monde. Pourquoi mouvant ? Parce que les deux impliquent le temps. Cependant le monde et le soi ne font pas que devenir. Le monde se mondifie et le soi se temporalise. Pour mettre le monde en mouvement il faut être capable du temps, c'est-à-dire s'appropriier le devenir, le reprendre en sous-œuvre en l'intégrant au développement de la personne, c'est-à-dire d'un soi qui se temporalise dans le sens d'une histoire sienne – dont il existe à chaque fois l'articulation. Cette articulation est, à chaque fois, création du présent. Il s'agit du présent de cette présence que Heidegger nomme *Anwesen* et dont le propre est de s'ouvrir et de s'articuler à un passé et un avenir qui existent dans cette ouverture même. L'histoire d'un existant consiste dans l'appropriation à soi, à un soi se tenant à l'avant de lui-même, de l'avènement du temps à tout moment donné.

Ce présent-là diffère de celui qualifié de *präsentisch*, qui peut avoir deux sens. Tantôt il est cet instant purement ponctuel, transpositif, qui ne retient rien en lui de l'opération par laquelle incessamment une parcelle de futur se résout en parcelle de passé. Tantôt le mot désigne une tension de durée, de durée monadique impliquée dans un rythme. C'est dans ce sens que l'entend Erwin Straus dans son analyse de la danse. Nous avons vu la dimension esthétique survivre à toutes les autres structures expressives de l'existence, mais sans savoir encore comment restaurer, à partir d'elle, l'existant dans son histoire.

L'effort de Roland Kuhn pour accéder à la compréhension humaine de l'homme – malade ou sain – s'éclaire à la lumière de ce fait unique, qui est la marque de l'existence comme telle : « Les seules structures en lesquelles puisse s'articuler la compréhension de l'homme sont celles suivant lesquelles il existe ». Elles se manifestent sous trois aspects auxquels correspondent trois foyers du travail et de l'œuvre de Kuhn.

Dans sa présentation du test de Rorschach, il se refuse à voir en Szymon Hens un véritable précurseur de Rorschach parce que, dit-il, il ne s'est pas efforcé de découvrir, à travers la variété des réponses, « des principes d'ordre ». Or il est un principe d'ordre qui les gouverne tous en ce qu'il réfère tous les comportements humains à l'existence comme être-au-monde. C'est à partir de son monde que l'on peut saisir, immanente à tous ses comportements, la façon dont un homme existe.

Roland Kuhn termine son rapport sur la psychologie de Rorschach par cette citation de Hegel : « Die Individualität ist, was ihre Welt als die ihrige ist », « une individualité est seulement ce qu'est son monde en tant que le sien ». C'est le premier point.

En second lieu, les observations de Kuhn sur le mouvement débouchent sur l'historicité. Il retrouve librement le sens de l'« *innere Lebengeschichte* » de Ludwig Binswanger. À cause précisément de l'attention qu'il apporte à la forme comme *Gestaltung*, c'est-à-dire comme genèse. C'est le deuxième point.

En troisième lieu, les réponses-mouvement, les comportements de deuil et les conduites psychotiques mettent en évidence, sous des formes et à des degrés divers, des inhibitions du corps propre. Non seulement le concept d'inhibition joue un rôle majeur dans la psycho-pathologie de Kuhn mais il l'a conduit à reconnaître le sens du corps propre. C'est le troisième point.

« Die Individualität ist, was ihre Welt als die ihrige ist » : « l'individualité est seulement ce qu'est son monde en tant que le sien ».

Cette formule de Hegel trouve son accomplissement et son fondement dans la conception heideggerienne du *Dasein* comme être-au-monde. La première étude daseinsanalytique de Kuhn : *Daseinsanalyse eines Falles von Schizophrenie*, parue en 1946, s'inscrit dans la ligne de Ludwig Binswanger dont Le cas Ellen West a paru en 1944-45. Elle en diffère pourtant par un trait qui

marque toutes les analyses de Kuhn. Elle ne reconstitue pas le sens et le destin d'une existence à partir de documents biographiques. Elle porte sur un homme malade avec lequel Roland Kuhn thérapeute est en contact. « Au cours de plusieurs centaines d'entretiens d'une durée moyenne d'une heure à une heure et demie », il a cherché à saisir dans les propos du patient, Georges, « comment en eux se révélait son monde ». Il fallait pour cela mettre au jour un principe d'ordre (Ordnungsprinzip) à partir duquel ses phrases démembrées et ses néologismes puissent se comprendre. Toute expression sans doute comporte un sens qui lui est intrinsèque – fût-il pour nous insensé. Mais elle ne prend vraiment un sens, elle n'est compréhensible, fût-ce à titre de non-sens, qu'à s'inscrire sous l'horizon d'un sens qui la comprend avec d'autres et constitue à la limite de toutes le sens du monde.

De ce principe d'ordre ou du sens de son monde le malade bien entendu n'est pas conscient, pas plus que nous du nôtre. Il ne l'expose nulle part. Dans ses paroles, dans ses écrits, dans ses dessins, il ne représente pas un objet sur lequel nous dirigeons le regard ou que nous visons par des actes intentionnels. Il est impliqué dans l'exister. Le mot « impliqué » est à prendre au sens où Gustave Guillaume l'emploie quand il parle de « temps impliqué », en opposition au « temps expliqué », pour définir l'aspect du verbe par opposition au tempus.

« Le temps impliqué est celui que le verbe emporte avec soi, qui lui est inhérent, fait partie de sa substance ». Il est la temporalité dimensionnelle du verbe (laquelle n'est pas la même, par exemple, pour « chercher » et « trouver »). Le temps expliqué n'est pas le temps que le verbe retient en soi mais le temps divisible en époques distinctes : passé, présent, futur, que le discours lui attribue, le temps dans lequel il s'explique. Or nous sommes au monde, en ce qu'il est impliqué dans notre existence. Celle-ci ne s'explique pas, ne se déroule pas en lui, mais la mondéité du monde est une dimension de l'existence comme la temporalité est la dimension aspectuelle du verbe.

Cette référence à un monde sur le fond duquel Roland Kuhn cherche à comprendre les expressions d'un malade suppose que celui-ci participe encore à la structure commune de l'existence comme être-au-monde. Une telle tentative peut donner lieu à une objection qui vise le principe même de l'analyse existentielle : le principe d'ordre sur lequel se fonde sa compréhension de l'homme malade est-il constitutif de la présence, du Dasein qu'il est ?

L'analyse existentielle, inaugurée par Ludwig Binswanger, se risque à penser que les situations et comportements pathologiques d'un homme s'analysent et se signifient selon des lignes de clivages, constituées par des structures d'espace et de temps – qui sont des existentiels humains, dont les structures pathologiques sont des flexions. C'est dans cette perspective que Kuhn expose « le monde de Georges et la manière dont il y est ». Il cherche à reconnaître les lignes d'existence en lesquelles s'articulent le monde, l'espace et le temps, impliqués dans les expressions et les conduites du malade. Mais dans sa dernière étude daseinsanalytique « sur le sens des limites dans le délire schizophrénique » qui est de 1953, l'aspect sous lequel il les envisage a changé. Pour ordonner les expressions du malade : paroles, lettres, plans d'architecture, il ne les réfère pas à l'articulation de l'espace en lieux et du temps en époques (passé, présent, futur), il les rapporte à une dimension structurante qui gouverne de l'intérieur à la fois le monde, l'espace et le temps et qui est un véritable existentiel humain.

Les limites en effet sont constitutives de l'existence. L'existence pose ses limites en les dépassant et les dépasse en les posant. Parce qu'elle est transcendance. Elle se transcende vers elle-même, en avant de soi, en soi plus avant. Ce en quoi et par quoi elle n'est pas une chose ou un simple étant. Ici ne peut manquer de s'élever une critique ironique à l'égard de l'analyse existentielle : ces considérations existentielles, pense-t-on, ne sont en effet que des considérations qui n'ont pour un psychiatre d'autre valeur que celle d'un emballage philosophique et décoratif. Mais la question des limites coupe court à cette imprudente sagesse. Car c'est elle qui détermine – comme l'a montré Gisela Pankow – la ligne de partage entre névrose et psychose et, corrélativement, entre deux conduites thérapeutiques absolument différentes.

Le schizophrène n'a pas de limites. Il est « eingeschränkt », dé-limité, dans son corps propre d'abord : son image du corps, c'est-à-dire son schème dynamique corporel n'est pas un tout reconnu dans

son unité. Dans son histoire ensuite : il vit comme partie du corps de sa mère et n'a pas d'existence à soi.

Son image du corps et, corrélativement, son image du monde sont dissociées. Elles sont constituées de fragments disjoints qui ne communiquent pas entre eux dans et par l'unité du tout. Il n'expérimente plus, comme dit Binswanger, que des « lambeaux de monde » ; il ne s'appuie plus en lui-même, comme dit Gisela Pankow, que sur des « débris ». Entre ces fragments il n'y a pas de « entre » mais des lacunes ou failles. Voilà la « schize » entre soi et soi. Le schizophrène peut bien apercevoir l'abîme de la faille au bord de laquelle il se tient mais il n'existe pas pour lui d'autre bord.

De la restauration des limites G. Pankow a fait l'objet de sa psychothérapie des psychoses. Elle tente des « greffes de transfert » en faisant exécuter à ses patients des modelages qui constituent un nouveau type de « phantasmes » dans lesquels le malade met en vue ce que lui-même ignore : la mutilation de son image du corps et de son image du monde. La question des limites est indissociable de celle de leur intégrité. L'existence de limites conditionne partout cette union des opposés, des disparates que Ludwig Binswanger appelle koinônia. Il la place sous le signe d'Héraclite et de sa distinction entre le koinos kosmos et l'idios kosmos (le monde commun et le monde privé). À celui qui renverrait cette distinction aux calendes grecques de la philosophie, le malade de Kuhn a déjà répondu.

Il ne cesse en effet de ressentir et de redire l'impossibilité où il est de « joindre le national et l'international », « le privé et le public », son monde propre et le monde de tous les autres, de sorte qu'il est exclu des deux. Notre espace propre en effet ne communique avec lui-même que par le relais de l'espace étranger – comme le ici par le relais du là. Réciproquement l'espace étranger ne communique avec lui-même et ne peut être reconnu comme tel que par le relais de notre espace propre, comme le là par le relais de notre ici. Ce qui manque à Weber c'est un espace de jeu dont la limite oscillante entre dehors et dedans ne soit ni rigide ni lâche (Roland Kuhn l'établit à propos de l'anorexie mentale). Dans sa vie quotidienne le propre et l'étranger fusionnent par contamination, ce qui interdit toute possibilité de communiquer, faute d'une limite à traverser simultanément dans les deux sens, pour se porter en avant de soi et s'ouvrir à l'accueil. Cette double tension inhibée est celle-là même qui oppose et lie le quotidien du malade et le monde de son délire. Roland Kuhn relève que l'état réel de Weber dans sa vie de tous les jours transparait dans l'état idéal qui s'exprime dans son délire. Les deux se soldent par le même échec. À l'absence de limites vécue au quotidien, le délire de Weber oppose une hyper-délimitation qui rend impossible, elle aussi, toute communication. Son délire prend forme dans des paroles, des lettres et des dessins. L'un de ces derniers présente le plan d'une ville qui est une sorte d'univers-île, autarcique, sans dehors, contenue à l'intérieur d'une frontière unilatérale. Une procession semestrielle parcourt le péribole de la ville pour en assurer rituellement et périodiquement la fermeture dans le temps et dans l'espace. Au dehors il n'y a que le no man's land, c'est-à-dire rien. Des Doctorgradus habitant les remparts de la ville sont les seuls qui aient vue sur l'inhabitable. Ils écrivent des livres dont on ne sait ni ce qu'ils disent, ni ce dont ils parlent.

L'intérieur de la ville, ses voies de « communication » sont si précisément délimitées qu'aucune ne communique avec une autre. Outre les rues et les places, la ville comprend des édifices ou bâtiments publics ou gouvernementaux, universitaires, scientifiques ou commerciaux. Tous sont destinés à une sorte d'exposition universelle de la culture humaine figurant sous les titres les plus divers : biologie, état, universel, université, machines, produits manufacturés. S'agit-il dans cette exposition de « modèles » de choses ou de noms ? Abstrait ou concret, la distinction n'a pas de sens. Noms et choses rentrent, pour ainsi dire, les uns dans les autres : ils sont, à titre égal, des objectités, réduites au commun dénominateur de la Vorhandenheit. En fait les bâtiments et la ville elle-même sont eux-mêmes l'objet d'une exposition absolue dans un espace sans lieu.

Toutes ces objectités, noms-titres et objets-modèles, dérivent les unes des autres par énumération sérielle et division dichotomique. Quel est le principe d'ordre qui préside à la conception de cette ville ? C'est l'esthétique qui apporte la meilleure réponse. Tout nous ramène ici à la distinction faite par Paul Klee entre unité organique et unité structurelle. Elles se fondent respectivement sur ce

qu'il appelle l'individuel et le dividual, le premier renvoyant à l'irréductibilité de l'Un, le second à la réductibilité indéfinie de la dyade.

À quoi renvoie la constitution de la ville de Weber ? À ce que Bleuler a nommé Surconcept (« Oberbegriff »). Le surconcept qui structure toutes les associations de Weber c'est le concept d'Universel thématisé en objet. Il est un succédané du projet. Weber, comme sa ville, est suspendu dans le vide où comme dit Kuhn d'une phrase extraite de Heidegger : « Das All des Vorhandenen wird Thema ».

