

Pour une approche sartrienne de l'inconscient, de l'espace et du récit de vie

Jean-Marie GAUTHIER

Université de Liège

De l'utilité de la phénoménologie pour la thérapie infantine

Psychiatre plutôt que philosophe, l'auteur de ce chapitre court, en présentant son usage de la phénoménologie, le même danger que celui encouru dans cet ouvrage par les sociologues, anthropologues ou géographes : il risque d'étendre de manière excessive le champ de la validité des concepts phénoménologiques ou, encore, à la manière de monsieur Jourdain, de se penser éclairé sans l'être et de prendre pour phénoménologie ce qui ne l'est point.

Une fois prise cette précaution d'usage, et en espérant par là même me dédouaner par anticipation d'éventuelles critiques, je peux entrer dans le vif du sujet. L'enjeu de ce chapitre voudrait être de prouver, aux gens de la profession, d'une part, et aux chercheurs en sciences humaines, d'autre part, combien l'utilisation de la phénoménologie en psychopathologie peut s'avérer être fructueuse. Plus précisément encore dans le cadre de la nosographie psychiatrique et de la psychothérapie.

Pour ce faire j'organiserai ce chapitre autour du domaine circonscrit qui est le mien : la psychopathologie de l'enfant. La psychopathologie et la psychiatrie de l'enfant sont des sciences assez nouvelles, puisqu'elles sont nées en même temps que la Deuxième Guerre mondiale, à travers l'étude de deux syndromes extrêmement importants que sont l'autisme d'une part et, d'autre part, l'étude des enfants souffrant de carences dans l'attachement parental. Cette discipline, relativement neuve, pose énormément de questions indirectes à la psychiatrie de l'adulte. Dans un premier temps, pourtant, le rapport s'est affiché à l'inverse. La psychopathologie de l'enfant a exploité les concepts utilisés par la psychopathologie de l'adulte. C'est ainsi qu'elle s'est parfois avérée n'être qu'un décalque de celle utilisée pour les adultes puisée, comme chez

ceux-ci, les diagnostics utilisés ont été (et sont souvent) ceux de névrose, de psychose ou de perversion, ce qui néglige tout ce qui est du domaine du développement – que celui-ci concerne les domaines de la pensée comme celui des conditions familiales et corporelles nécessaires à ce développement. On est arrivé aujourd'hui à un moment où on ne peut plus penser cette psychopathologie particulière sans penser aux conditions du développement, en particulier au développement de la pensée, des diverses formes de représentation et la manière dont celles-ci infléchissent le développement psychologique de l'enfant (Gauthier, 1999 et 2002). Il s'agit à présent de considérer tous ces aspects comme des fonctions en voie de constitution, là où les quarante premières années de la pédopsychiatrie ont sciemment ignoré ces questions difficiles. Le développement de ce qu'on appelle aujourd'hui les neurosciences ont permis un premier pas. Un seul exemple suffira à illustrer mon propos : en cinquante ans on est passé d'une représentation du bébé comme un être passif et une sorte de pâte molle dont la forme était donnée par les éducateurs à un bébé actif, plein de ressources et sujet déjà de son destin.

Sur le plan thérapeutique, des questions ont émergé à propos des psychothérapies d'enfant lorsqu'il fallait tenter de définir ce qui était efficace dans cette rencontre entre un thérapeute et un enfant. La question de l'âge et donc du niveau de développement devient essentielle puisqu'il s'agit alors immédiatement de savoir ce qu'il faut dire, comment parler avec lui ou simplement « jouer » pour l'aider à se porter ou se comprendre mieux. Les facteurs de transformation actifs chez lui semblent être à la fois consécutifs à une « compréhension » et à une modification de l'activité ludique à travers l'intervention du thérapeute. La place du contact corporel et de la participation à l'activité ludique comme moteur du changement est importante. Mais la « pensée » en tant que processus en train de se construire a aussi son importance.

Dans la psychanalyse adulte, on laisse croire que c'est la compréhension, « la prise de conscience » (pour utiliser un terme qui reste le plus souvent vague), qui assure l'essentiel des processus de changement sans pour autant chercher à comprendre ce que signifie « conscience ». Tout se passe comme si tout se jouait entre « l'inconscient » (source de la souffrance) et la « prise de conscience » sans que le statut de celle-ci ne soit interrogé. Certes, il est vrai que depuis Freud, on a appris à laisser une place aux processus émotionnels que sont le transfert et le contre-transfert dans la cure adulte. Mais la plupart des thérapies persistent à penser que le processus de changement est la conséquence de communications verbales qui donnent au patient l'occasion de se voir, de se comprendre autrement (Glover, 1955). Le processus supposé reste peu précisé et on indique le plus souvent que des représentations

passent de l'« inconscience » au « conscient ». Les thérapeutes restent dans une communication verbale qui consiste à faire passer de « l'impensé » au « pensé » sans jamais interroger le fait même du développement de la pensée. Contrairement à ce que cherche à faire la psychiatrie de l'enfant, ils ignorent le contexte de développement de la pensée. Si beaucoup de théories ont vu le jour sur ce que pourrait être la nature profonde de l'inconscient, aucune, en psychanalyse du moins, ne se penche sur ce qu'est la conscience. Il est donc logique qu'aucune n'interroge les repères fondamentaux de celles-ci : le temps, l'espace et la certitude de posséder un corps propre.

