

DE LA PSYCHOTHERAPIE¹

POSSIBILITÉ ET RÉALITÉ DE L'ACTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Un jour, au cours d'une conférence, nous avons posé à nos auditeurs la question suivante : « Qu'attendez-vous, au premier chef, d'une conférence sur la psychothérapie ? » et les jeunes étudiants en médecine helvétiques de notre auditoire ont répondu sans vraiment hésiter : « Expliquez-nous comment la psychothérapie peut agir. » Nous pouvons admettre également qu'un certain nombre d'entre vous, lecteurs, s'est posé cette question et attend une réponse. Pour le jeune étudiant en médecine, une signification toute nouvelle apparaît lorsqu'il entend parler d'un exercice médical pour lequel il ne doit utiliser ni main, ni instrument ou médicament, ni lumière, eau ou air, pas plus qu'il ne doit se servir d'électricité, de chaleur ou de froid, mais seulement du discours humain, des mots et de tous les autres moyens par lesquels l'homme peut entrer en contact avec l'homme et agir sur lui.

Si, à la question « comment peut agir la psychothérapie ? » vous voulez percevoir quelque chose de la chose en elle-même et non pas quelque simple slogan au sens des dogmes théoriques de quelque école de psychothérapie et si vous ne voulez pas vous contenter d'une simple casuistique, nous vous demanderons tout d'abord de prendre en considération que nous ne pourrons rien faire pour l'intelligence des faits scientifiques si nous ne précisons, n'éclairons et ne contrôlons la portée et le

sens des mots et tournures utilisés par nous pour les décrire et les transcrire. Nous prions donc le lecteur de ne pas envisager notre exposé comme une manière de couper les cheveux en quatre, mais comme une tentative des plus sérieuses de lui exposer le sujet de notre thème et de la façon la plus vivante possible.

Le mot psychothérapie est une expression technique (*Kunstausdruck* *). Comme tout néologisme scientifique, il est redéivable de sa création et de son sens à un choix, abstraitemen effectué, d'objectifs bien précis, ici d'objectifs concernant la connaissance et les résultats de la psychiatrie clinique et se rapportant à une certaine sphère de l'être. La sphère en question est la sphère de l'être dans une intersubjectivité, dans un juste rapport avec autrui ou de l'être avec le monde communautaire (*Mitwelt* *). Dans toute forme de psychothérapie médicale, deux hommes se font face, deux hommes, d'une façon ou d'une autre, « se réfèrent l'un à l'autre en une réciproque dépendance », deux hommes, d'une manière ou d'une autre, « s'expliquent l'un avec l'autre ».

Dans l'expression psychothérapie, ce rapport de l'être humain dans-une-réciprocité-avec-autrui est, à un triple égard, simplifié ou « réduit » : premièrement, en ceci, qu'au lieu d'un des deux partenaires, le malade, il n'est fait mention que d'une simple abstraction scientifique, ici « la psyché », l'autre partenaire, le médecin, disparaît complètement derrière sa fonction de prochain, la *therapie* ; deuxièmement, parce que, en somme, celle-ci seulement parvient à formuler une direction de relation allant du sujet assumant la fonction thérapeutique, le médecin, à la psyché du malade et non pas du malade au médecin ; enfin, troisièmement, parce que la confrontation entre médecin et malade ne s'exprime pas comme un *rapport* avec le prochain (de prochain à prochain) mais comme un *service rendu à une cause*. Car, au sens médical et psychiatrique, en aucune façon psyché ne signifie le prochain = une personne, pas même le sujet psychologique, mais l'objet « animé » (*beseelt*), l'organisme animé, l'unité de fonction animée, le concept de fonction vitale psychique, etc. ; θεραπεία au sens médical du terme, par contre, signifie l'attention, le soin, la prise en charge, le traitement, comment on en peut faire profiter un autre organisme, un animal ou une plante, bref, un service de soins ou de bons offices à un objet de soin. Littéralement traduite, l'expression de psychothérapie médicale signifie donc : service médical rendu à l'âme (*Seele* *) d'un prochain (âme étant pensée comme quintessence des fonctions vitales psychiques). Si nous nous limitons à cette conception de la psychothérapie, comme elle le dit à