Cette dernière étude daseinsanalytique de Kuhn nous incite à une relecture de la première. Celle-ci, dans sa description de l'être-au-monde de Georges, suit un ordre imposé par une sorte de propédeutique à l'étude des dimensions du monde et du temps. Mais sous cet ordre apparent un autre apparaît. Comme l'être-au-monde de Weber, l'être-au-monde de Georges consiste dans une tension non résolue entre deux mondes. Elle se fait jour dans une sorte de mythe personnel que Kuhn a reconstitué à partir de nombreuses expressions du malade que celui-ci, la fois d'après, avait oubliées. Ce mythe, qui a pris forme sous l'influence de la lecture de la bataille d'Hermann de Kleist, développe en quelques images l'antithèse de deux mondes opposés : le monde des Germains et le monde des Romains. L'un est le monde idéal auquel Georges aspire mais qui est un monde à jamais perdu. L'autre est le monde réel dans lequel il vit mais qu'il refuse. Le premier, celui de l'antique forêt germanique, est un monde naturel, celui de la primitive liberté où personne ne vient jamais respirer l'air de l'autre mais où chacun existe par soi. Le second est un monde artificiel, celui de la rivalité et de l'exploitation de l'homme par l'homme où chacun, aliéné de son droit, l'est du même coup de son être. Le monde des Romains est celui de la rue où tous cherchent à rattraper ou à dépasser les autres dans une course à l'avenir, que symbolise la perspective de la rue, entre deux murs, à l'infini du vide.

« Le présent, dit Georges, c'est le travail quotidien et le contact quotidien avec les autres ». Voilà précisément ce qu'il rejette : la cohésion qui maintient les choses par « collage » et cette autre sorte de collage qu'est la société des hommes. Ce sont deux formes d'agglutination auxquelles il n'est pas d'autre moyen de se soustraire que de tout ramener à l'état zéro – y compris soi-même. D'où sa prédilection pour les lieux vides : les passages entre deux portes où les autres passent sans s'arrêter. Il leur envoie des « Spott », en français vulgaire des « piques », auxquelles ils répondent par une réplique qu'il faut aussitôt retourner. Dans ce jeu de passe il n'est qu'une règle : surtout ne pas garder le ballon. De même en amour, qui est une « balle de plaisir ». Ce besoin de se libérer au plus vite est un signe de tension. Le présent de Georges est une tension entre passé et avenir – entre d'où l'on vient et où l'on va.

Il en est là partout. C'est là qu'il en est arrivé. Quand ? « En être arrivé à », c'est « être arrivé sans être jamais parti ». Cette formule définit au plus près sa situation. Fils d'une prostituée, il est la descendance de « nombreux pères ». « Il a été attrapé au vol, dans l'air », fait de rien. Comme ses pères qui venaient du dehors, note Roland Kuhn, Georges est un homme de la rue. Son destin, comme celui de tous, est « au bout de la rue ». Mais contre la mort commune il se fait invulnérable en se ramenant lui-même à l'état zéro.

Parce que Roland Kuhn laisse être le sens manifeste des expressions de Georges sans les interpréter, elles s'apparentent d'elles-mêmes, comme des images affines exprimant, de loin en loin, le même propos – qu'il s'agisse du commencement ou de la fin. Enfant, Georges jouait avec du sable. Il n'en faisait pas des tas. Au contraire, il pelletait le sable d'un tas pour le disperser sur d'autres. Le sable lui est devenu un symbole, par investissement en lui de son être. Commentant un de ses dessins où figure une main de squelette, il évoque, d'après Kleist, l'histoire d'un enfant qui voulait attraper le reflet de la lune dans un étang. Alors, dit Georges, l'eau se troubla et (ce qui n'est point dans Kleist) « sa main devint morte, devint de sable ». Aujourd'hui, quand il est en compagnie d'autres hommes, il le « pellètent ». « Avec moi, dit-il, on fait tout ce qu'on veut ». Il « s'aplatit ». De sable il devient poussière que les passants foulent aux pieds. Vient un coup de vent ; la poussière s'envole et, dans l'air où autrefois il fut pris, elle disparaît... avec lui.

L'identité de l'origine et de l'issue qui seule peut mettre fin à la tension présente se réalise dans un extraordinaire délire. Georges se prit à aimer une jeune fille, Elfriede, au moment où elle lui apparut sous les espèces, entrevues par lui dans la clarté brumeuse d'une fin d'après-midi, d'un squelette

substitué à son apparence charnelle. Il l'appelait sous cet aspect Iphigénie. Elfriede et Iphigénie se disputent, dans la perception et dans les sentiments de Georges, l'existence de la jeune fille. Plus celle-ci se trouve mêlée aux autres, plus le spectre d'Iphigénie le cède à l'apparence charnelle d'Elfriede. Moins elle a de contacts, moins elle est intégrée à la vie sociale, plus grandit la présence en elle d'Iphigénie. L'amour réel de Georges est en raison inverse de la terrestrité de la jeune fille. Pourquoi, demande Kuhn, le délire de Georges ne donne-t-il pas naissance à l'image lumineuse d'un ange céleste mais à la forme souterraine d'un squelette voilé ? Parce que le squelette n'est pas seulement une fin mais un commencement (« Prophétise sur ces os et qu'ils deviennent des hommes » Ezéchiel 37, 9-10). Il est l'image de l'origine et de l'issue dans le rien. Dans la description phénoménologique et l'analyse existentielle de Kuhn, les expressions et les conduites de Georges tournent toutes autour du vide ou du rien, qui le libèrent de la compacité agglutinante et débordante du monde quotidien.

C'est en quoi l'existence de Georges révèle tout le sens de la question du délire schizophrénique primaire que Hans Kunz a posée et à laquelle il a répondu. « La puissance et la profondeur de l'événement que représente le délire primaire n'a pas de rapport adéquat, même lointain, avec sa version verbale ». L'événement constitutif d'une psychose schizophrénique, c'est-à-dire de la métamorphose même de l'existence n'a pas d'expression adéquate, parce que cette tragédie de l'existence n'a pas de signe et que l'absence de signe est précisément ce qui la signifie. C'est très exactement ce que dit Hölderlin de la tragédie des Grecs.

« C'est à partir du paradoxe que le sens des tragédies se fait le mieux comprendre. Tout ce qui est originel en réalité n'apparaît pas dans sa force originelle. Il n'apparaît proprement que dans sa faiblesse, en tant que son signe est posé comme insignifiant, sans effet, mais l'originel surgit directement. Le fond caché de toute nature n'apparaît que dans son don le plus faible et c'est quand le signe est égal à zéro qu'il apparaît dans son don le plus fort ».

Il n'y a pas de signe de ce qui surgit de rien. Ce qui vaut pour la tragédie de l'existence vaut pour l'existence même. C'est en quoi la métamorphose schizophrénique la révèle. Ce qui surgit de rien n'a d'autre signe que rien.

Pourquoi Roland Kuhn a-t-il cessé après 1953 de publier des études daseinsanalytiques ? Serait-ce qu'après l'invention du Tofranil et ses recherches sur l'action des antidépresseurs il ait sacrifié l'analyse existentielle à la psycho-pharmacologie ? Je suis en quelque sorte le témoin du contraire : l'analyse existentielle et la phénoménologie ont toujours constitué en effet le fond des entretiens que nous avons eu régulièrement, tous les ans, Kuhn et moi, depuis 1960.

La réponse est-elle – comme il me l'a dit, il y a peu – qu'étant données les conditions mêmes de l'expérience clinique, il ne lui était pas possible d'aller plus avant dans l'explicitation de l'histoire intérieure des malades en cours de traitement – comme l'eût exigé le projet méthodologique formulé par Binswanger dans *Le Cas Ellen West*. Ludwig Binswanger, après avoir cité la phrase de Hegel sur l'individualité de son monde, continue ainsi : « Au lieu d'une figure historique bâtie sur des impressions et des jugements se présente ici celle d'un être-là (Daseinsgestalt) explicitée et analysée phénoménologiquement. Mais étant donné que cette figure ne demeure pas la même toute sa vie durant mais qu'elle passe par des changements, la Daseinsanalyse ne peut pas procéder de façon purement systématique mais elle est forcée de s'en tenir rigoureusement aux données de l'histoire intérieure de la vie ».

Le clinicien avait-il, alors, les moyens d'un tel programme ? Ce qui faisait souvent défaut à la disposition du psychiatre c'était la possibilité d'observer ces changements dont parle Binswanger, qui constituaient l'histoire intérieure de l'être-malade au cours du traitement de la maladie.

L'étude publiée par Kuhn en 1948 de « La tentative de meurtre d'un fétichiste et sodomiste dépressif sur une prostituée » est bien une analyse de son histoire. Kuhn a réussi à mettre à nu comme caractéristique essentielle et dimension constitutive de cette existence la tension (Spannung). « Vivre dans la tension fait le fond du projet de monde de Rudolf. Le monde n'est pour lui que ce qui se manifeste à lui sous la forme d'une tension et le met sous tension. Où il n'y a pas de tension, pour lui il n'y a pas de monde, il n'y a rien... que vide, froid, insensibilité et ennui ». Ici Kuhn dégage une dimension esthétique de l'existence dont Emil Staiger, dans ses *Principes fondamentaux*

de la poétique, a fait le principe du tragique et de l'art dramatique. La tension structure le monde réel de l'action dans lequel Rudolf vit – et non moins le monde imaginaire de ses rêves et de ses fantasmes de violence et de mort. Par elle nous comprenons l'irruption tragique de l'un dans l'autre dans le deuil et dans le meurtre.

Cela étant compris, il n'y a plus rien à apprendre de l'histoire intérieure du malade, après l'acte, au cours du traitement psychiatrique. Sans doute le médecin observe-t-il une succession de phases dépressives et de phases maniaques, suivie d'une amélioration finale. Mais cela revient simplement – pour reprendre les termes de Roland Kuhn dans un article récent – « à constater un mieux ou une régression sans que l'observation non préconçue de toute la situation ait pu nous apprendre pourquoi il en était ainsi ». C'est que l'évolution dans un sens ou dans l'autre est trop lente ou, au contraire, trop brusque pour permettre l'observation de transformations signifiantes, ayant valeur d'événements existentiels.

Or, aujourd'hui, l'usage des neuroleptiques, des antidépresseurs et des anti-épileptiques a modifié les conditions de l'observation. Kuhn cite l'exemple d'une femme mélancolique en proie à des impulsions suicidaires et à l'idée délirante d'avoir dilapidé l'héritage de ses enfants et causé leur ruine totale. Après la mise au point d'un traitement antidépresseur, elle se transforme, pour ainsi dire, à vue, en passant par divers modes et tonalités d'expression et d'existence qui vont dans le sens de la guérison. « Le traitement pharmacologique met en route un processus qui, vraisemblablement, serait entré spontanément en action au bout de quelque temps mais d'une manière essentiellement plus lente et à condition de protéger la malade contre un suicide toujours menaçant et à condition qu'à un âge plus avancé une chronicisation ne se produise pas ». Le processus de guérison éclaire la pathogenèse. Mais ce qui est ainsi mis en vue échappe aux façons du regard du psychopathologue.

« La psychopathologie est tenue de mettre en évidence les structures psychiques qui sont sensibles à une médication psycho-pharmacologique ». Mais voici comment elle décrit, en prétendant l'expliquer, le processus de guérison observé chez la malade mélancolique : « l'inhibition psychomotrice » aurait reculé, le « trouble dépressif de l'humeur » se serait amendé de telle sorte qu'ont disparu les idées délirantes, les impulsions suicidaires et l'angoisse. Mais cela n'exprime pratiquement rien, dit Kuhn, de ce qui se passait véritablement dans le fait de « tomber malade », dans la pathogenèse et dans le processus de guérison, dans le cours desquels la malade avait affaire avec elle-même dans son monde propre et dans son monde ambiant (Umwelt). « Avant tout le psychopathologue ne peut jamais se rendre compréhensible comment ladite "inhibition psychomotrice" et le dit "trouble dépressif de l'humeur" ont fait surgir ce phénomène particulier, cet état d'âme propre à la malade, qui consiste à se trouver dans une situation catastrophique de ruine totale, alors que l'argent est objectivement là, à son entière disposition ». Il est aussi difficile de comprendre « comment dans le processus de guérison ne cesse de s'allonger l'intervalle de temps qui sépare le moment présent de la catastrophe attendue. C'est comme si, dans le temps en train de se libérer, pouvait à nouveau entrer en jeu une activité pour laquelle s'élargit alors un espace de liberté ouvrant un champ libre à l'action ».

En face du délire le psychopathologue se heurte à la barrière que Hans Kunz a dite. « Se heurter à cette barrière, dit Kuhn, oblige le psychiatre à sortir de la psychopathologie », ce qui signifie l'abandon des structures communes au profit des structures individuelles. Entendons bien que ces structures qu'il nomme communes sont des structures objectives – par opposition aux structures existentielles qui sont celles de l'existence de quelqu'un. Les limites de la psychopathologie sont celles, en effet, de toutes les sciences et méthodes objectivantes. Elle ne peut expérimenter, comprendre et interpréter que des phénomènes, des expressions et des organisations qui ont la structure de l'intentionnalité. Wolfgang Blankenburg le rappelait en 1967 dans La vision du délire à la lumière de l'anthropologie et de la Daseinsanalyse : « L'intérêt particulier de la recherche sur le délire est d'attirer l'attention en premier lieu sur un rapport au monde pré-intentionnel, ce à quoi vise l'emploi du terme Dasein au sens d'être-au-monde ».

Ce rapport pré-intentionnel, qui n'est pas une visée, consiste dans l'articulation même du « ressentir ». Celui-ci n'est pas une réaction secondaire à l'égard d'un objet émouvant ou pathétique ; il est l'épreuve originaire d'une communication moi-monde antérieure à toute distinction de sujet

et d'objet. C'est à ce niveau que la dépression et la paroxysmalité livrent leur sens. Quand Roland Kuhn déclare au sujet de la malade mélancolique : « nous nous sommes interrogés sur les conditions de l'action et nous avons été conduits aux problèmes d'espace et de temps », il ravive la parole d'Erwin Straus : « nous avons une psychologie de l'action, nous avons une physiologie du mouvement, mais nous n'avons pas encore de psychologie du mouvement ». La distinction des deux dernières recouvre celle du corps-objet et du corps propre.