Pour le dire autrement, le contenu de la pensée reste à l'avant-plan des préoccupations sans que ne soit interrogée la forme même de la pensée et de la communication comme a pu le faire, par exemple, Merleau-Ponty dans ce très beau texte qu'est *L'Œil et l'Esprit* (1964).

Je souhaiterais indiquer en quel sens les phénoménologies de Merleau-Ponty et de Sartre sont particulièrement pertinentes pour aborder ces questions que la psychiatrie de l'enfant pose à la psychanalyse classique. Ce chapitre se divisera en trois temps qui peuvent être tenus pour autant de moments au sein desquels je tenterai de marquer mon insatisfaction par rapport au paradigme de la psychanalyse classique et de retenir précisément ces questions qu'elle laisse en suspens.

D'abord, j'envisagerai la place du couple corps/espace, fondamentale pour la psychiatrie de l'enfant alors que le psychanalyste classique l'ignore. Ensuite je traiterai de la question de l'inconscient et du nouveau regard qu'il convient d'avoir sur son pendant, souvent peu étudié pour lui-même : la conscience. Enfin, dans un troisième temps, je tâcherai de montrer comment la phénoménologie de Sartre, et plus particulièrement la place qu'elle laisse au récit de vie et au parcours biographique apporte des éléments de réponse aux questions laissées en suspens par la psychanalyse et relevées dans les deux premières parties.

Quand la psychanalyse ignore le corps et l'espace

La place du corps du patient dans la thérapie d'enfant et dans le contact que l'on peut avoir avec lui est un point important. Il est évident que personne n'a jamais imaginé, comme c'est le cas dans la psychanalyse d'adulte, d'allonger un enfant sur un divan. Toute tentative de cet ordre aboutirait à un échec sinon à utiliser des moyens de coercition pour contraindre l'enfant à rester allongé sur un divan, contrairement à ce qui serait évidemment contraire aux principes fondamentaux de libre expression du patient dans le cadre d'une psychothérapie et techniquement aussi bien qu'éthiquement rendrait vaine toute tentative de ce type.

Mais pourquoi un enfant ne reste-t-il pas allongé immobile sur un divan ?

Cette question implique d'abord d'infléchir la question de la place du corps vers celle, plus spécifique, du regard dans le processus de pensée et de réflexion. Nous pensons que l'enfant allongé est dans une situation où il est incapable de penser parce qu'il ne peut plus se référer plus ou moins directement à la pensée de l'autre par le jeu des regards. À ce moment de son développement, la pensée de l'enfant est indissociable du corps et du fonctionnement de celui-ci. Par ailleurs, si l'enfant joue, le thérapeute pour entrer en communication avec lui doit également entrer dans une activité ludique, ce qui va mobiliser chez lui, non seulement ses émotions, des affects particuliers, mais également son corps. C'est à ce titre que la psychothérapie d'enfant pose des questions frontales aux modèles qui furent d'abord destinés à des adultes. Le modèle de la psychanalyse, où le corps est en quelque sorte absent de la relation thérapeutique, est un modèle qui ne peut être appliqué chez l'enfant où le corps est omniprésent. Il peut ainsi arriver que des enfants embrassent leur thérapeute, s'assoient sur ses genoux, etc., ce qui a pour conséquence directe de l'impliquer corporellement dans la relation psychothérapeutique qu'il tente d'instaurer. Pour l'enfant, le contact corporel, la pensée et la relation à l'autre sont indissociables.

Tous ces éléments expliquent d'ailleurs pourquoi la psychopathologie de l'enfant fait figure de mauvais élève dans la classe de la psychiatrie en général et de la psychanalyse en particulier puisque certains vont jusqu'à douter que, étant donné toutes ces variables, la psychanalyse d'un enfant soit possible.

En réalité, la critique doit être posée exactement en sens inverse. C'est la tentative même de construire la possibilité d'une psychanalyse infantine qui conduit à remettre en question les fondamentaux de la psychanalyse. Tout se passe en effet dans une psychanalyse classique comme s'il s'agissait d'une communication d'esprit à esprit, on n'hésite pas à parler de communication d'inconscient à inconscient. Le corps, l'espace et le temps, le cadre de la rencontre sont laissés de côté. On mesure les limites de ce modèle par exemple quand on travaille avec des patients cancéreux. Dans ce cadre il s'agit de soutenir des patients qui demandent une aide psychologique mais pas nécessairement une aide qui passe par un retour introspectif vers l'ensemble de leur enfance. En réalité ici, la relation thérapeutique est exclusivement tournée vers la maladie. Le corps surgit inmanquablement avec ses stigmates et il est impossible de ne pas s'intéresser à l'évolution physique du patient. L'évolution de la relation thérapeutique dépend de l'évolution de ce corps que nous ne pouvons pas ne pas voir lors de nos interventions.