1. Les idées développées dans cet essai sont à mettre en relation avec les travaux suivants de l'auteur : 1° *Fonction vitale et histoire intérieure de la vie*, dans ce volume ; 2° *Le rêve et l'existence*, dans ce volume ; 3° *Geschehnis und Erlebnis*, *Mschr. Psychiatr.*, cahier 5/6, 1931 ; 4° *Das Raumproblem in der Psychopathologie*, *Z. Neur.*, 145, cahier 3/4, 1933 ; 5° *Über Ideenflucht*, *Art. Institut Orell Füssli*, Zürich, 1933, voir également *Psychotherapie als Beruf* : *Nervenarzt*, 1927, cahier 3 et *Erfahren, Verstehen, Deuten in der Psychoanalyse*, *Imago*, 1926, XII, cahier 2/3 et *Psychoanal. Almanach*, 1927.

partir du mot lui-même, c'est-à-dire à partir de la réduction du sens de l'être, en tant que prochain, à la signification de bons offices psychiatriques médicaux « unilatéraux » nous ne pourrions jamais comprendre et nous entendre sur la question : « Comment la psychothérapie peut-elle agir ? » car la psychothérapie médicale ne crée en aucune manière de nouvelles forces, pas plus que ne le fait la médecine somatique ; au contraire, de même que celle-ci peut seulement isoler, concentrer et diriger les forces qui règnent dans l'univers ou le cosmos anorganique et organique, la psychothérapie, elle aussi, peut seulement isoler, concentrer et diriger les « forces » qui règnent dans le cosmos de l'être en tant que prochain, de l'être humain avec et pour un prochain. Nous prions le lecteur de garder bien clairement à l'esprit que ces deux sphères de l'être (cosmos organique et anorganique et cosmos de l'être avec et pour un prochain) sont toutes deux primordiales et que toutes deux sont des « forces élémentaires ». Partout dans la médecine nous avons affaire à ces deux forces élémentaires et nous avons à y retourner mais c'est tout ; en effet, la signification de ces forces, elles-mêmes dans l'univers entier en soi et pour soi, et leur relation réciproque ne ressortissent plus alors au problème médical. Hippocrate a nettement formulé ainsi l'ultime conclusion de la sagesse médicale : « Les médecins s'inclinent devant les dieux parce qu'il n'y a dans l'art médical aucune force extraordinaire ».

La question apparemment si claire : comment, en somme, la psychothérapie peut-elle agir ? est en réalité, le lecteur l'aura sans doute remarqué lui-même, foncièrement ambiguë : d'une part, la question veut dire : *comment est-il, en somme, possible que la psychothérapie puisse agir ?* C'était certainement ce que sollicitaient surtout nos jeunes amis lorsqu'ils nous ont posé la question. D'autre part, elle veut dire : *de quelle manière la psychothérapie peut-elle réellement agir ?* en d'autres termes : comment le psychothérapeute obtient-il l'effet thérapeutique dans un cas concret ? Il est aisément de voir que ces questions sont immédiatement connexes à la question posée aux limites de la psychothérapie mais nous n'entrerons pas dans le détail car la réponse à cette question découle tout naturellement des deux autres. Le lecteur aura immédiatement notre réponse sur la première de ces questions et comme elles dépendent étroitement l'une de l'autre il n'est finalement souhaitable de répondre qu'en considération de ce rapport même. Cette réponse est : il est possible que la psychothérapie n'agisse que parce qu'elle représente une certaine partie du champ des actions qu'exercent partout et toujours les hommes les uns sur les autres ; peu importe que