La première des conditions de l'action est la mobilisation du corps propre. Pour agir, pour commencer d'agir, il faut disposer d'un espace de jeu qui est toujours lié à une temporalité ouverte. Cette qualité de temps est d'ordre aspectuel. De plus en plus Roland Kuhn a pris en compte cette dimension du verbe qu'est l'aspect – pour préciser les dimensions du temps. Le dépressif mélancolique, par exemple, n'est pas bloqué sur soi et sur un certain état du monde parce qu'il n'a pas d'avenir devant lui, mais parce que son présent n'implique aucune capacité incidentielle. Son être-au-monde défaille faute d'un espace potentiel et d'une tension de durée qui soient en résonance avec la mise en mouvement d'un monde se mondifiant.

Ces structures tensives d'espace et de temps qui déterminent les auto-mouvements du corps propre s'y exprime à deux niveaux. À même le sentir d'abord. L'articulation réciproque, immanente à chacun d'eux, du se mouvoir et du sentir, non pas l'influence de l'un sur l'autre, mais leur liaison originaire comme moments conjugués de l'être-au-monde, a été établie par les expériences de Goldstein et de Rosenthal sur la perception des couleurs par les cérébelleux¹. Au niveau esthétique, Erwin Straus, dans *Les Formes du spatial* a mis à découvert la même articulation réciproque – mais cette fois rythmique – de la musique et de la danse. La danse qui crée son espace propre en suscitant le champ de sa genèse rythmique a pour coordonnées vectorielles ou tensorielles les structures de l'espace musical.

Les auto-mouvements en lesquels s'actualisent et se manifestent la motricité orientée ou expressive du corps propre émanent d'un fond de tensions motrices, à travers les perpétuelles variations desquelles s'entretient le tenseur binaire de l'être-au-monde. Nous le découvrons dans le simple geste de prendre qui conjugue en lui les deux mouvements contraires d'aller vers la chose et de la ramener à soi. Si nous ne la ramenons pas ici nous la palpons et l'éprouvons là où elle est par des mouvements d'exploration, c'est-à-dire d'éloignement et d'approche qui l'approprient à nous... là-bas. La forme de notre monde, comme lieu de notre rencontre avec les choses et les autres, intègre la limite de notre égodiastole et de notre égosystole.

Ces deux tensions opposées sont agissantes dans les situations et les expressions paroxystiques sous la forme d'une retenue crispée des affects et sous celle d'une décharge explosive des affects accumulés. Or ces deux mouvements déterminent également le cycle de la plainte mélancolique qui commence avec l'infime détente d'un « Ah ! » et se termine par le repli et le blocage d'un « là » final. « Ainsi se font jour, écrit Kuhn, des relations internes entre les structures paroxystiques et les structures dépressives ».

Les structures qui sont sensibles aux traitements psychopharmacologiques, l'analyse existentielle les met en évidence comme formes de la présence au monde et à soi d'un être-là individuel. Toutes ont affaire avec le rythme.

Le rythme exclut la mesure et son contraire. Il ne tourne ni rond ni fou. Il n'est ni synthèse concentrationnaire ni dissipation récupérée. Il se conquiert à travers des failles et des déchirures où il est contraint à l'impossible et mis en demeure – selon l'expression de Weizsäcker – de s'anéantir ou de renaître soi. Un rythme est sa propre voie : dans le temps qu'il implique il se transforme chaque fois en... lui-même.

De la dépression vitale à la psychose schizophrénique ou mélancolique ou maniaque, l'arythmie est la marque du pathologique. Sans doute l'existence n'est pas une danse. Elle a à s'approprier à l'imprévisible, qui ne se lève à l'horizon d'aucun projet. L'événement dont la forme par excellence est la rencontre surgit du hors d'attente. À ce qui s'ouvre dans la rencontre l'existant n'a d'ouverture qu'à devenir autre. C'est là la dimension d'une existence éthique hors de laquelle il n'y a pas, au sens propre, de situation psychiatrique.

L'esthétique n'est pas étrangère à l'éthique. Car le monde et le soi sont en avènement dans l'événement de l'œuvre d'art – sous la forme de l'imprévisible et de l'irrépétable. Quand un malade

peint ou dessine ou quand, regardant une œuvre d'art, il se trouve en état de saisissement, son pouvoir-être, jusqu'alors entravé, d'aussi peu qu'on voudra se mobilise. Présent à l'espace de l'œuvre, il y a sa tenue en avant de lui-même. Mais se tient-il, du même coup, en lui-même plus avant ? Notre réponse à cette question dont les termes se compénètrent en filigrane est indécise. Et cette indécision traduit une équivoque qui est la même que la sienne. En tout cas, serait-il un instant livré à l'espace de l'être perdu et proche de l'état zéro, il renoue avec la possibilité, jusqu'ici bloquée, de devenir autre, fût-ce à n'être rien. Ce que fuient justement certains schizophrènes qui, avant de se mettre à peindre savent déjà ce qu'ils peindront. Mais à ceux qui, en présence d'une œuvre à faire ou d'une œuvre vue, ont été, comme dit Malevitch, « métamorphosés en zéro des formes », ce presque zéro offre un espace vide qui sert d'ouverture à un espace de jeu. Le problème est d'intégrer cette situation éphémère à l'histoire intérieure de cet existant, d'en faire un événement transformateur. Parce que l'étonnement, c'est-à-dire la sur-prise qui excède toute prise, est le moment décisif de l'apprentissage du monde et de soi, l'homme malade a besoin de rencontrer auprès du psychiatre à la fois accueil et résistance.

La résistance ou l'indifférence que les recherches de Roland Kuhn et la Daseinsanalyse en général ont rencontré le plus souvent dans les milieux psychiatriques tient moins à des parti-pris personnels qu'à l'état du monde. La pensée aujourd'hui dominante est celle de l'objectité. Elle est d'autant moins discutée qu'elle est inscrite dans la structure de nos langues de telle sorte qu'elle règle nos discours. Langues à mots (Wortsprachen) les langues européennes modernes sont des systèmes de significations qui, sur le mode intentionnel, se rapportent à des objets. Ce sont des langues hyperconstruites de sorte que la part du fait de langue dans l'acte de langage y est incomparablement plus grande que celle du fait de discours. Aussi la pensée objectivante immanente à la langue exerce-t-elle un véritable pouvoir gouvernemental sur la phrase, dont la fonction propre est pourtant de répondre de la condition du moment – à la condition du moment à raison de quoi justement un homme parle.

Or il arrive aujourd'hui que le sujet parlant se trouve lui-même inséré dans le système des significations de la langue et qu'il est devenu, en lui, justiciable d'un méta-langage.

« La conception de la méta-langue, écrit Johannes Lohmann, comme la conception qui est à sa base, celle de la langue-objet, signifie la mise hors circuit de la spontanéité du sujet. Il est exclu d'abord de l'acte de connaissance, ensuite de l'acte de réflexion sur la langue, l'intention dernière étant de réduire le sujet lui-même à une simple fonction de mesure et d'enregistrement de data objectifs ».

La parole du malade est mise en place dans un méta-langage qui détermine à l'avance les structures objectives auxquelles elle sera assignée – comme le marque l'emploi des tests à choix multiples. Le psychiatre n'est pas moins capté que le malade quand il est invité à identifier celui-ci à une image objective, obtenue par l'application d'une grille de symptômes à la manière du DSM.

Quand l'homme se fait objet, l'existence se modélise. Le règne du monde est devenu celui de l'objet universel dont Weber, le malade de Kuhn, faisait son sur-concept. Mais, dans sa construction délirante, il s'était au moins réservé un emplacement particulier désigné comme Existenzzentrum : centre d'existence. Ce centre d'existence qui exprime son désir d'une existence à lui propre, sonne en même temps comme ces « centres » qui se multiplient dans la société contemporaine : centres commerciaux, centres universitaires, centres culturels ou centres coordinateurs – sous le contrôle probable d'un ordinateur électronique capable de téléguider des robots accidentellement conscients – qui sont des hommes.

La question de l'homme dans la psychiatrie est bien une question éthique – celle qu'avait posée Kierkegaard : « car il s'agit de savoir enfin ce que veut dire être un homme ».

La folie et l'in vraisemblable¹

L'ouvrage de Freud qui a pour titre *Délire et rêves* dans la « *Grävia* » de Jensen contient la phrase suivante : « Comme les sources relatives à la vie psychique du poète nous sont inaccessibles, nous lui concédons le droit d'édifier un développement qui a la vérité de la vie sur une supposition invraisemblable. Ainsi fit, par exemple, Shakespeare dans *Le Roi Lear* ». Ici, Freud n'approfondit pas davantage les problèmes que *Le Roi Lear* pose aux psychologues et aux psychothérapeutes. Ainsi, par exemple, il ne s'interroge pas sur les limites qui séparent la vérité de la vie de l'in vraisemblable, ni sur les relations réciproques qui existent entre ces deux domaines. Et pourtant, ces problèmes sont manifestement en relation étroite avec la folie, le rêve et la santé mentale.

« Chez l'individu sain d'esprit, l'action et le monde réel prennent naissance, selon un mot de Husserl souvent cité par Binswanger, seulement avec la présomption qui se dessine constamment que l'expérience continuera à s'écouler dans le même style constitutif. » C'est pourquoi, alors qu'à propos de l'individu en bonne santé, nous pouvons prévoir avec quelque vraisemblance comment il se comportera, le fou, lui, pense et commet l'in vraisemblable. En cela, il s'accorde sur un point décisif avec le rêveur, comme l'indique du reste le titre de l'ouvrage de Freud. Dans la mesure où dans le rêve de l'individu en bonne santé l'in vraisemblable se produit, les expériences nocturnes de celui-ci peuvent conduire à proximité du délire. Dans le cas analysé par Freud, les images nées de rêveries diurnes prennent à partir du rêve valeur de réalité délirante. Tandis que les rêveries diurnes présentent comme quelque chose de passé ou de futur ce qui n'est pas présent et en font ainsi quelque chose d'irréel, le délire et le rêve, au contraire, présentent comme quelque chose de présent ce qui ne l'est pas et en font par là quelque chose de réel.

L'ouvrage de Freud donne un aperçu sur la genèse de ce rapport à la réalité. Dans la nouvelle de Jensen, un jeune archéologue, après avoir imaginé la destinée d'un personnage d'un relief antique qui marchait d'une façon particulière, essaya, dans un premier temps, d'imiter lui-même cette position du pied qui lui faisait si forte impression et, ensuite, il tenta de retrouver dans la rue, parmi les jeunes femmes vivantes, celle qui aurait la même démarche. Peu après, il rêva qu'il faisait une rencontre de ce genre à Pompéi au cours de la destruction de la ville par la pluie de cendres et là il assistait à la transformation de la jeune femme imaginée en une statue de marbre. Par la suite, il se met à croire de façon délirante à la réalité de cette image de son rêve. Puis il rencontre effectivement dans la ville en ruines près de Naples une jeune femme ayant la démarche qu'il recherchait. Dans le comportement qu'il a à son égard, il est déterminé par son délire, et c'est pourquoi elle est bien obligée de reconnaître qu'il est fou. Il s'avère qu'il s'agit d'une amie d'enfance. Il avait refoulé sa relation à elle. Elle le guérit pourtant de sa maladie.

La maladie mentale se manifeste dans le rapport à autrui et c'est pourquoi elle peut apparaître aussi bien dans la rue qu'en n'importe quel autre lieu public. C'est ce que nous voulons montrer maintenant à partir de quelques exemples.

Sur la route qui mène au poste frontière de Vintimille, quand on va en France, les voitures font une file d'attente sur deux kilomètres. Arrive une voiture qui, en klaxonnant sans arrêt et en empruntant la moitié gauche de la chaussée réservée à la circulation en sens inverse, roule à toute vitesse jusqu'au poste frontière. À ce moment-là, le conducteur descend, exige de parler au chef de poste et le traite de tous les noms en lui reprochant le désordre qui règne dans sa façon de contrôler la frontière. Les témoins de la scène sont unanimes dans leur jugement : qu'est-ce qui lui prend ? c'est invraisemblable, il est fou. On retrouve le même homme, peu de temps après, dans une petite ville proche de son domicile, à 10 h du soir, posté à un grand carrefour sous une pluie battante, vêtu seulement d'une chemise et d'un pantalon. À la question de savoir ce qu'il fait là, il répond qu'il a à régler la circulation, tout particulièrement réduite d'ailleurs, ce qui amène les passants à juger une fois de plus qu'il a l'esprit dérangé. Les troubles mentaux si évidents de cet

homme se manifestent à propos de la circulation routière d'abord en ce qu'il la perturbe, en exposant du même coup lui et les autres à un danger réel et, d'autre part, en se rendant ridicule par une lubie en elle-même innocente. Il prétend et croit sans doute qu'il a une fonction à exercer, fonction pour laquelle il n'est pas qualifié et qui, au total, n'a aucun sens.