La psychanalyse s'est désintéressée également de l'espace. Cela est la conséquence de son origine freudienne et de la conception réaliste de l'espace (Gauthier, 2002). Freud pense l'espace comme simple perception, ne distinguant pas le réel de la représentation qu'on s'en donne (nous verrons qu'il en est de même pour la conscience). Il lui semble évident de penser que les « espaces psychiques » personnels sont inclus dans le cerveau de chacun et d'enfermer la question de l'espace dans une sorte « d'évidence naturelle ». Tout comme le corps, l'espace peut être nié. À cet égard, le dispositif spatial de la cure-type est particulièrement illustrative de ce point de vue : un patient allongé déploie son psychisme sous les yeux de l'analyste qui, dans une posture de médecin anatomiste, examine ses productions. Ni corps, ni espace. Cette perspective, utile dans un certain nombre de cas, a le désavantage de rendre malaisée la compréhension des phénomènes de groupe, par exemple, et ne rend pas compte de ce qui préside à l'instauration de la vie psychique.

Une fois encore, la rencontre avec la vie psychique de l'enfant nous a conduits à prendre une autre perspective et à réaliser combien le rapport à l'espace est riche d'enseignements. Entendons par là, non pas le rapport à l'espace interne « psychique » mais à l'espace « externe » et surtout à la perméabilité de l'un et de l'autre. L'espace psychique de l'enfant est transparent à ses parents jusqu'à l'âge de cinq ou six ans, c'est dire jusqu'à la fin du complexe d'Édipe ou l'accès à « l'âge de raison » pour reprendre des références plus classiques. Cela signifie que jusqu'à cet âge, il n'imagine pas disposer d'un espace psychique personnel. C'est de cette manière que, quand une maman dit qu'elle sait ce qui s'est passé en son absence grâce à son petit doigt, l'enfant ne peut pas penser que sa mère ne puisse effectivement le savoir. L'enfant doit donc découvrir comment il peut se constituer dans un espace psychique autonome. L'accès à la raison est donc aussi l'accès au mensonge et à la dissimulation : il peut commencer à cacher quelque chose aux yeux de ses parents, quand il commence à exister comme individu.

C'est bien ce qu'on observe dans les débuts de ce jeu universel de « cache-cache ». On sait en effet que ce jeu est d'abord initié par la maman. Souvent, c'est vers l'âge de huit à neuf mois que la mère tout à coup, grâce à un bavoir, ou tout autre tissu, se met à faire disparaître son visage ou celui de son enfant. Elle accompagne ce jeu de vocalises telles que coucou, beuh, car ce jeu comprend deux parties, la surprise de la disparition et le plaisir des retrouvailles. Les mamans apprennent à l'enfant, peu de temps avant qu'il ne commence à marcher, à reconnaître leur visage. Ainsi, lorsqu'il s'éloignera de la maman, il saura, sans hésiter, vers quel visage il peut courir pour trouver à se réassurer. Il s'agit là d'une compétence inconsciente qui a sans doute été donnée aux

parents et aux enfants par les processus d'hominiisation et de sélection naturelle tels que nous les concevons aujourd'hui.

Quelques mois, plus tard, c'est l'enfant lui-même qui s'éloigne de sa mère quand il commence à marcher. Il se met aussi à jouer à « cache-cache »; il s'éloigne et, sans se cacher vraiment se ferme les yeux, comme s'il pensait qu'à ce moment là il est devenu invisible; en fait, il appelle le regard de sa mère tout en se séparant d'elle mais en pensant aussi qu'il lui est devenu invisible parce qu'il ne la perçoit plus. On mesure bien par cet exemple, comment la construction de l'espace de séparation, ne peut être envisagée dans la seule perspective d'un réalisme spatial, car la séparation à sa phase initiale, doit tolérer quelques paradoxes. Il est, en effet, alors important que la maman joue aussi le jeu et se demande où est passé son enfant. Elle doit feindre l'anxiété de telle manière que l'enfant puisse alors jouer de cette capacité qu'il a de penser qu'il s'est éloigné de la maman, qu'il peut se séparer sans la perdre. Après quoi il est important, en effet, que la mère s'avance vers lui et d'un cri joyeux s'écrie « ah ! le voilà, je l'ai retrouvé, je le croyais perdu »; ces retrouvailles joyeuses rassurent l'enfant sur la vigilance de la mère mais aussi sur l'autorisation qu'elle lui donne de s'éloigner d'elle.

On voit combien l'ambiguïté de l'espace est importante dans la construction de l'autonomie de l'enfant puisque, dans une certaine mesure, il ne peut acquérir l'idée d'une autonomie qu'en étant sûr que sa mère pourra autoriser et reconnaître son absence. C'est-à-dire que son absence naît dans la présence de l'autre.