cette action soit engourdisante par la suggestion, stimulante par l'éducation ou purement existentielle par la communication. En ce qui concerne ce dernier terme, avec Jaspers, Martin Buber, Löwith ; *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen* (L'individu dans le rôle du prochain), Griesebach et d'autres, nous le comprenons comme l'être purement humain *avec l'autre et pour l'autre* et non pas « compliqué » ou « troublé » par quelque *devoir* ou quelque *service* comme cela est le cas pour l'authentique relation d'amitié, d'amour, d'autorité ou l'authentique relation de confiance. La possibilité de la psychothérapie ne repose donc pas sur un secret ou sur un mystère, comme on pouvait l'entendre, en somme sur rien de nouveau ou d'inhabituel, mais au contraire sur un trait fondamental de la structure de l'être-homme (*Menschsein* *) en tant qu'être-dans-le-monde (*In-der-welt-sein* *) (Heidegger) l'être avec et pour l'autre. C'est dans la mesure où ce trait fondamental demeure « retenu » dans la structure de l'être-homme que la psychothérapie est possible. Si vous vous posez des questions sur ces « possibilités d'action » à l'intérieur de cette sphère de l'être-dans-le-monde, ce n'est pas parce qu'elles seraient pour vous ce qui est le plus éloigné ou le plus inhabituel, mais parce qu'elles vous sont existentielles, c'est-à-dire qu'elles sont pour vous le trait fondamental de votre présence ou de votre existence, ce qui est le plus proche et le plus familier ; car ce qui est existentiellement pour nous le plus proche, c'est-à-dire nous-même et notre relation avec nos prochains, nous apparaît théoriquement toujours en dernier lieu seulement ; vue théorique et interrogation théorique requièrent la distance, l'espacement, un regard ferme, « paisible » qui s'élève au-dessus de notre être quotidien « distrait » et « agité ».

Si nous nous tournons maintenant vers la deuxième signification de notre question, à savoir *de quelle manière* la psychothérapie peut agir *réellement*, ou, de quelle manière le psychothérapeute médecin parvient avec succès à l'action psychothérapeutique dans un cas particulier, nous devons nous en tenir d'abord à ceci, que l'être-médecin impose des limites à l'être-avec-le-prochain et dans quelle mesure il le fait et qu'il lui ajoute quelque chose de nouveau et dans quelle mesure il le fait. Cet élément nouveau, le lecteur le sait déjà, ne peut pas naître à partir de l'être-avec-un-autre-lui-même mais seulement à partir du service médical relatif au devoir médical « pratique », c'est-à-dire à partir du savoir médico-psychologique et de l'action selon le savoir. Ces deux sphères : l'être-avec-le-prochain et cet élément nouveau, l'être-médecin, ne sont pas dans une relation de l'un après l'autre, de l'à-côté-de-l'autre, ou de l'à-

partir-de-l'autre, mais dans le rapport « dialectique » l'un envers l'autre. La dialectique qui s'établit entre le propre sol maternel (la patrie) de toute psychothérapie, l'ouverture facticielle (*fiktisch*) *biographique* de l'être-avec-et-pour-l'autre, d'une part, et entre la connaissance et la maîtrise de la « psyché » considérée comme « organisme » de différentes *fonctions vitales* biologico-psychologiques d'autre part, cette dialectique domine en fait toute psychothérapie médicale pratique et toutes les affirmations scientifiques à son sujet. Communication dans l'existence et action dirigée vers un but de délivrance et de conduite de « forces » biologico-psychologiques, voilà les deux pôles dialectiques de la psychothérapie médicale et où aucun de ces deux pôles ne peut apparaître seul et unique, non plus qu'il ne peut s'effacer complètement en faveur de l'autre. Cela veut dire que, en tant que psychothérapeute médical, je ne pourrai jamais être seulement « l'ami » ou l'amoureux du malade comme cela est le cas dans la relation purement existentielle, de même que je ne pourrai jamais me limiter au seul service de l'objet. Un bon psychothérapeute ne peut être que celui qui, pour nous servir d'une excellente expression de Martin Buber, peut voir avec justesse dans toute relation dialectique, *le contre-point dominant* et l'utiliser conformément aux règles de l'art.

Un exemple de tous les jours va nous aider à éclairer tout ce qui précède et préparer tout ce qui va suivre : nous allons évoquer le cas d'une jeune fille, traitée au début par nous en psychanalyse et chez laquelle est apparu un état dont elle souffre depuis deux ans. Au moment des règles, pendant des heures ou des jours, elle émet, brièvement espacés, de forts bruits de hoquet, tandis que toute la musculature respiratoire, en particulier le diaphragme, mais aussi les muscles de la tête et le territoire de la musculature innervée par le facial droit, depuis le peaucier du cou jusqu'au muscle orbiculaire, sont atteints de secousses rythmiques. La sensibilité est parfaitement conservée, mais cependant, au cours de cet état, le sentiment du corps vécu fait défaut, ce qui est un symptôme très important indiquant toujours des troubles sévères du sentiment de corps vécu (*Leib* *) ou de la conscience du corps vécu. La malade considère son état avec une discrète expression de martyre sur le visage, mais au fond avec la « belle indifférence »² que montrent beaucoup d'hystériques. D'autres médecins avaient essayé de nombreux traitements pour lutter contre cet état : hypnose, ergothérapie, effet de surprise et de terreur, faradisation... en vain ; de sorte