Qu'est-ce qui se passe ici ? La circulation routière est soumise à des règles. Chaque usager de la route se conforme à ces règles, la plupart du temps sans même y penser. Chacun sait ce que feront les autres et se garde de faire ce dont les autres s'abstiennent. Normalement, l'usager de la route ne se contente pas de connaître les règles de la circulation mais il attend des autres usagers un comportement semblable au sien. Cela repose sur une relation particulière de réciprocité et un égard mutuel. C'est ce qui contribue à ma propre sécurité ainsi qu'à celle des autres et permet à chacun de parvenir à son but dans un temps que l'on peut calculer avec quelque vraisemblance et en prenant un minimum de risques. Que cela puisse réussir suppose un accord quant aux règles suivies par tous. C'est cela que les fonctionnaires chargés du contrôle et de la surveillance de la circulation doivent garantir. Leur rôle toutefois est différent de celui du simple usager. Au contraire, que ce soit à Vintimille ou au carrefour, notre patient se prend pour quelqu'un qui a un rôle à jouer pour le bon ordre de la route, mais non pas à la façon de l'individu sain d'esprit qui en tant qu'usager de la route s'y soumet, mais au contraire comme une personnalité, en quelque sorte supérieure, qui a été chargée d'une fonction de contrôle et qui se tient elle-même en dehors et au-dessus de cet ordre. Dès lors, il ne respecte même pas les frontières et se considère comme qualifié aussi bien en Italie qu'en Suisse. Il ne distingue pas les deux rôles, celui d'usager de la route et celui d'agent de la circulation et ne se plie pas aux règles qui déterminent l'exercice de ces deux rôles sur la route. C'est sur ces règles que se fonde la réussite de toute action et ce sont elles qui permettent de prévoir avec quelque vraisemblance comment les autres vont agir. Ces règles qui en vérité sont là sans être thématiques comme telles, nous les nommons en phénoménologie « appréhensions ». Entre le malade et l'homme sain d'esprit, ces appréhensions qui déterminent l'action ne sont plus en concordance. C'est pourquoi le malade commet des actes incompréhensibles pour le bien portant, des actes que celui-ci ne pouvait pas prévoir comme vraisemblables. Le comportement de notre malade n'est pas purement et simplement lié à la circulation routière. Ainsi, on a pu le voir depuis la route en train d'arroser son jardin avec un jet d'eau sous une pluie battante. Il se trouve manifestement dans un monde structuré autrement que le nôtre. Nous ne sommes pas pour lui ce qu'il est pour nous et il se voit lui-même autrement que nous nous voyons.

Nous ne structurons pas seulement notre monde commun et notre monde propre mais aussi le monde de nos perceptions en suivant là également des règles appréhensées, qui cependant n'ont pas été établies comme celles de la circulation routière par les hommes dans une intention particulière mais tiennent à la nature des choses. C'est pourquoi la réciprocité de l'accord à leur sujet est sans doute plus simple et plus facile. Toutefois un trouble des appréhensions qui décide de notre monde perçu a une action encore plus profonde sur la structure de notre vie psychique, de notre être. C'est par exemple le cas d'une jeune femme qui, dans son aliénation mentale, va sous la pluie marcher dans la forêt et pense que les arbres se sont mis à pleurer avec elle sur son grand malheur. De toute évidence, le phénomène naturel de la pluie signifie pour cette deuxième malade, aussi bien que pour le premier malade qui reste posté sur la route sous la pluie dans un équipement inadéquat, quelque chose de tout autre que ce qu'il signifie pour nous et un accord à ce sujet n'est plus possible avec eux. Là où les arbres pleurent, les oiseaux peuvent également parler et les voix surgir de l'ombre ou de quelque autre lieu et, à ce moment là, nous nous trouvons en plein dans le monde, non seulement délirant mais transformé par des hallucinations, qui est celui des grands malades mentaux.

Ce que l'individu sain rêve la nuit pendant son sommeil se produit pour le malade le jour, à l'état de veille et à titre de réalité certaine. Cela suppose que ce monde prend forme à partir de la perte de la relation au monde qui nous est commun avec d'autres humains. Encore faut-il dire que les règles ou structures qui tiennent à l'essence de la nature et des choses sont en liaison complexe et en intrication intime avec les règlements et les consignes établies par les hommes. Notre accord avec les autres hommes au sujet du monde commun, au sujet de nos relations avec autrui et à nous-

mêmes repose sur la concordance des règles apprésentées, règles que nous suivons dans notre conduite, que ce soit seulement pour nous exprimer ou pour poursuivre un but, que ce soit par la mimique ou par la parole, par le geste ou par une action dirigée. La dislocation des apprésentations, c'est-à-dire la perte de la concordance de nos apprésentations avec celles d'autrui, voilà ce qui nous empêche de parvenir à un accord sur le mode de la compréhension réciproque et nous donne l'impression de la maladie mentale chez quelqu'un. On peut se demander maintenant comment on en arrive à perdre la capacité de parvenir à un accord commun. Parmi les facteurs qui peuvent jouer un rôle et sur lesquels nous aurons à revenir, il faut en souligner un.

On a pu constater que des troubles du genre de ceux que nous venons de décrire se produisent éventuellement quand le cerveau est, de façon attestée, organiquement atteint. C'est par exemple le cas d'un conducteur de locomotive qui, après avoir conduit le rapide de Zurich à Berne, descend et urine devant tout le monde sur le quai de la gare. On le conduisit à la clinique psychiatrique. C'est là que le médecin découvrit une paralysie générale, c'est-à-dire une atteinte syphilitique du cerveau. Malgré l'application immédiate du traitement, la maladie évolua selon son redoutable cours habituel et le conduisit à la mort en quelques mois. Ce que, au début de sa grave maladie mentale, le conducteur de locomotive a fait en un lieu public qui ressemble à la rue, à savoir le quai d'une gare, se laisse également décrire comme une façon de ne pas tenir compte des apprésentations des règles de vie en commun.

La question se pose donc de savoir si de telles lésions organiques du cerveau ne seraient pas également à l'origine des deux cas de maladie mentale cités précédemment. On a cherché longtemps dans cette direction mais sans résultat. Le fait cependant que certains traitements appliqués au corps n'aient pas été sans succès pour des malades mentaux, et avant tout pour des mélancoliques, laisse ouverte la question de savoir si les maladies mentales, c'est-à-dire les schizophrénies, les dépressions simples et les psychoses maniaco-dépressives peuvent avoir une genèse organique.

Si au départ, nous nous tenions, pour ainsi dire, à un des pôles de la recherche psychiatrique moderne, celui de la description phénoménologique des maladies psychiques, grâce aux dernières connaissances de la recherche nous parvenons maintenant à l'autre pôle, celui de la recherche des fonctions corporelles, avant tout celles du cerveau grâce aux derniers perfectionnements techniques de la biochimie et de la biophysique. On dispose désormais de vues en profondeur sur le fonctionnement biochimique et électrique du système nerveux. On peut suivre aujourd'hui ce qui se passe dans le cerveau jusqu'au niveau de la molécule et de sa charge électrique. C'est ainsi que se dessine l'image d'un ordinateur extrêmement compliqué, formé de dix à quinze milliards de cellules nerveuses dont chacune est reliée, grâce à ses prolongements, par quelques dix à cent mille connexions à autant d'autres cellules nerveuses. L'essentiel de ce qui se passe au niveau de ces connexions, qui ne sont visibles que grâce à un grossissement de 100 000 fois au microscope électronique, est bien connu dans le détail. On sait en effet aujourd'hui où et comment y agissent les différents médicaments psychopharmacologiques. En un temps extrêmement court, à des millions et des milliards de points de jonction de cellules nerveuses, des branchements s'établissent et se défont. Ce sont là les processus biologiques sur lesquels reposent les fonctions psychiques. Ceux-là peuvent être troublés par des maladies psychiques même si l'image histologique au microscope n'en laisse rien paraître et les produits psychopharmacologiques peuvent, dans des circonstances favorables, réduire des troubles de ce genre. Même si nous n'en sommes aujourd'hui encore qu'au début de la connaissance de ces processus fonctionnels, nous pouvons dès à présent admettre à bon droit comme vraisemblable que les bases logiques moléculaires des maladies psychiques pourront être mises à jour dans un avenir proche et qu'ainsi on obtiendra de nouvelles perspectives pour un traitement approprié.

Nous avons brièvement indiqué les résultats de la recherche moderne à propos du fonctionnement du système nerveux central. Ils sont d'une actualité particulière ces quelques mots que le fondateur de la nouvelle psychiatrie clinique en Allemagne, W. Griesinger, écrivait il y a plus de cent ans sur le problème des rapports entre les phénomènes physiques et les expériences de l'âme : « Toutes les vibrations et les oscillations, tout ce qui est électrique et mécanique n'est pourtant pas encore un état d'âme, une représentation. Comment cela peut le devenir, cette énigme restera totalement

insoluble jusqu'à la fin des temps et je crois que si aujourd'hui un ange du ciel venait nous l'expliquer, notre entendement serait parfaitement incapable de le saisir ». Sans doute pénétrons-nous les processus chimiques, électriques, etc., mais malgré cela il n'y a pas d'ange qui soit venu du ciel et déjà notre entendement peut tout au plus établir que nous ne comprendrons même pas sa totalité ce que sans l'aide particulière d'un ange nous pouvons connaître grâce à nos recherches. Les vues grandioses dont nous disposons sur les ensembles neurophysiologiques et les effets psychopharmacologiques ne rendent pas compréhensibles le psychique car, avec le psychique, il s'agit de quelque chose de tout autre qui peut s'exprimer de façon brève et dense par une formule d'Erwin Straus disant : « C'est l'homme qui pense, non le cerveau » et Straus d'ajouter : « Les êtres vivants ont un rapport qui est d'un genre unique au monde et ne peuvent réaliser leur existence que dans un tel rapport ». Il importe maintenant de saisir de façon plus précise ce rapport d'un genre unique.

Si nous nous tournons à nouveau vers notre premier malade et vers son comportement à la frontière de Vintimille, il y a quelque chose à ajouter à ce qui a été déjà dit à ce sujet : c'est ce que les enfants qui étaient avec lui dans l'auto ont bien pu ressentir. D'une part, ce fut pour eux extrêmement pénible. D'autre part, se manifestait alors pour eux de façon évidente et brutale la maladie mentale de leur père qu'ils pressentaient et redoutaient depuis longtemps déjà. Par là le malade mental se montre sous un tout autre aspect, celui de la relation aux autres hommes et en même temps apparaît la relation des autres hommes au malade mental. Toutes deux sont des facteurs constitutifs de la maladie mentale du malade et de la santé de son partenaire dans la vie de tous les jours. Elles permettent de reconnaître l'homme malade et non pas un cerveau malade. Quand une maladie mentale se manifeste, c'est de problèmes humains qu'il s'agit et non d'un dysfonctionnement des cellules nerveuses et de sa démonstration technique. L'extrême effroi que ces enfants ont éprouvé, leur contrariété devant le comportement honteux de leur père, l'éveil de leur pitié, leur pressentiment né du souci que c'est quelque chose de très grave qui est en train de se produire, tout cela les enfants ont pu le décrire plus tard de façon impressionnante. Toutefois ce n'était plus l'épreuve immédiate d'une situation pénible. Ce n'était pas quelque chose de présent mais quelque chose de passé qui venait alors à la parole. Nous touchons là à un point essentiel pour toute psychiatrie, une limite à laquelle elle se heurte et qui lui dérobe quelque chose de l'évidence de l'épreuve immédiate, de l'expérience pathique qui lui apprend ce que cela veut dire précisément : que c'est un homme qui vit ce qui lui arrive et non un cerveau. C'est cette distance essentielle, « perfective » au sens de Straus², par rapport à l'événement qui laisse le regard et l'espace libres pour le déploiement du questionnement scientifique. Ainsi, des possibilités thérapeutiques de la science biologique telles qu'elles ont été décrites se réalisent. Mais en même temps, cela donne libre cours à une théorétisation matérialiste qui n'est ni nécessaire, ni adéquate et qui peut prendre la forme de la causalité psychophysique ou du parallélisme. L'expression verbale de sa folie par le malade lui-même ou de ce que d'autres rapportent au sujet de ce qu'ils éprouvent lors de la rencontre d'un malade mental n'est absolument pas identique aux expériences faites par le malade ou par ceux qui vivent avec lui et qui sont à l'origine de ces formulations verbales. Ces expériences sont bien plutôt, non seulement interprétées toujours à travers leur formulation verbale qui se produit après coup sous la forme du parfait, mais encore obscurcies dans leur essence. Celui qui réclame une psychiatrie humaine, qui parle de psychiatrie sociale ou croit qu'une antipsychiatrie serait à même de résoudre les problèmes qui se posent pressent quelque chose de cela. Cependant le problème se pose à un tout autre niveau que celui de la dénomination et des polémiques au sujet des interprétations et des conceptions. Ce qui doit s'effectuer ici pour avoir accès à l'élément psychique actuellement présent est un dépassement de l'exposé « perfectif ». Il y a des dizaines d'années que Hans Kunz s'est occupé de ce problème à propos du délire primaire des schizophrènes. Plus tard Erwin Straus, Ludwig Binswanger, ont conduit des recherches correspondantes pour éclairer les fondements des problèmes psychiatriques. On a fait la même chose pour la neurologie. Nous ne pouvons pas entrer ici dans le détail de tous ces sujets mais nous voudrions montrer de quoi il s'agit et faire un pas décisif grâce à un exemple.

Quand nous voyons notre premier malade, mal équipé sous les intempéries, occupé à une fonction non seulement inutile mais dépourvue de sens, nous pouvons alors nous souvenir du roi Lear que nous avons évoqué en commençant et que nous rencontrons, au cours du drame, pris sous un orage épouvantable, où le tumulte de la nature donne une idée du trouble effroyable de son esprit. Nous assistons ici comme spectateur et auditeur de théâtre à l'événement redoutable de l'entrée dans la maladie mentale. Les paroles qui retentissent sur la scène ne sont pas une description au parfait, faite après coup, d'un événement passé, mais elles accompagnent absolument ce qui se passe à l'instant et nous y font prendre part de façon immédiate. Nous participons au présent et nous faisons l'expérience de quelque chose de tout différent de ce que la psychologie ou la psychopathologie pratiquent. La folie de Lear éclate de la façon la plus violente quand il convoque à son tribunal le bouffon, Edgar, qui joue le malade mental, et le raisonnable Kent afin de condamner ses méchantes filles, qu'il voit en hallucinations, pour leurs actions infâmes. Sur scène, les partenaires accompagnent en paroles ce que le spectateur voit de Lear lui-même :

Edgar : Voyez comme il se tient là avec ce regard fixe.