On pourrait citer encore les structures particulières de l'espace du jeu, puisque lorsque l'enfant joue, par exemple avec des petites voitures, il est à la fois dans une voiture et dans plusieurs en même temps; il est l'organisateur du jeu et il reste en contact avec l'espace réel et psychique à l'extérieur du jeu. Celui-ci peut être interrompu et repris selon certaines conditions posées dans la réalité comme, par exemple, la disposition des jouets dans l'espace, lui permet de s'éloigner de ce jeu et de le reprendre là où il l'avait laissé; il peut, en indiquant d'un geste de la main le signe deux, interrompre un jeu et recommencer à volonté ou même remonter le temps et reprendre à un moment où le jeu se déroulait, à son avis, mieux. Bref, l'existence du jeu implique la construction progressive d'un espace et d'un temps imaginaires. Toutes choses qui indiquent combien une étude précise de ces fonctions en voie de développement est indispensable et que nous ne pouvons plus nous contenter de la conception réaliste/perceptive de l'espace et du temps telle qu'elle traverse toute l'œuvre freudienne.

Ces questions relatives au corps et à l'espace environnant sont merveilleusement mises en scène dans le livre de Lewis Carroll *Alice au Pays des Merveilles* (1886). Le rapport entre l'un et l'autre y est en effet essentiel. Alice suit un parcours où la référence à la temporalité est suspendue à la suite du fait qu'elle va entrer dans un terrier en suivant un lapin blanc qui, lui, semble continuellement pressé, porte une montre, sans cependant que le temps soit connu. Le temps est donc représenté mais comme suspendu, devenu imaginaire, représenté mais en dehors de nos références habituelles, ce qui est une façon particulièrement intelligente pour inviter les lecteurs à la suite d'Alice, d'entrer dans ce monde merveilleux au temps suspendu.

Il en est de même pour l'espace, puisque, à tout moment, Alice est soumise à des changements de rapports qui existent entre son corps et l'espace environnant, comme si le corps se rétrécissait ou augmentait de volume en fonction des espaces dans lesquels il se situe. Le monde reste merveilleux parce qu'Alice, à tout moment, dispose de clefs qui lui permettent de retrouver une sorte d'identité personnelle mais on peut se demander dans quelle mesure ce livre ne pourrait pas représenter une partie des angoisses extrêmement fortes que certains enfants peuvent ressentir face à l'organisation de l'espace, au rapport qu'ils peuvent entretenir avec leur propre corps et aux questions qui concernent la stabilité de l'identité personnelle et des objets environnants. Alice garde des clefs qu'il est sans doute dangereux de perdre mais, à travers les épreuves qu'elle subit, elle indique aux enfants qu'ils peuvent garder confiance dans leur schéma corporel (Samir-Ali, 1974, 1977, 1980, 1984, 1987, 1990)

Cette façon dont le psychique se trouve en réalité communiquer avec son propre corps dans un état d'interpénétration et d'entrelacement mutuel est ignoré par la psychanalyse. De même que la façon dont le psychique est, par son corps, jeté au monde comme dirait Merleau-Ponty lorsqu'il explique que corps et monde sont en réalité faits de la même chair (1945, 1949). La psychanalyse ne s'intéresse pas à la structure des diverses organisations de la pensée et des représentations, tout occupée qu'elle est par cette sorte de réalisme biologiste qui lui fait penser que toute la vie psychique est le résultat des poussées pulsionnelles provenant du passé et de leur équilibration progressive au présent, en circuit fermé.

Quand la psychanalyse ignore la conscience

Alors qu'au début de sa carrière, c'est-à-dire dans ses écrits datant d'avant 1898, Freud utilise le terme inconscient comme un qualificatif ([1892] 1974; [1894] 1978), il va substantifier le terme d'inconscient à

partir de 1900, essentiellement dans son travail sur l'interprétation des rêves ([1900] 1967). C'est alors qu'il aboutit à une description topique de l'appareil psychique et qu'il propose de distinguer deux « lieux » du fonctionnement psychique : le Conscient, lieu des processus secondaires et l'Inconscient, lieu des processus primaires, c'est-à-dire de représentations mentales qui se déploient dans un espace dépourvu de temporalité. Sans bien entendu estimer que l'Inconscient se situe à un endroit anatomiquement particulier du cerveau, il tente ainsi de définir et décrire deux modes de fonctionnement en posant une dialectique dynamique entre elles²⁶. L'importance de l'Inconscient, ainsi devenu substantif, va croître de plus en plus dans sa théorie puisqu'il sera le lieu de résidence des pulsions inconscientes sources de toutes les manifestations psychopathologiques.

On peut dire qu'il est tout à fait regrettable que la psychanalyse ait défini un inconscient en en développant toutes les qualités psychologiques sans qu'à aucun moment on ne se soit intéressé suffisamment au phénomène de la conscience et de « la prise de conscience ». Or il s'agit là d'un phénomène essentiel puisque le psychanalyste aide le patient à prendre conscience de lui sans savoir exactement ce que cela signifie. C'est sur cela que repose l'efficacité de la cure mais les interprétations qui sont données de ce potentiel curatif divisent les divers courants de la psychanalyse actuelle. Les concepts de Freud sont très flous à cet égard; la première théorisation qu'il a donnée de l'effet thérapeutique de la parole était que celle-ci permettrait la liquidation d'un affect ce qui définit l'abréaction, c'est-à-dire la liquidation à distance temporelle d'un affect lié à un événement traumatique ([1892] 1974 : 28). La psychanalyse, dans cette perspective, aide le patient à se souvenir de cet événement traumatique, à le revivre et, en parlant, lui permet de liquider un affect enkysté depuis lors et, par ce fait même, pathogène. Freud parle, alors, d'une équivalence entre le fait de pouvoir réagir à un événement traumatique et la parole qui permet, elle aussi, d'être une sorte d'acte, de mouvement musculaire libérateur qui ouvre la voie à la libération d'un affect enkysté. De ce point de vue, la psychanalyse est proche d'un modèle énergétique de liquidation d'affect