que l'on s'était résolu, pour soulager la malade et alléger les désagréments de l'entourage, dérangé parfois des nuits entières par les bruits de hoquet, à utiliser de l'éther et du chloroforme pour obtenir une légère narcose. (La crise surprend la malade maintenant encore, au moment des règles, mais de légères douleurs dans la nuque en sont les seuls prodromes.) Malgré les bons rapports que nous entretenions avec notre malade, nous n'eûmes aucune influence sur le tableau clinique, de sorte que, une heure après notre visite, l'autorisation fut accordée de prendre la dose habituelle dans la bouteille de chloroforme déjà préparée à cet effet. Le même accès se reproduisit encore une fois le même jour et le jour suivant, pendant une durée d'une heure et demie, puis encore une autre fois après un intervalle de deux jours. La malade était entrée depuis peu dans notre établissement pour y être traitée, les motivations morbides dans l'anamnèse de la malade n'avaient pu être données et comprises ni par le médecin, ni par la malade elle-même. Le lecteur comprendra que pour le médecin la situation se présentait de façon difficile, épineuse. S'il s'agit d'une maladie, c'est-à-dire de névrose, le ou la « malade » garde la possibilité de limiter le médecin au rôle d'observateur passif ou de simple narcotiseur, comme cela avait toujours été le cas, ou bien le médecin devra-t-il « agir », c'est-à-dire apparaître comme prochain et comme médecin et être aussi en mesure d'assumer ce rôle réellement ? S'il lui arrive d'avoir le dessous une ou deux fois, cela peut influencer de manière décisive tout le cours du traitement, comme au sens négatif de la psychanalyse ; d'autre part, s'il ose risquer une intervention psychothérapeutique et s'il la manque, c'est alors que se joue l'issue favorable du traitement tout entier, c'est une des raisons pour lesquelles Freud a toujours conseillé de ne pas faire d'interventions actives pendant le traitement. Nous n'avions guère d'espoir en l'hypnose, en raison de ses résultats minimes jusqu'à présent, abstraction faite de nos principales préventions à son égard ; par ailleurs, comme le lecteur vient de le voir, on ne pouvait pas attendre jusqu'à l'éclaircissement historique de l'histoire de la vie et de la souffrance mais, malgré cet avertissement de ne pas agir activement, il fallait montrer que les exigences de la *situation psychothérapeutique* pouvaient être plus fortes que les avertissements théoriques du Maître. Ce qui est décisif dans des cas pareils, c'est votre propre audace et votre confiance en la victoire, et non pas la théorie. Nous nous souviendrons toujours avec quelle soudaineté s'imposa à nous *l'idée*, ou si l'on veut, l'inspiration, de nous approcher doucement du lit de la malade, de poser sur son cou les doigts de notre main droite, et de comprimer si fort la trachée

2. En français dans le texte.

qu'elle en perdit le souffle et se débattit pour essayer de se libérer de l'étranglement et, lorsque la pression se relâcha un moment, de faire une forte inspiration. C'est ainsi que le hoquet fut brutalement interrompu pour disparaître complètement après deux ou trois rechutes, qui furent traitées de la même manière.