Kent : Comment vous sentez-vous Sire ? Ne restez pas ainsi dans cet état de stupeur.

Edgar : Bénis soient tes saints esprits !

Kent : Oh ! par pitié !

Edgar (à part) : Mes larmes commencent à prendre son parti si fort qu'elles vont trahir ma feinte.

Tandis qu'Edgar continue à jouer le malade mental pour lui-même, le bouffon le joue avec Lear, et met ainsi en lumière ce qui arrive de terrible. Il s'excuse d'avoir pris pour un tabouret ce que Lear interpellait comme étant sa fille et après les derniers mots du roi dans cette scène qui sont pour dire qu'il veut prendre son repas du soir dans la matinée, le bouffon répond : « Et moi, j'irai me mettre au lit à midi ».

Nous voyons qu'à la place des phrases explicatives, nous trouvons des phrases exclamatives au sens de Gustave Guillaume. Dans sa tragédie, Shakespeare met également en scène le médecin. Cordélia lui décrit l'état de son père dont on lui a rapporté qu'on vient de le rencontrer. On l'a trouvé aussi fou que la mer tourmentée, chantant à voix haute, couronné de toutes les mauvaises herbes qui poussent parmi les blés nourriciers. L'élément perfectif narratif caractérise la scène. La distance se trouve maintenue. L'espace de jeu dans lequel on peut examiner ce qu'il faut faire reste ouvert.

« Il y a des moyens, madame » dit le médecin. Le malade a besoin de repos et le médecin recommande de simples fleurs efficaces dont la puissance fermerait les yeux même à la folie. Le médecin va continuer à remplir son office avec succès tant que la nature lui laisse encore, ainsi qu'à son art, à la fois du temps et de la puissance avant la mort inéluctable. Combien est autre la situation quand, ultérieurement, au cours de la tragédie Lear réapparaît lui-même dans son déguisement délirant et à nouveau bouleverse profondément le spectateur. Sur scène, une nouvelle fois des exclamations retentissent à propos du chef d'œuvre ruiné de la nature qui nous rappelle que ce vaste monde va s'effiloche jusqu'à s'anéantir. Ainsi, avec tout son art, le poète nous conduit sur des chemins difficiles qu'il ne nous est pas possible maintenant de suivre jusqu'au bout. Il ne nous accorde pas seulement une vue générale mais bien une expérience des deux modes de rencontre possibles avec le malade mental : le mode présent immédiat et le mode perfectif narratif. Ce que la maladie mentale signifie pour l'être homme, cela l'homme n'en fait l'expérience que par la rencontre immédiate d'un autre humain frappé par ce destin redoutable ou alors quand cela lui arrive à lui-même, s'il peut s'en rendre compte. Celui, toutefois, qui veut venir en aide au malade mental doit le rencontrer à une distance telle qu'elle permette de poser la question de l'origine de la maladie mentale et de rechercher les moyens de la guérir. Alors, la maladie mentale parvient à l'histoire, et devenant un phénomène historique, devient en même temps un phénomène médical. Les deux situations décrites dans ces termes se réalisent selon deux modes distincts de l'être homme. Sur le mode de la présence immédiate, l'homme est saisi et emporté de façon pathique par l'événement. Alors que dans la modification perfective narrative de la présence il donne forme à l'événement en le connaissant et en agissant. Pourtant, il n'y a pas, de passage de l'une à l'autre de

ces deux formes distinctes de la présence qui se fasse de manière continue. Leur échange est bien plutôt l'expression d'une discontinuité. C'est ce que Maldiney appelle « crise ». Dans la tragédie, le changement de scène peut annoncer que la situation se transforme du tout au tout. Dans la vie courante, l'homme sain d'esprit dispose de la liberté pour choisir à l'intérieur de certaines limites sa modification de présence, c'est-à-dire pour se déterminer lui-même. Le malade mental a perdu cette liberté. Le roi Lear en est un excellent exemple. Et en cela, il se distingue de ceux qui l'accompagnent, du fou professionnel, d'Edgar qui joue le malade mental, de Kent, qui, certes s'est déguisé, mais jouit de toute sa raison. Tous jouent un rôle mais qu'ils ont eux-mêmes choisi. Le malade mental est devenu, sur le mode pathique, la proie absolue de puissances étrangères et demeure complètement soumis à l'événement présent. D'où cette impatience que Kent reproche à son roi :

« Oh Sire, par pitié, où est donc cette patience dont vous aviez tant dit que vous la garderiez » quand Lear, dans une cabane, au milieu de la nuit, procède en hallucination au jugement de ses filles.

Si, en effet, il est toujours facile de distinguer clairement ces deux modes de la présence, s'il est possible au cours de la description phénoménologique de la vie de l'âme et de l'esprit humain de saisir nettement ce qui les distingue, cette distinction se produit rarement de manière spontanée dans la vie de tous les jours. Les explications en termes de cause et d'effet, de proximité, de chaleur du sentiment, de distance et de froideur de la raison, et selon les autres concepts d'interprétation que nous avons l'habitude de donner de notre vie quotidienne, ont tendance à tout confondre l'un dans l'autre. Ainsi, on cherche toujours la cause du psychique du côté du biologique et on pense ainsi pouvoir s'y retrouver, ou alors ce sont les véhicules psychiques inversement, qui sont pris pour la cause des processus temporels. Par là, la pensée alogique provenant de la présence immédiate fait irruption dans la logique relevant du perfectif-narratif. Maldiney s'explique avec ces questions en se référant aux analyses linguistiques de Gustave Guillaume. Celui-ci montre comment les structures légales, c'est-à-dire établies, structures sémantiques et grammaticales, relèvent de la partie logique de la langue tandis que la langue comporte toujours des structures alégales de style qui expriment l'individuel. Ainsi, il apparaît évident que Lear a sombré dans la folie en raison de la chute infâme de ses filles, comme Albany, l'un de ses gendres, le reproche à sa femme. Mais c'est là de la pensée perfective, de l'interprétation après coup, dont il y a lieu de se demander dans quelle mesure elle est exacte. La folie ne se trouve-t-elle pas déjà à l'origine du partage du royaume entre ses filles et de la répudiation de Cordélia ? La supposition invraisemblable dont parle Freud est déjà l'expression de la maladie mentale. Il s'agit, en réalité, pour le vieux roi, comme les plus récentes interprétations psychologiques et psychopathologiques l'admettent, de s'acheter l'amour de ses filles, ce que nul ne peut, alors qu'il croit et cherche à faire croire aux autres qu'il veut seulement avoir la paix et épargner des guerres à son royaume, choses qui toutes deux échouent à cause de sa conduite. C'est ainsi également que Kent interprète la conduite de Lear, en la liant à la menace de mort proférée contre lui, Kent, qui le prévenait :

« Va, tue ton médecin et verse son salaire au mal qui t'infecte ».

Le poète indique, en dehors de la question de l'âge, quels sont les moments constitutifs du caractère originel de Lear qui l'ont amené à la folie. Ainsi, Regan, l'une de ses filles, de juger :

« c'est l'infirmité de l'âge, mais s'est-il jamais connu lui-même ? »

ou bien le roi lui-même se dit être d'un caractère soupçonneux. Ce cercle de l'explication se clôt sur la question de Lear :

« Qui peut me dire qui je suis ? »

question qui appelle de la part du bouffon cette réponse :

Lear shadow
« l'ombre de Lear ».

Or, malgré tout cela, le phénomène de la maladie mentale nous a, en quelque sorte, échappé par mégarde. Il s'agit d'un événement qui ne se produit pas seulement dans le cas d'un malade mental mais qui caractérise aussi bien l'homme sain qui a la liberté de se mouvoir dans la logique et l'illégal et de vivre l'invraisemblable. L'essence même de la création repose précisément sur cette liberté que, comme l'écrit Freud, le génie s'accorde. Et pourtant la différence décisive entre, d'une part, l'homme sain et le génie, et d'autre part, le fou ainsi que du reste le rêveur, cette différence se trouve dans la liberté, liberté que le malade et le rêveur ont perdue.

Quand l'individu en bonne santé, fier et sûr de la santé de son entendement humain, doit se rendre compte que ce bien si hautement prisé peut se perdre, le besoin se fait sentir en lui de rechercher ce qui est responsable d'un événement aussi monstrueux. Il le fait sans doute avant tout pour se garder lui-même de cette possibilité de céder lui aussi au destin de la maladie mentale. Si ce qui est en cause dans la maladie mentale se trouve lié à l'essence de l'être humain, chacun alors peut être touché par ce destin. Il en irait autrement si on devait arriver à trouver la cause de cette monstruosité dans des circonstances possibles à éviter. Récemment, une problématique qui était sans doute en vue depuis assez longtemps s'est trouvée thématisée mais qui aujourd'hui se trouve tirée en tous sens dans la discussion publique. Ce qu'il y a d'imprévisible dans le comportement des malades mentaux a sans cesse amené à les placer dans des établissements fermés et dans des hôpitaux et à les priver ainsi de leur liberté extérieure. Il est tentant, pour le sens commun, de voir dans cette privation de liberté la cause du comportement des malades mentaux et d'accuser les médecins qui s'occupent de la psychiatrie clinique de provoquer la maladie mentale. Au nom de sentiments humains, on a réclamé la libération des malades mentaux. Ce que les antipsychiatres proclament aujourd'hui, les surréalistes l'ont dit et écrit il y a cinquante ans, en particulier en France, avec un peu moins de retentissement auprès du public. Ils ont ainsi gardé vivante une tradition que l'on peut faire remonter jusqu'à Pinel à l'époque de la Révolution. Nos remarques précédentes nous permettent maintenant de considérer ces problèmes de façon un peu plus précise. Il n'y a plus besoin d'une longue argumentation pour repousser les reproches ainsi formulés. La perte de liberté de choisir entre le mode de présence immédiate et la modification perfective de la présence n'est pas la suite de l'hospitalisation, mais cette dernière est la conséquence de l'altération des structures sociales qui résulte de cette perte.

Il est juste cependant de faire remarquer un risque pour la psychiatrie. Elle aussi peut souffrir d'une perte de liberté en tombant au mode de réflexion et de présence perfective et en perdant la capacité de se laisser interpeller sur le mode de présence immédiate par ce qu'il y a de monstrueux dans la folie. Rien ne sera changé si l'on recourt à une psychothérapie procédant également sur le mode perfectif narratif pas plus qu'en recourant à une antipsychiatrie partant en guerre contre la psychiatrie clinique. Aussi longtemps qu'elle persiste également de son côté dans l'attitude perfective, elle empêche ainsi de la même manière d'accéder à une rencontre authentique avec autrui, malade mental, et son effrayante manière d'être. Il doit y avoir d'autres voies pour empêcher aussi bien ses proches que les psychiatres d'exclure tout bonnement le malade mental de la communauté des hommes et des groupes sociaux. On peut organiser la clinique psychiatrique pour qu'il soit possible d'y réduire au minimum la privation de liberté extérieure et d'offrir au malade mental une forme de traitement qui lui laisse prendre part largement aux structures communautaires et sociales : ce qui est possible, même si c'est limité, à des degrés divers. Grâce aux nouveaux produits psychopharmacologiques, cette tâche se trouve pour une part grandement facilitée, mais pour une autre part rendue encore très difficile. Chaque psychiatre se trouve ainsi confronté à des tâches imposantes qui se posent d'une manière toujours nouvelle. En France, un travail de pionnier a été accompli avant tout par l'École de la Borde où travaille Jean Oury et qui apporte à travers ses publications une aide et un modèle à de nombreux collègues.