²⁶ Il est hors de notre propos ici de décrire de façon très précise la métapsychologie freudienne, mais il faut souligner que la référence à l'anatomie reste ambiguë chez Freud ; certes le Conscient et l'Inconscient ne sont pas des unités localement séparées dans le cerveau mais il suffit de considérer le chapitre de *L'interprétation des rêves* consacré à la psychologie du rêve pour constater que Freud n'y fait pas de psychologie mais de la physiologie (Freud, 1900). La description qu'il donne, dans ce texte, du fonctionnement psychique, en parlant par exemple d'investissement rétrograde des structures mémorielles par les énergies psychiques liées aux représentations dans le rêve, indique combien sa pensée reste fondamentalement anatomique.

qui est assez caractéristique des conceptions épistémologiques du 19^e siècle (Gauthier, 1993).

Comme on sait, par la suite ce modèle a été profondément révisé, notamment grâce au développement de la théorie du transfert et du contre-transfert et, ce qui était conçu au départ comme une pure abréaction énergétique, est devenu une dialectique subtile entre parole et affect à l'intérieur même du champ de la cure psychanalytique (1914, 1924). La relation imaginaire que le patient noue avec son thérapeute et ce que celui-ci ressent au contact de cette projection sont des éléments qui aident bien sûr à accéder à des représentations en comparant l'actuel de la relation thérapeutique à l'histoire du sujet. Mais à aucun moment on ne s'est vraiment demandé ce que pourrait représenter le phénomène de la conscience ou de la prise de conscience et en particulier la place de cet Autre que représente le psychanalyste. La dialectique reste absente de cette question sans doute parce que Freud a gardé une conception « naturaliste ». Dans *L'interprétation des rêves* (1900), il considère que la conscience est tout simplement liée au fait que le sujet se regarde en train de fonctionner. « La conscience est, dit-il, un organe de perception des qualités psychiques » (Freud, [1900] 1967 : 488).

Ceci illustre particulièrement bien l'extension généralisée que l'on a fait du modèle névrotique à l'ensemble de la psychopathologie. Alors que Freud était resté relativement modeste et parlait de son modèle comme d'un modèle lié à la névrose, ses successeurs ont étendu ce modèle à l'ensemble de la psychopathologie. C'est ainsi que ce modèle s'étend, aujourd'hui, non seulement à la psychose, mais à toute forme de psychopathologie telles que les toxicomanies et, chez l'enfant, l'autisme ou encore les troubles de l'apprentissage. Là aussi on ne s'est pas suffisamment interrogé sur la validité de cette extension.

Pour expliquer mon propos, un seul exemple sera suffisant, il est retiré de l'explication que Freud donne du délire du Président Schreber (Freud, 1905). On sait que Schreber était un patient paranoïaque qui a écrit ses mémoires après être sorti de l'hôpital, c'est-à-dire qu'il a écrit son délire après en avoir été officiellement « guéri ». Il y a là matière à poser quelques questions essentielles sur ce que nous appelons guérison, conscience et conscience délirante. Alors qu'il était considéré comme guéri par la psychiatrie, quel pouvait être le sens pour lui d'écrire des mémoires et de tenter de démontrer à quel point il avait été malheureux et persécuté par ce psychiatre qui l'avait soigné et « guéri » ? Ceci montre toutes les difficultés qui entourent des termes tels que guérison, prise de conscience et capacité d'adaptation à la vie sociale.

Ce patient en effet avait été hospitalisé durant de longues années. Il était président d'un tribunal en Allemagne et avait développé un délire