Le lecteur aura vu ici un de ces exemples innombrables et variés, de la façon dont la psychothérapie peut agir réellement. Qu'est-il donc arrivé ? Rien d'extraordinaire, assurément : D'abord « quelque chose est passé par la tête » du médecin. C'est la première condition de tout art psychothérapeutique, comme de tout art médical, voire de *tout* art. Vous devez toujours garder présent à l'esprit que l'idée est bien une idée d'artiste et non pas de dilettante si elle jaillit d'une loi stylistique artistique scientifique qui donne sa *dimension* à la personnalité du médecin en question et qui, pour ainsi dire, s'incarne en lui. Cela vaut pour l'idée qui germe dans le domaine de l'art médical, aussi bien que pour l'idée au sens d'un motif musical ou poétique. De telles idées ne tombent pas du ciel, à moins qu'on ne soit un génie, de même que tout ce qui n'est pas exceptionnel provient d'un travail opiniâtre et patient, et toujours d'un affrontement de l'homme avec les lois et les règles objectives de son art et de sa science. Cette idée elle-même consistait donc en ce que (à l'encontre du trouble ou du renversement tellement puissant et profondément enraciné d'une forme de fonction biologique-physiologique et également manifestement psychologique — un « cycle de structure », comme dit von Weizsäcker) l'on appelle et que l'on mette en jeu une autre puissance qui soit à la hauteur de cette autre puissance vitale « troublante » ou, si vous voulez, « démoniaque », c'est-à-dire la puissance de la suffocation. Très souvent aussi, le médecin psychiatre, tout comme le somaticien, doit se limiter à opposer une puissance vitale à une autre, comme le ferait celui qui tire les ficelles dans les coulisses, dans la pièce que la vie met en scène, tantôt endormie dans le calme, tantôt se révélant dans le bruit et la fureur. Dans le cas présent, le lecteur a d'abord un exemple de cette action en coulisses dont l'effet s'exprime, du point de vue physiologique, dans l'arrêt de l'antipéristaltisme du hoquet par la mise en jeu de fortes déglutitions propres au péristaltisme normal et, du point de vue psychologique fonctionnel, par la récupération de la maîtrise de l'innervation des grands groupes musculaires dont l'importance est vitale et dont la volonté de la malade avait été dépouillée.

Nous ne nous attarderons pas davantage sur l'action de la psychothérapie sur l'organisme et la psyché au sens d'un ensemble unitaire de fonctions vitales physio-psychologiques, c'est-à-

dire sur *l'un* des deux pôles de l'acte psychothérapeutique. L'autre pôle, la relation existentielle entre le médecin et le malade, ne s'en exprime pas moins dans notre exemple, mais une intervention psychothérapeutique comme nous l'avons décrite ne peut agir — et vous ne devez la risquer — que lorsque vous vous trouvez avec votre malade dans une relation existentielle de communication et de confiance exprimée ou, mieux encore, tacite, relation dans laquelle le malade vous « manifeste » de la confiance et où vous, médecin, vous sentez « porté » par la confiance du malade dans votre être et votre action, « porté » comme le dit si justement la langue allemande³.

Cette confiance est le cadeau que le malade fait au médecin comme condition *sine qua non* de tout acte psychothérapeutique, et que vous obtenez d'autant moins que vous sollicitez davantage ; car elle est comme le cadeau de toute communication authentique au-delà de l'intention, du moyen et du but, au-delà de la cause et de l'effet. Si, dans notre cas, cette relation existentielle n'avait pas été préalable, notre intervention, c'est-à-dire la saisie et la compression de la gorge, n'aurait eu ou bien aucun effet, ou bien l'effet contraire, à savoir l'amplification du hoquet et du cortège de ses manifestations, la réduction de la malade à ses forces de défense motrices, le réveil ou l'intensification du refus psychique du médecin et même, par exemple, la manifestation de pure et simple antipathie pouvant aller jusqu'à une déclaration de refus de tout traitement ultérieur, etc. Le lecteur verra donc que cette inspiration psychothérapeutique ne pouvait venir et ne pouvait être conduite à bien que lorsque, abstraction faite de la loi stylistique générale, de l'art médical ou de la science, cette intuition correspondait à la « loi » individuelle de l'être-en-commun concret *de ce* médecin avec *cette* patiente dans *ce* moment. C'est seulement lorsque cette condition préalable est, elle aussi, remplie, que la psychothérapie peut agir en conformité avec le sens profond du mot « guérir ». Et ce n'est pas tout : le médecin doit pouvoir répondre à la confiance du malade, lui apporter de son côté le cadeau d'une confiance humaine s'il veut qu'une telle intervention lui soit suggérée et réussisse ; le malade doit savoir que le médecin, en tout cas et de tout point de vue, « est animé de bonnes intentions à son égard », qu'il veut l'aider de son savoir et de son talent, non pas comme un objet que l'on répare, mais en lui portant une attention confiante, en tant que « personne ». Dans le cas contraire, une telle intervention n'arrive pas à la forme complexe d'un acte psychothéra-