Les mythes, les cultes et les expériences d'ordre religieux présentent, à des degrés de civilisation aussi divers que ceux des primitifs ou des anciens Grecs, des interprétations du phénomène de la

maladie mentale, civilisations qui, à bien des égards, faisaient plus pour les malades mentaux mais, à d'autres, infiniment moins que notre siècle technique. C'est pourquoi il s'en faut de beaucoup que ce soit une occupation oiseuse de s'intéresser à ces formes de compréhension des maladies mentales. Même si nous ne pouvons pas les reprendre simplement à notre compte, la tentation de le faire existe chez le psychiatre d'aujourd'hui. Des transpositions de cette espèce, extrêmement problématiques, sont liées à des noms célèbres. Freud lui-même s'est engagé dans cette voie notamment de façon directe dans l'interprétation du Roi Lear sur laquelle il est revenu dans un autre texte : L'essai sur le motif du choix du portrait. Il met les trois sœurs en rapport avec la déesse du destin chez les anciens grecs et la plus jeune des sœurs, Cordélia, en particulier avec Atropos, déesse de la mort, que le vieux roi se refuse de choisir et que pourtant, en raison de son âge, il devrait choisir. Freud voit vraisemblablement là, bien qu'il ne le dise pas expressément, un développement qui a la vérité de la vie. De tels commentaires de textes littéraires ou psychopathologiques remontant à leur signification mythique et, par là, à l'invraisemblable, peuvent très bien être interprétés dans ce sens, encore qu'on puisse s'interroger sur leur portée quant à la connaissance scientifique et la pratique thérapeutique. Cela ne peut ni se prouver si se réfuter au sens des sciences exactes. Un génie comme Shakespeare parvient à donner une forme de l'effroyable de l'existence humaine tel qu'il se manifeste dans les situations particulières ou dans la maladie mentale, cet effroyable, qui, dans la vie quotidienne, passe pour ne pas être, pour ne pas devenir, et par là passe pour invraisemblable et demeure inaperçu. Pourtant, sous une telle forme, que ce soit dans un mythe traditionnel, dans une création artistique ou dans des événements extraordinaires comme l'amour et la haine, l'intrigue et le destin tragique, la naissance et la mort, l'invraisemblable devient vrai. Sur une toute autre voie, Henri Maldiney découvre également des relations entre les figures de la mythologie grecque et celles de la psychiatrie contemporaine. Et il peut dire, après un débat radical, fondé scientifiquement : « la figure de Dionysos est donc à première vue celle de l'existence maniaco-dépressive ». Même si ce n'est là qu'un aspect du dieu, le culte d'un tel dieu est cependant à même d'accueillir dans une structure sociale de la communauté humaine ceux sur qui nous portons aujourd'hui le diagnostic de la psychose maniaco-dépressive. Ce que, chez les Grecs, le mythe et le culte des dieux pouvaient accomplir, c'est ce dont le médecin aujourd'hui au siècle de la technique, cherche à s'acquitter. Ce qui autrefois était possession par un dieu est aujourd'hui maladie et elle se trouve encore une fois interprétée par Shakespeare dans Le Roi Lear : « Peut-être n'est-il pas bien. La maladie nous dispense des devoirs auxquels la santé astreint. Nous ne sommes pas nous-mêmes quand la nature accablée contraint l'âme à souffrir avec le corps ». Par là même, le rôle de la signification accordé au médecin se détermine également quand, chez Shakespeare, celui-ci intervient sans nom propre, comme docteur ou médecin. Cela a bien un sens. Le médecin a simplement un rôle. Il remplit une fonction. Il sait qu'il est fait usage de son savoir. Il ne prend aucune part aux grandes décisions dramatiques et reste à l'arrière-plan. Il demeure à l'écart des développements tragiques car comme Binswanger le dit très bien à propos du psychiatre : « il n'y a pas de compréhension de l'être psychiatre sans compréhension de la transcendance comme liberté pour fonder ». Mais par là, le médecin et le malade se trouvent à deux pôles carrément opposés. À partir de cette situation, le médecin a alors la possibilité d'intervenir à l'aide de médicaments, là où c'est opportun et nécessaire, là où, depuis sa position extérieure à l'événement dramatique que constitue toute irruption de la maladie mentale, il peut rétablir une relation au fond. Car pour le malade mental, cette relation est perdue ou alors il n'a jamais pu l'établir d'une manière suffisante. Ce n'est qu'à travers une parole qu'une relation au fond peut être cherchée, non seulement dans le cas du malade mental mais également pour l'individu sain d'esprit. À ce niveau, les méthodes authentiquement psychothérapeutiques rentrent dans leur droit vis-à-vis des malades. Par là, peuvent être thématiques également les problèmes considérés comme étant d'ordre social. Avec le rétablissement d'une relation au fond, aussi problématique et imparfaite qu'elle puisse demeurer, se manifeste où, quand et pourquoi le vrai peut s'édifier à partir de l'invraisemblable et comment l'invraisemblable peut ainsi devenir vrai conformément à la formule de Boileau : « Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable ». Mais à partir du fond apparaît aussi, d'une part, dans quelles circonstances l'invraisemblable est une indication de la maladie mentale et, d'autre part, dans quelles autres il relève de la vie quotidienne et dans lesquelles encore

il exprime l'œuvre d'un génie. La recherche du fond n'a pas seulement lieu d'être entreprise à l'égard du malade mental, mais de la phrase de Binswanger il découle que la même tâche doit être étendue à ce qui concerne le psychiatre et par là même la psychiatrie. Pour autant qu'ils le font, l'antipsychiatrie et ses représentants peuvent être utiles au malade mental et à son médecin, mais seulement s'ils disposent eux-mêmes de la liberté pour fonder. Or cela veut dire qu'ils doivent remettre en question leur propre attitude définie comme antipsychiatrique et chercher ce qui la fonde. Jacques Schotte est l'auteur d'un texte qui va dans cette direction quand il décèle la présence de tendances antipsychiatriques chez Freud, Binswanger et d'autres psychiatres de première importance, et les ramène à des structures qui tiennent elles-mêmes à l'essence de la psychiatrie. Mais une critique de la psychiatrie contemporaine servant à de telles revendications ne fait pour l'instant que commencer et se trouve encore bien plus loin d'atteindre son but que ne se l'imaginent et ne le proclament bien trop à la légère certains représentants de l'antipsychiatrie. Rien n'est peut-être plus à même de réaliser cette entreprise que la grande littérature comme Jean Starobinski l'a souvent fait apparaître. Il faut tout ce qu'il y a d'effroyable et de monstrueux dans un drame comme *Le Roi Lear*. Il faut toutes les explications qu'il comporte avec l'être ou mieux avec le destin de l'homme pour que Shakespeare puisse donner sa leçon contre la chute dans la mélancolie : « Quoi, à nouveau de noires pensées. Il faut pourtant que les hommes endurent leur départ comme leur venue ici bas. Le tout est d'être prêt. Allons-y ! »

Traduit de l'allemand
par Hélène Bonnet et Jean-Pierre Charcosset

Débat sous la présidence du Professeur Guyotat

Professeur Guyotat

Avant d'ouvrir ce débat, je voudrais simplement tout d'abord remercier les organisateurs de ce colloque qui m'ont fait le très grand honneur de me confier la présidence de ce débat. Je m'aperçois qu'intervenir et présider un débat de ce type est quelque chose d'extrêmement important pour moi dans la mesure où il s'agit de discuter de problèmes où se rejoignent constamment le discours médical et le discours philosophique. Je crois que ce que nous a apporté Roland Kuhn est justement une réflexion qui m'a paru extrêmement approfondie, extrêmement riche sur cet aspect notamment. Je ne veux pas personnellement intervenir sur certains points qui m'ont paru très passionnants de son exposé. Je le ferai si nécessaire en cours de débat et je vais, si vous le voulez, donner la parole à qui veut intervenir.

M. Maldiney

Je ne prends la parole que pour l'ouvrir à d'autres car le Dr Kuhn sait fort bien où nous en sommes réciproquement de nos vues souvent échangées. La plupart du temps elles sont convergentes. Je veux seulement souligner quelque chose qui m'apparaît tout à fait important : l'opposition qu'il a faite entre le présent et le parfait, qu'il a appelés en allemand *präsentisch* et *perfectiv* et ramenés à l'opposition de l'exclamatif et de l'explicatif. Il a posé le problème de la rencontre entre le bien portant et le malade. Je dis bien le bien portant, celui-ci pouvant être psychiatre, infirmier ou n'importe qui, sauf la plupart du temps un proche, car justement le proche est lui-même impliqué dans la dramatique du présent. C'est la question de la présentification retrouvée au cours d'une cure thérapeutique qui se trouve ici posée. Ce moment présent est évidemment, dans le cas de beaucoup de psychotiques, ce qu'il y a de plus difficile à saisir parce que la présence est souvent ici échec vis-à-vis de l'autre. Je pense qu'il faut inclure dans ce moment la rencontre comme absolument essentiel, le moment de la résistance et la psychanalyse de Freud comporte un moment correspondant : le moment du transfert. Est-ce que le but du transfert n'est pas, justement, la présentification, la résurgence de l'instant dramatique ? Il faut en tout cas que se rencontrent, dans la cure analytique, les deux dimensions de la parole, sa dimension dirigée vers le passé et sa dimension anticipative tournée vers l'avenir. Entre le passé et l'avenir, comme un point de jonction séparatif, se trouve précisément cette région du présent qui, avant les deux autres, mérite le nom d'extase du temps. Je pense que retrouver ce moment est la tâche et la question du thérapeute. Qu'est-ce qui peut l'y aider ? Je demande au Dr Kuhn : est-ce qu'il appelait, sur la base de l'analyse de la présence, la méthode des possibilités, qui consiste à demander à quelqu'un, non pas : « Qu'est-ce que vous avez fait ? » ou « Qu'est-ce que vous auriez dû faire ? » mais « Qu'est-ce qu'on aurait pu faire ? ».

Roland Kuhn

Si vous êtes d'accord, je prends tout de suite la parole pour répondre parce que je crois que je peux dire quelques mots qui pourraient économiser d'autres questions et qui nous permettront d'aller plus loin.

Le but de mon exposé était, au fond, d'opposer ces deux façons d'existence, qui, dans la vie journalière comme dans ce que fait le psychiatre sans réflexion, sont mêlées ensemble. Ce que je n'ai pas pu faire parce que cela aurait exigé un rapport d'au moins une heure, c'est éclaircir les relations qu'il y a entre ces deux formes d'existence, c'est essayer de répondre aux questions qui se posent : quand et comment ça se passe en réalité, dans la vie journalière, entre hommes sains d'esprit et malades mentaux et entre les malades mentaux eux-mêmes ; comment est-ce que ces deux modes d'existence s'actualisent, se transforment l'un dans l'autre ? Bien sûr, ce ne sont pas des modes d'existence qui s'isolent, qui se limitent continuellement l'un l'autre. Ils se mélangent continuellement dans la vie psychiatrique ordinaire. C'était une remarque qu'il fallait faire. Le transfert peut jouer le rôle que M. Maldiney vient de mettre en question. Il n'y a même vraiment

transfert que lorsque la présentification s'effectue. Mais bien des choses qui sont nommées transfert n'ont rien du tout à faire avec cette expérience.

Maintenant examinons ce que M. Maldiney vient de dire en troisième point. Quelles possibilités avons-nous, quelles méthodes pouvons-nous suivre pour arriver à actualiser dans un but thérapeutique cette présentification, la transformation du narratif, pour ne pas employer le mot perfectif qui est un néologisme, donc pour transformer l'attitude ou la forme d'existence narrative en présence immédiate et authentique ? Je suis tout à fait d'accord avec M. Maldiney que c'est au fond l'école des possibilités de Kierkegaard, la dure école des possibilités, qui a la capacité d'actualiser ainsi le narratif – et j'emploie personnellement cette méthode en psychothérapie pratique. C'est-à-dire : ne pas parler de ce qui a eu lieu, mais parler de ce qui aurait pu avoir lieu dans une certaine situation et faire ce que Husserl a appelé les variations eidétiques avec les situations : quelles possibilités une situation a-t-elle ? Je peux raconter une histoire en commençant par le commencement de l'histoire ou bien en commençant par la fin de l'histoire et la déduire dans le sens opposé. C'est un des problèmes, à mon avis central, de toute psychothérapie : dans quelle direction travaille-t-on ? dans quelle direction marche-t-on ? Surtout, on doit se rendre compte de ces changements de direction. C'est dans le narratif qu'il y a une possibilité de changer non pas les choses qui sont arrivées mais le sens qu'on leur donne. Et c'est cela le problème, au fond, le problème fondamental.

M. Guyotat

J'aurais bien posé une question à Roland Kuhn au sujet justement de ce problème qui vient d'être évoqué par M. Maldiney, mais dans un sens peut-être un petit peu différent. J'ai été frappé par l'accent que Roland Kuhn a mis et qu'on n'entend quand même beaucoup moins à l'heure actuelle sur la coupure entre l'expérience de la folie et l'expérience « normale ». J'ai beaucoup aimé, moi aussi, cette distinction entre le présent et le narratif. Mais cette coupure, vous reconnaissez que dans l'expérience que nous avons avec les psychotiques, nous sommes sans arrêt amenés à la combler avec, je crois, notre propre imaginaire et avec notre propre double. Lorsqu'on est en présence de quelqu'un qui fonctionne sur le mode d'une expérience tout à fait autre et tout à fait coupée de sa propre expérience, on n'a pas d'autre solution dans un premier temps, que de boucher le trou, si je puis dire, avec son propre double. J'ai beaucoup aimé, personnellement, ce que vous avez dit de l'action psychothérapeutique qui, en somme, ferait une sorte de reconstitution à partir de l'invraisemblable, ferait du vrai à partir de l'invraisemblable, qui montrerait alors très nettement chez les psychotiques, que l'on part toujours de quelque chose qui ne soit pas possible pour revenir à un état antérieur. Il sera toujours nécessaire de partir de l'invraisemblable, dans une certaine mesure de l'imaginaire, pour justement par le discours, structurer quelque chose qui est du narratif, qui semble être peut-être le passage à ce qui peut être conférentiel, je pense à un aspect conférentiel mais aussi à l'aspect du langage dans la psychothérapie.

Roland Kuhn

À ce sujet, je suis bien d'accord avec mon cher collègue, surtout sur un point : nous ne nous rendons, en général, pas compte combien nous comprenons peu de ce que les malades nous disent, parce que nous arrangeons tout ce qu'ils nous disent d'après les formes préfigurées que nous y apportons et ça commence par l'articulation de leurs paroles. C'est-à-dire que dans une clinique de malades mentaux, nous avons des douzaines, et peut-être des centaines de gens qui ont des troubles d'articulation que nous n'apercevons jamais, parce que nous corrigeons continuellement toutes les fautes qu'ils font en parlant, sans y penser. C'est une des raisons pour lesquelles il est tellement fatigant de parler à des malades mentaux : cela exige continuellement une correction : 1) de l'articulation de leurs paroles, 2) de la construction grammaticale de leurs phrases qui souvent est défectueuse, 3) les déficiences de sens, parce que nous prenons leurs mots dans notre sens et pas dans leur sens. Et énormément de malades ont un sens qui diffère souvent passablement du sens que les mots ont ; et comme ils emploient les mêmes mots nous supposons qu'ils lient avec ces mots le même sens que nous lions. Et ainsi, il se produit une complication inouïe de l'entendement, de la compréhension, avec le malade. Mais nous devons bien nous rendre compte que, au fond, c'est la même chose si nous parlons à des gens sains d'esprit. C'est cette

incompréhensibilité ordinaire absolument nécessaire à la compréhension. Au fond, on se comprend seulement à peu près. C'est tellement difficile de se comprendre vraiment à fond et un de ces problèmes, c'est justement aussi cette confusion entre le présent immédiat et le narratif et c'est là une des sources de tous ces malentendus qui ne sont pas reconnus comme des malentendus. Dans toute discussion, c'est ainsi. Tout le monde est toujours d'accord. Ou bien, si on n'est pas d'accord, alors on est ennemi, mais il n'y a pas autre chose. On dit : je suis parfaitement d'accord avec ce que vient de dire M. tel ou tel, seulement etc., et tout ça nage dans cette incompréhensibilité de tout le monde et tout le monde fait comme ça et tout le monde est d'accord. Et de temps à autre, alors, cette entente est rompue tout à coup, et rompue d'une façon inamicale. Tout à coup quelqu'un s'aperçoit qu'il y a quelque chose qui cloche, qui ne marche plus, et alors tout à coup on est ennemi. Alors tout est faux et tout est de travers et au fond, l'entendement, ce n'est ni l'un, ni l'autre, c'est justement ce que je viens d'exposer dans mon rapport, et ce qui me donne l'occasion d'y revenir maintenant, c'est justement la recherche du fond ou du fondement. Je peux maintenant discuter la différence, c'est la recherche de l'origine de ce que veut dire : entendre et des bases pour s'entendre. C'est beaucoup plus difficile de rechercher à s'entendre le plus possible.