cosmogonique où il était sujet à des influences magiques issues des rayons du soleil grâce auxquelles il serait destiné à être le fondateur d'une nouvelle race humaine en étant fécondé, telle une femme, par ces mêmes rayons. Il avait développé un lien de type amour/persécution avec son médecin, le docteur Flechsig. Freud, à partir de son écrit « Mémoires d'un névropathe », (Schreber, 1975) a tenté de décrire les mouvements psychiques constitutifs de la paranoïa. L'hypothèse de Freud est assez simple. Il dit que Schreber a développé un délire paranoïaque suite à un refoulement de ses désirs homosexuels. On sait que suivant le modèle général de la psychopathologie freudienne, il existe des pulsions inconscientes car elles ont été refoulées dans l'inconscient après avoir été jugées inacceptables par la Conscience. La psychopathologie se produit lorsque ces idées font retour dans la conscience qui les transforme, les masque grâce à des mécanismes de défense qui déforment ces pulsions au point de les rendre méconnaissables ; cette méconnaissance et cette transformation sont à l'origine des symptômes psychopathologiques, comme du rêve d'ailleurs. Il s'agit là du mécanisme fondamental de la psychanalyse. Freud applique ce modèle au délire du président Schreber, et nous dit qu'il était donc dans une position homosexuelle qu'il a refoulée. D'une manière d'ailleurs tout à fait brillante, et qui sera reprise par J. Lacan (1966), il montre que la structure des différents délires paranoïaques correspond à toutes les inversions possibles de la phrase, initiale et supprimée homosexuelle : « Je l'aime, Lui ». Le patient paranoïaque commencerait par projeter à l'extérieur son désir homosexuel, première négation qui en attribue la responsabilité à l'autre. Dans le délire de persécution, la phrase devient « Il me hait, Lui », dans le délire érotomaniacque, elle devient « Elle m'aime, Moi », et dans le délire de jalousie « Elle l'aime, Lui ».

L'argument est puissant et l'intuition freudienne peut emporter la conviction assez rapidement : il existe, en effet, trois formes cliniques de paranoïa et ces trois formes de délires sont organisées, selon cette hypothèse, à partir de trois transformations sémantiques d'une seule et même phrase. On voit bien évidemment comment Lacan se saisira de ces propositions pour montrer combien l'inconscient, à ses yeux, est structuré « comme un langage » et que c'est une forme d'activité symbolique que l'on retrouve dans l'inconscient de chacun de nous. Mais il existe, à ce type d'explication, une grosse difficulté : tous les refoulements de désirs homosexuels ne donnent pas lieu au développement d'un délire paranoïaque et l'explication que donne Freud laisse donc en suspens une question essentielle qui est de savoir pourquoi, dans tel cas, un délire se développe et pourquoi, dans d'autres cas, le fonctionnement ou la présence de désir homosexuel ne conduit pas au délire. La question est donc de savoir pourquoi les symptômes se

développent de telle ou telle manière et ce modèle ne résout pratiquement aucune question. Par contre, laisser une place au récit de vie et à la conscience que l'individu a de sa propre histoire peut peut-être aider à comprendre pourquoi les uns deviennent paranoïaques et les autres non.

Ni social ni biologique

Voici venu le temps à présent d'envisager la façon dont la phénoménologie, et plus particulièrement la pensée de Sartre peut venir à point nommé pour aider la psychiatrie de l'enfant à résoudre les problèmes qu'elle permet de pointer dans la psychanalyse classique de l'adulte.

Les travaux de Merleau-Ponty et de Sartre sur l'imaginaire rejoignent ceux de Sami-Ali (1974, 1977, 1980, 1984, 1987, 1990), qui indiquent que la question de l'espace et du corps sont au centre de toute rencontre thérapeutique.

Si la phénoménologie, au début de mon propre travail, ne constituait qu'une sorte d'aiguillon à la réflexion, une référence externe, un mode de pensée qui aidait à poser des questions à un modèle omniprésent – et, sans doute, omnipotent – me permettant de poursuivre ma réflexion sur ma pratique de psychiatre d'enfant et de psychothérapeute, elle est devenue peu à peu un outil de travail. La psychopathologie de l'adulte suppose que la pensée existe, elle ne pose pas de question sur son développement et admet implicitement qu'elle rejoint, pour tous, les standards de la vie psychique en négligeant les catégories du corps, de l'espace et du temps. Cette question sur les structures de pensée ne fait plus débat en psychopathologie comme dans l'entre-deux guerres (Jaspers, Minkowski).

Nous avons vu que dans la psychanalyse classique, la perspective historique est réelle mais tronquée car le temps s'arrête à la première enfance et toute difficulté ultérieure est conçue comme une réaction de conflits infantiles précoces. L'interprétation donnée au patient le ramène systématiquement à l'enfance et plus encore à un moment de l'enfance qui est dominé par le vécu familial, c'est en effet avec la sortie du complexe d'Édipe que l'enfant trouve un réel élan vers la socialisation. Ceci a pour conséquence notable que la psychanalyse privilégie le fantasme par rapport à la réalité. Par là même, on peut en arriver à nier toute valeur à une question portant sur la qualité et la réalité de l'environnement; on peut aussi être amené à rabattre le social – lorsqu'il est perçu – sur le familial. Il n'est pas étonnant que la cure analytique conduise à un désinvestissement par les patients de la question sociale et politique ni que certains aient accusé la psychanalyse de fonctionner comme une idéologie au service des forces les plus conservatrices de la société. Or il est difficile de nier par exemple l'importance de la vie de

l'adolescence, de celle du mariage ou de la vie professionnelle lorsqu'on tente d'écouter un patient et de donner sens à sa psychopathologie, à moins de tolérer une sorte d'égalisation des destins de chacun par retour à une éducation infantile réductrice et, finalement, dépersonnalisante.