3. *Getragen*, pris dans le même sens métaphorique que *porté* en français. (N. d. T.)

peutique, mais reste ce qu'elle est en tant que simple agissement, en dehors de la sphère médicale et humaine : une menace, voire même une violence sur l'autre considéré comme un objet, donc un acte de brutalité. Le psychothérapeute doit se garder d'un acte pareil non seulement en raison des motifs évoqués plus haut, parce qu'il donne à la malade une raison pour se détourner de lui, mais au contraire — et ce qui purement psychothérapeutiquement pèse bien plus lourd dans la balance — parce qu'ainsi se déchaînent chez la malade tous les instincts masochistes de la soumission, c'est-à-dire le désir d'être violée, désir avec lequel le symptôme justement ne disparaît pas, mais, bien au contraire, est d'abord fixé et lié à la personne du médecin : cette intervention deviendrait alors une source toujours renouvelée de satisfaction masochiste à laquelle le malade aspire et qui devient ainsi l'occasion de réapparition toujours renouvelée du symptôme. Puisque nous sommes rarement d'essence *seulement* déterminée par l'esprit, mais le plus souvent *aussi* déterminée par l'*éros* — une opposition qui d'ailleurs n'est pas exclusive mais polaire — on ne peut ni ne doit nier que dans notre cas, aussi bien chez le médecin que chez la malade, des excitations instinctives aient été mises en jeu, de violence chez le médecin et de soumission chez la malade ; mais c'est justement ici qu'une telle constatation est peu de chose en soi et pour soi, car, ce qui importe ici, ce n'est pas de savoir si des incitations érotiques étaient ou non présentes, mais bien ce qu'elles signifient dans la totalité du sens de l'acte psychothérapeutique, à savoir : si elles asservissent le tout ou si elles le servent.

Par ailleurs, il est évident qu'un tel geste psychothérapeutique doit encore servir à l'analyse biographique et être expliqué par celle-ci car, en soi et pour soi, il subsiste toujours un doute : le rapport de communication avec le médecin était-il décisif en tant que tel, ou le médecin n'était-il pas considéré, de plus, comme porteur de l'image paternelle ou maternelle ? C'est pourquoi il est si important d'éclairer ce point, parce que les malades ne doivent pas simplement changer leur assujettissement biographique, à leur père peut-être, contre l'assujettissement au médecin. Nous reviendrons encore sur le double rôle du médecin, pris seulement en tant que « nouveau semblable » et en tant que porteur d'une « vieille » image, appartenant au monde d'autrui.

Dans le cas étudié ici, la crise de hoquet est réapparue lors des règles suivantes, mais a pu être jugulée de la même manière par un autre médecin : l'acte psychothérapeutique originel était déjà devenu un rite. Aux règles suivantes, à la grande déception de la malade, la crise réapparut encore, et, cette fois, accompa-

gnée de violentes douleurs du bassin ; là encore, et pour la dernière fois, elle fut maîtrisée de la manière rituelle.