M. Maldiney

M. Kuhn, je ne vous ai certainement pas parfaitement compris. Mais tel que je vous ai compris, je ne suis pas parfaitement d'accord. Je me suis demandé s'il ne faudrait pas souligner davantage que la présentation telle que vous l'avez développée parle aussi par ce qui a eu lieu. Vous avez fortement souligné la causalité de toutes les connexions neurophysiologiques. Mais ne faut-il pas dire aussi que le cerveau n'est pas seulement un système d'engrammes mais un livre d'histoire (individuelle). Ces connexions de représentations qui structurent pour chacun un certain champ acquis dépendent d'une histoire individuelle, dont certains moments nodaux ont la dimension du présent, de sorte que les possibilités qu'elles ménagent sont désormais par ce qui a eu lieu, par l'avoir-lieu d'une présence qui est toujours sa propre possibilité. L'in vraisemblable de la folie qui dément les possibilités communes habituelles se rapproche du rêve. Dans l'une il ne se produit pas n'importe quoi, mais un appel ou un rappel à soi de la présence. Ses possibilités sont ouvertes dans une histoire individuelle. De même dans la folie. Celui qui voit pleurer les autres, ressent une situation dans laquelle se présentent – comme dans l'art et la poésie (« sunt lacrimae rerum ») – des modes d'être, un monde invraisemblable traduisant en ontique un moment pathique réel.

On ne peut donc pas faire abstraction, même dans une perspective scientifique de toutes les connexions historiques d'une expérience qui déterminent ce qui a lieu présentement.

Ne faut-il donc pas relever la différence entre un dysfonctionnement purement négatif (comme dans la paralysie générale) et une conduite aberrante comme celle de celui qui règle la circulation à contre-temps ? Car celui-ci réalise en quelque manière quelque chose de lui-même qui aurait pu être et dont la racine est dans certains moments de sa présence antérieure qui ont été lui-même au moins latéralement. Une imagination jusque-là furtive et incertaine de ce qu'il aurait pu être se réalise tout à coup dans l'actualité, comme ferait un passé sous forme onirique.

Roland Kuhn

Je vous remercie mais je crois que je dois dire que je ne vous ai pas non plus tout à fait compris. J'y réponds maintenant. Peut-être, avec le temps, en échangeant plusieurs fois la parole, nous y arriverons quand même. Si vous dites : dans le rêve, ce qui arrive n'est pas n'importe quoi ; je suis d'accord mais je dois aussi dire que ce qui arrive dans la maladie mentale n'est pas non plus n'importe quoi, c'est la même chose. Je ne vois pas là de différence principale. Même pour la paralysie générale. Aussi pour la paralysie générale. La symptomatologie de la paralysie générale ne dépend pas uniquement de la localisation, de l'intensité du processus pathologique réel parce que aussi dans la paralysie générale il y a une psychopathologie qui, comme dans une psychose endogène, comme dans une névrose, comme chez l'homme normal, repose bien entendu sur une historicité. Il n'y a pas de doute, là je suis tout à fait d'accord, mais je ne vois pas en quoi ce serait en désaccord avec ce que j'ai dit dans la conférence. Seulement je ne me suis pas lancé dans cette perspective, c'était seulement des allusions en vue du Roi Lear. Sur la constitution par exemple,

naturellement, toute l'historicité était là. Je suis tout à fait d'accord. Maintenant ce qu'il faudrait encore dire, c'est ce qu'on entend par historicité. L'historicité peut être saisie de la façon suivante comme quelque chose qui a eu lieu. Mais comme je viens de le dire dans la discussion, ça n'empêche pas que ce passé qui a eu lieu peut changer de sens. On peut donner un autre sens à un événement qui a eu lieu. C'est quelque chose qui arrive continuellement dans la vie journalière, c'est quelque chose qui est arrivé mille fois dans l'histoire de l'Humanité. Je vais citer la Révolution Française : elle a bien changé de sens chez beaucoup de gens bien que ce qui a eu lieu n'ait pas changé. Eh bien, c'est ça au fond qui, en psychiatrie, en psychothérapie, est tellement important.

Un étudiant en philosophie

Je crains de rompre, un petit peu le rythme du débat, je m'en excuse, mais je veux toucher un point un petit peu différent, c'est l'antipsychiatrie. Si le mobile de l'action du psychiatre est réellement l'intérêt du malade, alors il me semble que son action doit se situer à deux niveaux : à un niveau tout d'abord proprement clinique, mais au-delà de ce niveau, un niveau plus proprement philosophique. Ainsi, je pense que toute antipsychiatrie nie la psychiatrie en tant qu'elle ne s'accompagne pas en même temps d'une action sur la société pour la changer. Si vous voulez, ce qui est remis en question, c'est le rôle du psychiatre au service d'une société déterminée. Qui est le plus malade, l'individu qui se rend assidûment à son travail chaque jour comme un automate ou celui qui craque et perd pied ?

Roland Kuhn

Je n'ai pas tout compris de votre distinction entre le rôle pratique clinique et le rôle théorique philosophique. Je suis d'accord qu'on peut faire cette distinction. Je crois que la psychiatrie aussi bien que l'antipsychiatrie ont le devoir de faire ce qu'en allemand on appelle *Besinnung* : un retour sur soi, c'est-à-dire chercher comment les attitudes propres sont fondées ou se fondent. On fera toujours encore des fautes sans doute mais il faut se donner la peine, il faut mettre de l'énergie pas seulement pour agir, mais aussi pour réfléchir sur ce qu'on a fait et je crois que c'est là un problème très important.

M. Oury

Je ne réponds pas tout de suite à la discussion sur l'antipsychiatrie mais je voulais raconter une histoire, une histoire de schizophrènes, une histoire de fous.

Récemment, dans une réunion à La Borde, dans un comité de rédaction d'un petit journal qui paraît chaque semaine, il y avait une discussion entre plusieurs schizophrènes et l'un d'eux dit :

– Je vais vous raconter une histoire.

Il dit à l'autre schizophrène :

– Il y avait un fou qui était au second étage. Il regarde par la fenêtre et voit en bas une piscine. Alors, il saute. Mais cette piscine, c'était une petite boîte de sardines et comme il avait plu, elle était pleine d'eau. Alors, en sautant, il s'est abîmé les coudes.

À quoi l'autre schizophrène répond :

– Tu te trompes, c'était du 1er étage que tu as sauté.

Et en effet, c'était une façon de relater un événement véritable qui s'était passé quelques mois plus tôt. Je raconte cette histoire de « fous », étant donné que c'est le titre donné par le schizophrène à cette histoire, pour introduire, là, la dimension qu'on pourrait appeler une dimension humoristique du discours même du schizophrène quand il s'adresse à d'autres. Cette dimension humoristique reprenant alors un fait vécu sous une forme narrative joue un certain rôle non pas disons de grande psychothérapie mais d'un certain équilibre, et donne une certaine réminiscence humoristique à quelque chose qui quand même avait été extrêmement tragique.

Roland Kuhn

Le problème de l'humour chez les schizophrènes est un problème immense. Un problème qui est beaucoup trop peu étudié et une des raisons pourquoi ce n'est pas étudié, à mon avis, réside en ceci : que beaucoup de choses, beaucoup d'expressions d'un schizophrène qui, en réalité, sont pensées

humoristiquement ou ironiquement sont prises par les psychiatres comme sérieuses. C'est-à-dire, c'est très méchant ce que je dis mais je dois quand même le dire, les psychiatres manquent d'humour. Mais je dois dire que tout autant les antipsychiatres. C'est la même chose. Tous les deux manquent d'humour pour la même raison, pour la raison à laquelle je fais allusion dans mon rapport, c'est-à-dire parce qu'ils sont en position d'existence narrative vis-à-vis de leur malade, car l'humour et l'ironie sont une forme de présentification authentique. Et ce n'est pas par hasard qu'un certain Monsieur Shakespeare n'a pas seulement écrit des tragédies mais qu'il a aussi écrit des comédies, des comédies qui, du reste, sont excellentes. Et ce n'est pas par hasard que dans les tragédies de Monsieur Shakespeare se trouve très souvent le bouffon qui peut jouer un rôle humoristique, qui fait de l'ironie, et qui introduit ainsi, même dans une tragédie comme Le Roi Lear, un certain aspect d'humour qu'on pourrait approfondir aussi, bien que j'en ai montré l'aspect tragique. C'est pour cela que je suis très reconnaissant à Monsieur Oury d'avoir parlé de ce problème mais je crois que là il y a encore un travail inouï à accomplir. Nous avons dans des publications classiques des récits d'idées délirantes avec tout un développement sur la folie et en réalité ce sont des explications, des narrations humoristiques, que le malade a mis dans le monde pour conduire le psychiatre sur des mauvais chemins. Et on connaît des récits de peuples primitifs qui sont des récits absolument absurdes et inouïs. Je connais cette histoire de nègre africain : une tribu sort avec une immense lance pour aller à la chasse au pou, et alors, avec cette immense lance, ils abattent le pou, ils vident ce pou et tout le monde s'habille avec la peau qu'il reçoit et puis ça continue dans ce style. Eh bien, on peut dire : ce n'est pas seulement invraisemblable mais entièrement fou. Et c'était pour s'amuser, tout simplement. Ce sont justement ces attitudes qui sont parfaitement normales et le schizophrène est souvent beaucoup plus normal que nous le croyons. En psychothérapie, au fond, un des meilleurs signes qu'une psychothérapie marche, et qu'elle marche bien, c'est si on peut rire ensemble ; et moi, je ne suis pas ami de la psychothérapie tragique. Il y a une année, on a proposé à la télévision suisse une introduction à la psychiatrie. Il y avait une leçon qui montrait une leçon de psychanalyse. Et bien, pendant une heure, il fallait voir un pauvre homme tourmenté qui jouait la comédie. C'était un acteur, mais c'était un acteur qui s'était informé de la façon dont ça se passait sur le divan. C'était horrible, et c'était ennuyeux à voir, toutes ces expressions de tourment qui ont été proposées, c'était épouvantable. Eh bien moi je n'appelle pas ça une psychothérapie.

M. Queren

Je n'ai pas très bien compris le parallèle que Monsieur Maldiney faisait entre d'une part le présent et l'imparfait et d'autre part l'exclamatif et l'explicatif. Cela me semble relever de deux dimensions différentes. Ma question consiste à demander en quoi peut-on voir là un parallèle, si vous l'avez fait vous-même, si vous l'avez pensé vous-même et comment.

Roland Kuhn

Il faut toujours distinguer (en phénoménologie, la distinction est la base de tout) entre un parallélisme, une identification et des allusions et des relations. Il n'y a pas identité, il y a des relations à mon avis très intimes. Dans les psychothérapies, il y a des exclamations et il y a des explications. Si un malade vous dit dans une psychanalyse, dans une psychothérapie analytique : « voilà, je n'aurais jamais pensé à ça », c'est la célèbre phrase que Freud cite si souvent comme preuve de la réalité, et où il dit que malheureusement nous l'entendons tellement rarement, et bien c'est une exclamation, ce n'est pas une explication et c'est la preuve qu'une présence authentique dans l'autre sens s'est manifestée. Tandis que si le malade commence à faire des explications longues et compliquées, parce que, et comment, etc., il y a bien des psychiatres qui entendent parler mais qui ne font pas même attention parce qu'ils savent que ça n'en vaut pas la peine.