Tout dans la psychanalyse renvoie à ces moments précoces et on sait d'ailleurs qu'il existe à l'intérieur de cette pensée une sorte de paradoxe puisque, plus la pathologie est grave, plus la fixation serait précoce, c'est-à-dire plus elle renverrait à des fixations qui auraient eu lieu à un moment où l'enfant était incapable de penser. Dans ce cas, on court le risque de donner au patient des représentations qu'il ne peut pas se constituer à partir de ses souvenirs personnels mais qui sont des représentations en quelque sorte théoriques de son trouble psychique. En effet il s'agira alors de dire à quelqu'un qu'il a subi des traumatismes autour de l'âge de six mois, par exemple, ce qui ne peut faire l'objet d'aucune mémoire. Dès lors, toute interprétation de ce type va introduire une représentation de soi à l'intérieur du patient qui ne peut pas être construite à partir de sa propre expérience mais à partir des conceptions théoriques de son psychanalyste. Il y a là bien entendu un risque majeur d'aliénation au cœur même du processus thérapeutique.

Outre qu'elle devra intégrer la question du développement des représentations de l'espace et du temps, de la pensée et des rapports entre celle-ci et le corps, la psychopathologie se trouve face à la nécessité de trouver une théorie qui permette de réaliser une intégration de toutes ces dimensions qui vont de la biologique au contexte social, les deux pôles incontournables au sein desquels s'inscrit le destin de chaque individu. Ces deux pôles lui sont donnés *a priori*, comme des sortes de balises ou de bagages auxquels il aura à se confronter pour construire son chemin de vie particulier et qui le définit comme sujet. Nul ne peut en effet modifier ces données qui sont comme les racines sur lesquelles nous pouvons, si nous le décidons, inscrire notre destin. Qui dit destin réinscrit l'histoire individuelle au sein de la psychopathologie, ce qui réinterroge à nouveau la question des représentations et de la signification.

Sartre et la théorie de la totalité : parcours biographique et récit de vie

La pensée de Sartre nous introduit à une histoire qui tient compte non seulement des développements de l'histoire de la première enfance, de la préhistoire de l'individu, c'est-à-dire de son origine sociale, mais qui donne une place aussi aux diverses contingences de la vie de l'individu et en quelque sorte à son tempérament, son socle biologique. C'est en tout cas de cette manière que nous comprenons comment Sartre, dans *L'Idiot de la famille* insiste sur l'existence inébranlable chez G. Flaubert,

d'une passivité (ce qu'il appelle la constitution) qui, en lien direct avec les particularités de son environnement familial, va organiser de manière précoce son destin. Rien n'est *a priori* déterminé, mais des rapports de force sont en jeu et des choix personnels de vie sont rapidement posés et donnent l'envoi au processus de personnalisation dont on peut suivre la trace. Ce choix de vie précoce doit faire face aussi aux événements qui peuvent être autant de moments de poursuite ou de retournements « catastrophiques » de ces premières destinations personnelles. L'histoire de chacun redevient une histoire globale c'est-à-dire qu'elle intègre tous les déterminants de la vie psychique de l'individu et il devient possible d'y repérer les continuités et les moments de ruptures. L'évènement est ainsi à mettre en regard du processus de personnalisation et de totalisation progressive de son vécu, mais aussi en fonction des déterminants sociaux et biologiques ce qui donne accès à une conception globale tenant compte de toutes les dimensions de la vie. On peut aussi mettre en lumière des moments ou des événements qui ont interdit au sujet de choisir ou de trouver des solutions, ce qui rejoint le concept d'« impasse » développé par Sami-Ali (1980, 1987, 1990). Ces moments sont souvent des moments de grande souffrance psychique qui se marquent par des modifications des contenus et de la forme de la vie imaginaire, voire par des processus où c'est le corps lui-même qui manifeste les difficultés du sujet.

Tout ceci permet de réaffirmer aussi une série d'évidences aux premières desquelles figure la question du récit : on ne peut faire de psychopathologie sans demander à l'individu de se raconter. On pourrait croire que ces considérations socio-historiques et biologiques sont étrangères à celles amenées plus haut concernant le rapport du psychisme individuel au corps et à l'espace. On aurait tort. Ces dimensions ne peuvent prendre sens que si elles sont liées à une histoire. Il s'agit alors de restituer une histoire et d'aider le patient à prendre conscience de son histoire, non pas seulement en tant qu'histoire infantile (et de la façon dont il s'est à l'époque structuré personnellement par positionnements variés dans l'espace) mais aussi en tant que l'histoire a eu des déterminismes sociaux, culturels et qui est aussi le résultat d'une série de hasards et de contingences qu'il a pu rencontrer au cours de son existence. Au cours du travail thérapeutique, si le clinicien demande à son patient de nommer ces hasards et ces contingences ce n'est pas pour eux-mêmes mais pour y dénicher des significations possibles. La conscience devient un travail et une co-construction au sein d'un processus dynamique qui lie patient et thérapeute. La conscience devient un processus dynamique. La place du thérapeute est ainsi considérablement transformée, puisqu'il s'agit, non plus de faire resurgir l'inconscient, mais de construire avec le patient une histoire cohérente de son passé qui lui

permette de donner du sens au vécu actuel. Il doit donc être actif et capable d'envisager la vie d'un individu suivant tous ses déterminants.