Entre-temps, la biographie extérieure et l'histoire de la vie intime de cette malade âgée de 26 ans, avaient pu être approfondies, c'est-à-dire sa destinée extérieure, sa constitution, son monde communautaire et son monde environnant, ainsi que les décisions de sa vie intime : notre malade est aussi sensitivement renfermée que joyeuse de vivre, aussi passionnée qu'intellectuelle, très fière, « ne supportant personne au-dessus d'elle » ; à l'âge de 5 ans, elle avait subi un très grave tremblement de terre qui, sur le moment même, ne semblait pas avoir provoqué de troubles mais qui, d'après ses propres termes, avait laissé derrière lui comme une espèce d'incube, de cauchemar, une trace ou une marque qui était revécue sous forme de profonde angoisse dès la plus petite secousse tellurique. A 18 ans, au collège, à l'occasion d'une peur panique de tremblement de terre, peur très forte mais non fondée, elle perdit la voix pour la première fois, après qu'elle eût décelé quelque temps auparavant des tressaillements et des vibrations bizarres de son pharynx. La guérison fut obtenue au bout de quelques mois par l'application que faisait sa mère de cataplasmes très chauds sur la poitrine après que tous les autres traitements, notamment de faradisation sur le cou pendant quarante jours eurent échoués. C'est à 24 ans, par conséquent deux ans avant le début du traitement actuel, que, pour la première fois, durant les règles, la crise de hoquet apparut accompagnée de violentes céphalées postérieures, d'une perte d'appétit, de nausées et de fortes crampes d'estomac. Même tableau aux règles suivantes mais cette fois accompagné d'une extinction de voix ou aphonie, de nature indubitablement hystérique et survenant donc pour la deuxième fois. C'était pour l'aphonie et non pas pour le hoquet que la malade était venue suivre le traitement dans notre établissement. L'analyse nous apprit que le tableau clinique actuel n'était pas provoqué par une expérience vécue terrifiante — un soi-disant tremblement de terre — comme cela avait été le cas la première fois, mais par une décision propre liée à la biographie, à savoir par un sentiment de dégoût de la vie et d'opposition à sa mère, tendrement aimée au fond, mais virile et rigide, qui avait refusé des fiançailles avec le jeune homme qu'elle aimait.

Par la découverte de la motivation responsable de l'apparition et de la permanence de l'aphonie, grâce au contenu vécu de la révolte contre l'interdiction de sa mère, voire même de sa punition, l'aphonie disparut après quelques mois, la malade étant soutenue par une action de soi-disant *psychothérapie sociale*, c'est-à-dire par une intervention dans ses relations

sociales, ici, ses relations avec sa famille. Après l'élucidation de la genèse du symptôme, les parents furent convaincus d'autoriser les fiançailles de leur fille avec le jeune homme de son choix, contre lequel ne semblait d'ailleurs exister aucun grief valable. Peu après, cependant, ce jeune homme se révéla être un véritable voyou, les fiançailles furent rompues mais ni le hoquet ni l'aphonie ne réapparurent jamais. Mûrie et assagie par l'analyse, la jeune fille n'a pas pris l'incursion du destin dans sa vie sur un plan aussi « personnel » qu'elle ne l'avait fait pour sa mère, à l'inverse de nos malades névrotiques qui, en présence de frustrations de la destinée, se conduisent comme l'enfant devant le refus de sa gouvernante d'exaucer un de ses désirs. Cinq ans se sont écoulés, notre jeune patiente est demeurée célibataire, c'est tout ce que nous pouvons en dire et, faute de renseignements, on ne sait s'il faut en tenir pour responsables les relations extérieures ou les liens biographiques persistants.

Nous vous avons brossé, d'abord à larges traits, le processus de traitement psychothérapeutique de notre malade, non pas qu'il indiquât quelque chose de particulier, en soi et pour soi, mais parce que le lecteur peut en déduire comment la psychothérapie « peut agir » en tant que stratégie, c'est-à-dire quelque chose de *global* à partir de décisions et de méthodes particulières, tactiques et psychothérapeutiques ; dans notre cas, par exemple, la psychothérapie a agi comme un tout à partir d'un acte psychothérapeutique isolé, un rite psychothérapeutique qui en est issu, une intervention socialement psychothérapeutique et une certaine méthode psychothérapeutique, fondamentale au sens de l'exploration systématique de la biographie extérieure et de l'histoire intérieure de la vie. L'effet de la « force » au moyen de laquelle cette intervention *sociale*, c'est-à-dire le désir de l'autorisation de se fiancer à un homme aimé, pouvait agir thérapeutiquement, cette action qui, certes, n'a rien d'extraordinaire, nous n'avons pas besoin de vous l'exposer davantage ; il faut seulement en retenir que cette intervention sociale n'aurait pas été si clairement reconnue dans sa signification thérapeutique sans une pénétration plus précise de l'histoire intérieure de la vie, n'aurait pas été conduite vers un but précis et n'aurait pas aussi vite été réussie ; sans doute cette intervention sociale a-t-elle de son côté effectivement soutenu le succès thérapeutique de l'analyse.