M. Maldiney

Si j'étais Francis Ponge, je dirais : regardez un point d'exclamation, il se dresse ici – maintenant tandis que le point d'interrogation est déjà incliné et tend à se fermer sur lui-même très exactement comme le parfait accompli, c'est-à-dire qu'il se situe entre deux concavités qui sont en résonance

mutuelle. L'exclamation correspond, par exemple, à l'humour, mais elle a lieu chaque fois qu'il y a étonnement. Mais il peut y avoir étonnement dans une faille ou au contraire dans un avènement. C'est ce qui me paraît tout à fait caractériser le présent, le présent comme origine d'une décision qui ouvre un avenir, un passé, et qui est par là même séparateur d'époques. L'explication ne vient qu'après la compréhension, après toute une phase explicite, elle se fait sur le mode du en tant que comme dit Heidegger. Je pense par là rejoindre la première réponse de Kuhn à propos du langage des malades. Kuhn, vous disiez que nous ne comprenons pas ni, en somme, les phonèmes, ni les morphèmes, ni les sémantèmes des malades, que nous les rétablissons à côté. Ce qu'il y a de très important, c'est qu'un malade a nécessairement besoin de déformations de la langue pour exprimer un monde qui est, à la racine, différent du nôtre. Et il ne peut pas employer notre langage. Et qu'on considère ce monde comme monde social ou comme monde naturel, importe peu ici ; ce qui est important, c'est que dans l'emploi des mots par les schizophrènes, l'articulation est toujours première comme elle est première dans l'histoire de toute langue parce qu'elle est à la racine ; elle est à l'origine même de la racine. En somme, la définition d'un langage est d'être articulé – articulant. Alors dans cette articulation, certains phonèmes, qui sont dans les mots les plus gestuels, qui font partie de notre verbomotricité, sont en rapport direct avec notre existence corporelle la plus proche, qui fait que notre corps est un corps propre, moteur, expressif, et par là signifiant. Donc je crois que c'est en scrutant ces déformations de la langue, comme vous l'avez fait au niveau, par exemple, des morphèmes pour différents cas, qu'on peut arriver à retrouver quelque chose du monde du malade, mais il se passe quelque chose de très curieux, c'est que ces déformations ne sont jamais quelconques. Aujourd'hui, on parle certes beaucoup de scruter à nouveau le langage. Seulement, on oublie toujours la langue. Tout à l'heure, vous avez parlé de ces gens qui parlent, qui s'entendent superficiellement. Ce que vous citez, c'est en somme la définition heideggerienne du bavardage : lorsqu'on ne comprend que les mots sans comprendre la chose qui est en question en eux. C'est, je crois, ce qui se passe avec le langage de la langue. Or la langue est représentative de quelque chose. Elle enferme en elle une appropriation primordiale, comme dit Heidegger, et notamment dans ses éléments d'articulation. Si justement le langage diffère du malade à nous, c'est qu'il ne s'approprie pas la même chose. Sans doute, le malade utilise-t-il des déformations de nos phonèmes mais ce sont des phonèmes qui, dans son histoire et à des moments critiques de son histoire, ont eu pour lui une importance et qu'il retrouve spontanément pour exprimer dans son délire précisément un moment critique. Et c'est par là que la remarque de Hans Kunz me paraît devoir être tout de même un peu réduite, en tout cas au niveau du délire secondaire, quand il dit (lui parle du délire primaire) « n'y pas retrouver exactement l'historicité ». Mais justement dans ces troubles essentiellement présents se retrouve ce qui constitue l'essence de l'historicité, le moment de métamorphose. Le moment critique d'une histoire, qui est faite de quelques métamorphoses et qui va, pour le malade, généralement dans ce sens, que les métamorphoses y sont de plus en plus rares et les moments critiques de moins en moins fréquents. Cela rejoint ce qui me paraît être essentiel dans l'aspect social de la maladie dans des types de société qui n'offrent pas une discontinuité suffisante à l'existence de chacun. Je parle de sociétés de répertoires, de catalogues. Si les sociétés anciennes en diffèrent moins, c'est qu'elles ont des rythmes de liquidation de cette habitude. Les nôtres n'ont que des rythmes très faibles. Ce qu'on appelle la fête n'est qu'une caricature de la fête primitive.

Un participant

Je veux penser que c'est certainement une très bonne leçon d'humour que vous nous donnez depuis un bon moment et à laquelle, en tout cas pour ma part, je prends un plaisir certain dont je vous remercie. Je voudrais insister sur ce que vous disiez il y a un instant, à savoir que quand on sentait un très grand accord il fallait beaucoup se méfier. Or vous venez de faire deux remarques. Ces deux remarques sont : les psychiatres et les antipsychiatres manquent d'humour et à coup sûr, quand on arrivait à rire ensemble, c'était ça qui était juste pour le traitement. Je veux juste faire quelques réflexions sur ces deux phrases. Je pense qu'elles sont si vraies, ces deux phrases, que c'est un peu inquiétant. Et je voulais vous soumettre cette réflexion : ne pensez-vous pas quand même qu'il y a

une certaine antériorité et que s'il y a des antipsychiatres c'est à coup sûr parce qu'il a existé certains psychiatres ?

Roland Kuhn

Il faut aussi faire une autre distinction. Il faut faire la distinction entre ce que quelqu'un dit dans un rapport et ce que quelqu'un dit dans une discussion : ce n'est pas la même chose. Ce qu'on dit dans une discussion est moins réfléchi. Dans une discussion, on dit parfois des phrases qui dans un rapport seraient accompagnées d'explications jusqu'à ce qu'on ait à peu près la garantie d'être compris. Ce que je viens de dire à propos de l'humour, je suis tout à fait d'accord qu'il faut y réfléchir. Naturellement un traitement psychothérapeutique ne se passe pas du commencement jusqu'à la fin en riant. C'est bien souvent quelque chose qui peut être très triste, qui peut être dur, qui peut être difficile. Mais je crois que c'est un des buts d'une psychothérapie de libérer la relation d'un malade au point qu'il soit de nouveau capable de rire, de rire aussi sur lui-même, d'être capable d'une ironie sur lui-même. Si ça arrive, je crois que c'est un bon signe. Je crois que c'est assez valable et que le manque d'humour chez un psychiatre, chez un antipsychiatre, c'est au fond la même chose que le manque d'humour de n'importe qui, de ces gens qui se fâchent tout le temps, qui sont toujours offensés par quelque chose qui a eu lieu ou qui n'a pas eu lieu. Si des gens pareils se mettent à soigner d'autres gens, c'est une catastrophe. Si on a de l'humour, on ne se lance pas non plus avec un tel engagement dans une aventure de l'esprit qui ne conduit au fond à rien, parce que si on a de l'humour, on se rend compte justement de ce qui est possible et de ce qui n'est pas possible. La psychiatrie, c'est quelque chose qui a tous les défauts d'une œuvre humaine et les œuvres humaines sont caractérisées par leur défectuosité, par leur manque de perfection, par justement tout ce qui est humain. Chaque ménage a ses difficultés, chaque entreprise a ses difficultés, chaque relation, chaque école, même les universités ont leurs difficultés et leur aspect qui n'est pas l'idéal. Je crois qu'avec la psychiatrie, il faut se rendre compte de ça, c'est justement quelque chose qui est défectueux. Au fond, qu'est-ce qu'on veut faire ? On veut rendre le sort d'un malade aussi peu pénible que possible. On doit être content si on y arrive jusqu'à un certain point. Bien sûr, je suis tout à fait d'accord que des psychiatres se sont comportés d'une façon injuste envers des malades, qu'ils ont augmenté les souffrances des malades. Cela a hélas toujours existé. Il faut se rendre compte des imperfections qui existent.

Raphaël Célis, de Louvain (philosophe)

Lorsque vous avez parlé de la liberté que l'être humain a, en vue de fonder son propre fond, je me suis souvenu que chez beaucoup de philosophes, comme par exemple Kierkegaard ou Heidegger, le moment de la conquête de la liberté pour le fond passe nécessairement par un moment de crise lui aussi. C'est-à-dire que le sujet à ce moment doit également « décrocher » d'un certain monde commun, qui peut par exemple être ce monde que vous avez décrit, où les règles de la présentation sont là pour normer un certain comportement, on peut dire également que ce décrochage du monde commun est un rejet du vraisemblable, au sens où le vraisemblable serait justement la simulation, ou le faux-semblant de la vérité. Dans ce sens-là, l'invraisemblable de la folie apparaît plutôt comme une conquête de l'authenticité, une recherche en tout cas d'une authenticité plus grande que celle que le monde commun offre à première vue. La tentation du philosophe est, du moins à mon avis, de voir dans la folie une espèce d'effort pour reconstruire un monde qui justement n'est pas vraisemblable, mais où l'invraisemblable est précisément plus proche de la réalité que le vraisemblable.

Roland Kuhn

Je trouve que ce que vous dites est d'une importance capitale mais soulève un immense problème qui serait le sujet d'un rapport spécial. Il faut bien distinguer, ce que j'ai aussi tâché de faire dans mon rapport, entre ce que signifie la folie pour le malade et ce que signifie la fausse folie pour l'homme sain d'esprit. J'ai tendance à dire, en vue de l'histoire et du rôle qu'a joué la folie dans le développement de l'Humanité depuis longtemps, que le malade mental, le fou, a une fonction d'une gravité, d'une importance capitale dans le développement de l'esprit humain. C'est cette cruauté de

la création qui fait que tant d'hommes doivent souffrir pour que tant d'autres soient libérés. Si je vous ai bien compris, c'est au fond dans cette direction que vont vos réflexions. Si on poursuit cette idée, on en vient à la conclusion qu'il ne s'agit pas de faire disparaître la maladie mentale mais de la faire apparaître dans la communauté de l'homme. La mise en clinique des malades mentaux a naturellement le grand désavantage de faire disparaître certaines formes d'existence de l'être humain de la vie journalière, de faire disparaître ces formes d'existence qui, dans des sociétés plus originaires que la nôtre, sont toujours présentes. Quand j'étais étudiant à Paris, j'ai fait une excursion pour aller voir la cathédrale de Chartres. J'ai acheté un guide et j'ai lu l'histoire de la cathédrale. Je me suis rendu compte comment ça se passait au temps où les cathédrales ont été construites. C'était des lieux où toute la misère de l'homme se ramassait : les idiots, les paralysés, les mutilés et les fous ont été sur ces grands escaliers de ces cathédrales et dedans et ont été au fond une instruction vivante, présente, actuelle, pour ce qui se passait au-dessus de cette misère. Il faut voir cette dramatique qui s'est passée dans le rite religieux et au-dessus ces bâtiments qui s'élèvent vers le ciel avec les vitraux. Ce n'est pas l'antipsychiatrie qu'il faut pour corriger les fautes que nous faisons aujourd'hui, ce n'est pas d'attribuer la cause de la maladie mentale aux psychiatres. Ce qu'il faudrait c'est trouver un accès, adéquat à notre temps, à cette existence humaine, à tout ce qu'elle comporte de misérable et de terrible, et moi je crois que c'est moins l'antipsychiatrie qui fait ça que des représentations de théâtre par exemple bien jouées comme *Le Roi Lear*. C'est ça qui donne un accès authentique à la tragédie et qui permet de réveiller chez tant et tant de gens une existence authentique immédiate ou d'avoir accès à ce point de vue. Je suis tout à fait d'accord et je vous remercie de cette intervention qui me semble essentielle.

M. Cadille (psychologue en milieu hospitalier)

Je voudrais revenir sur ce qu'a dit Monsieur Guyotat au sujet du double parce que ça me paraît important au niveau relationnel. Quand un malade psychotique parle, j'ai toujours l'impression d'être devant quelque chose de totalement incompréhensible et devant presque un mur et il faut qu'un espace s'édifie petit à petit qui puisse permettre à chacun de se retrancher, un espace qui serait en quelque sorte neutre où la parole qui, au départ, est incommunicable pourrait peut-être arriver à se structurer une voie d'accès. Et quand Monsieur Guyotat dit qu'on se réfère en somme à son double, ou peut-être, si on veut appeler cela autrement, sa partie folle, pour répondre, je me demande si on ne se précipite pas pour donner un sens anticipé à la parole qui, en fait, depuis des années, est quelque chose d'incommunicable et qui peut-être va trouver un moyen d'accès à travers ou avec les thérapeutes. Je crois que c'est une erreur thérapeutique qui est commune de se précipiter toujours sur le sens de ce que va dire le psychotique. Je crois que finalement, même chez les psychotiques, quand ils parlent de leur monde délirant, chacun se prend pour un fou. Enfin, ils n'arrivent même pas à communiquer ensemble. Donc, ça me paraît peut-être trop succinct de se référer à sa propre folie pour comprendre celle de l'autre. Je crois qu'il faut s'aménager petit à petit des espaces avec des tas de voies de traverse qui permettent des lieux de rencontres, où effectivement les choses perdent leur caractère dramatique, parce que finalement la parole des psychotiques, quand elle s'exprime comme ça, est toujours dramatique. Ils parlent d'une situation, ce n'est pas au niveau du langage et lorsqu'on se précipite sur la traduction, on se trompe de référence. Ça me paraît extrêmement important de rétablir cet espace.

Roland Kuhn

J'aimerais surtout mettre l'accent, au sujet de ce que vous venez de dire, sur l'impatience. C'est cette impatience qui est au fond la catastrophe dans tout le monde. C'est l'impatience du médecin qui veut avoir des résultats, c'est l'impatience du malade qui veut tout de suite avoir des résultats. Plus le médecin est capable de satisfaire cette impatience, plus le malade devient exigeant et veut que ça aille encore plus vite. S'il est guéri de sa dépression dans dix jours, il veut être guéri en 24 heures puis il réclame la guérison en 5 minutes. Rappelez-vous, dans *Le Roi Lear* cette impatience est aussi thématisée, est aussi rapportée. Si on lit *Le Roi Lear*, si on l'entend, on va au-delà ; si on le lit, au fond, pratiquement toutes les structures fondamentales de la rencontre avec le malade mental y sont. La psychiatrie moderne, la phénoménologie moderne, la connaissance d'un homme,

la neurobiologie moderne n'ont rien à ajouter à ce que Shakespeare a vu concernant la maladie mentale et son traitement dans Le Roi Lear. On n'a rien à ajouter de fondamental. Il y a des détails : on peut mieux faire qu'autrefois, on n'emploie plus des extraits de plantes pour faire dormir le malade mais en principe on ne fait rien d'autre aujourd'hui que ce qu'a fait le médecin dans Le Roi Lear avec le roi malade. C'est peut-être une des choses les plus étonnantes qu'une telle génialité soit possible, une génialité qui est capable de mettre toute l'humanité dans un problème absolument fondamental vis-à-vis des problèmes et des principes décisifs pour l'éternité. Un psychiatre moderne qui réfléchirait énormément ne pourrait pas faire mieux !