La narrativité occupe une place essentielle aussi dans le développement de l'enfant. Ce n'est pas pour rien que dès le plus jeune âge nous racontions des histoires à nos enfants; progressivement ils s'approprient cette fonction en demandant aux parents de leur faire le récit de leur vie quand ils étaient bébés ou encore demandent le prénom qu'on leur aurait donné s'ils avaient été de l'autre genre. Ce développement est progressif et c'est à la fin de l'adolescence que les enfants deviennent capables de dire qui ils sont, au moins dans le meilleur des cas. Si d'une manière appropriée on pose une question de ce type à un enfant de quatre ans, il répondra qu'il a quatre ans, ce qui est au fond l'identité que lui donnent le plus souvent les parents à cet âge. Tout ceci montre bien que l'identité se construit dans le discours de l'autre dont l'enfant doit paradoxalement apprendre à se séparer tout en l'incorporant. La psychopathologie nous montre combien cette capacité autobiographique est signe d'une bonne santé psychique qu'elle contribue largement à déterminer elle-même. Notre recherche est aussi guidée par les travaux de P. Ricoeur sur la narrativité et la dialectique de Soi et de l'autre qui y préside (1965, 2008). La cure psychanalytique reste étroitement indissociable de sa théorie et c'est ce qui produit ce mouvement de balancier entre une conception énergétique de la psychanalyse et une autre, plus « herméneutique », centrée sur la signification et le monde des représentations mentales.

Une psychanalyse sans inconscient ?

Plus qu'à l'inconscient, il s'agira pour le thérapeute de s'intéresser au parcours de vie de son patient. Il devra se poser la question de savoir comment il peut reconstruire une histoire totale de son patient; cette construction est possible pour certains individus, plus difficile pour d'autres. En ce dernier cas, il s'agira non pas de construire d'emblée une représentation historique du sujet mais de poser les bases d'une construction historique possible. Ce sont alors les questions concernant la construction de l'espace, du temps et des représentations du corps propre de l'individu qui seront au centre de ses préoccupations. Le cadre des rencontres thérapeutiques devient le lieu de construction de ces bases essentielles à la pensée individuelle et de la même façon la tâche du thérapeute devient plus claire. Nous pensons que c'est dans cette perspective qu'il faudra désormais questionner le dispositif thérapeutique des patients psychotiques par exemple.

Le concept d'inconscient disparaît ainsi de deux façons, et dans les présupposés théoriques de base et dans les objectifs du travail théra-

peutique. On peut réutiliser le terme d'inconscient à nouveau comme un qualificatif : est inconscient ce qui n'est pas encore accessible à la conscience, y compris les structures instinctives de base de l'homme telles qu'elles commencent à être définies par les recherches en éthologie comparée et de façon générale par la psychologie évolutionnaire. Elles sont encore assez largement inconnues aujourd'hui et sont donc représentées comme de l'individu qui tiennent compte des aspects biologiques comme source des motivations profondes du patient et du contexte social comme organisateur de celles-ci. Au bout du compte, le patient doit y retrouver clairement les choix qui furent les siens ce qui devrait lui permettre d'exercer des choix sans doute plus clairs et donc plus libres.

Cette histoire reste bien entendu une construction incertaine et définitivement incomplète tout comme notre identité d'ailleurs qui est toujours à construire. Il s'agit de donner au patient les moyens de réfléchir et de prendre vis-à-vis de sa propre histoire une position de néantisation qui lui permet de s'objectiver. Dans cette conception, bien entendu, le thérapeute n'est pas neutre, il co-construit avec son patient une histoire qui est le fruit de cette collaboration particulière qui lui impose à lui-même un haut degré de réflexion et de prise de distance par rapport à sa propre histoire et en particulier à ses préjugés sociaux. Il s'agit de poser un regard critique sur l'histoire du patient, non pas en considérant qu'il est le résultat de processus inconscients, mais de savoir comment aider le patient à prendre cette position d'altérité qui définit les processus de conscience tels qu'ils ont été définis par Ricoeur (1990). Nous existons tout d'abord dans le discours de l'autre et la conscience consiste sans doute à s'approprier l'ensemble de ces significations en en développant une position réflexive critique car elle suppose non seulement l'acquisition de la narrativité auto-biographique mais aussi la capacité de s'en séparer pour définir son propre projet existentiel (Sartre, 1972). C'est là l'essentiel du travail psychologique qui constitue la crise d'adolescence.

Je pense avoir indiqué, quoique de façon sans doute trop allusive, comment la phénoménologie nous permettrait de retourner vers des questions essentielles non seulement de la psychopathologie mais, au-delà, de toute activité psychothérapeutique. Son intérêt majeur est de faire apparaître des questions laissées en suspens et dans l'ombre de nos théories ce qui nous permet aussi de retourner au plus près des manifestations cliniques telles qu'elles nous apparaissent et ainsi plus à l'écoute de nos patients, de ce qu'ils nous montrent comme de ce qu'ils nous disent.