Maintenant, en ce qui concerne le facteur psychothérapeutique de guérison le plus important, c'est-à-dire *l'exploration méthodique de l'histoire intérieure de la vie*, le lecteur retrouvera ici, dans un développement historique couvrant un important laps de temps, tout ce que nous avons dit en adjonction à l'acte psycho-

thérapeutique particulier. Au lieu de l'inspiration jaillie de la situation médicale globale et de la communication purement personnelle et au lieu de sa transposition instantanée en une intervention fondant une forme fonctionnelle « normale », une situation médicale nouvelle et une nouvelle communication, entre ici en jeu le *travail patient, commun, systématique*, pour une *reconstitution des expériences vécues* et une *reconstruction* réfléchie de l'histoire intérieure de la vie, travail absolument créateur pour les deux partenaires, travail fait de l'assemblage des actes d'expériences, de compréhension et d'interprétation qui, formant tout d'abord les uns avec les autres un tissu lâche apparaissent peu à peu comme de plus en plus fortement thématiquement liés et structurés, de sorte que, à la place de l'intervention intuitive, le *thème*, à présent, devient déterminant. Toute l'histoire intérieure de la vie d'un être, peu importe qu'elle se déroule de façon logique et droite, capricieuse et tortueuse, ne représente rien d'autre qu'un thème historique, thème qui, inépuisable en soi, « se rassemble » à partir de thèmes principaux divers et toujours inépuisables s'édifiant eux-mêmes à partir d'innombrables sous-thèmes. Plus le travail psychothérapeutique progresse, plus le rapport thématique devient un guide et plus s'estompe l'arbitraire de l'inspiration. Cette cure psychothérapeutique ne représente pas seulement un travail spirituel en commun appliqué à un objet ou à un problème communs, un service ou une performance par conséquent, mais aussi un contact communicatif et une influence réciproque ininterrompus, ce qui est l'élément décisif propre à tout traitement psychique. En aucune manière cette communication ne doit être, comme les psychanalystes orthodoxes le croient, saisie comme simple répétition, donc, dans le cas positif, comme transfert et contre-transfert et, dans le cas négatif, comme résistance et contre-résistance, car la relation entre malade et médecin représente un fait nouveau et autonome de communication, un lien nouveau créé par les deux destinées non seulement en fonction du rapport malade-médecin, mais encore, et surtout, en fonction de la relation purement humaine, au sens d'une authentique collaboration. Si un tel traitement échoue, l'analyste est alors enclin à admettre que le patient est incapable de surmonter ses résistances contre le médecin, considéré, par exemple, comme « image paternelle ». L'élément décisif du problème : une analyse peut-elle agir psychothérapeutiquement ou non ? souvent ne repose pas sur le fait de savoir si un malade peut surmonter les résistances contre l'image paternelle transférée sur le médecin et ainsi devenir libre et responsable de lui-même, mais bien sur le fait de savoir s'il peut ou non vaincre ses résistances contre le

père à l'aide de ce *médecin-là* ; en d'autres termes, si ce n'est pas le refus de ce médecin en tant qu'être humain, c'est-à-dire l'impossibilité d'entrer avec lui en relation authentique qui empêche l'interruption de l'*« éternelle »* répétition de la résistance contre le père. La théorie psychanalytique, on le sait, embarrassée à propos du mécanisme et, partant, à propos de la répétition (mécanique) est curieusement aveugle sur la catégorie du fait nouveau et par conséquent sur l'élément proprement créateur dans la vie de l'âme⁴ : Rejeter la faute de l'échec sur le seul malade ne correspond pas toujours aux faits ; nous médecins, devrions bien plutôt nous demander si la faute ne repose pas quelquefois sur nous. Nous ne voulons naturellement pas faire allusion ici à une faute sur le plan technique, mais à une faute bien plus profonde, l'incapacité d'éveiller ou d'attiser chez le malade *« l'étincelle divine »* qui ne peut être éveillée ou attisée que dans une communication authentique d'existence à existence et dont la clarté et la chaleur sont seules, au fond, capables de libérer l'être de l'isolement aveugle de *l'idios cosmos*, comme dit Héraclite, c'est-à-dire de la simple vie dans son corps, de ses rêves, de ses penchants privés, de son orgueil et de son exubérance et de l'élever et de le délivrer pour qu'il puisse participer au *koinos cosmos*, à la vie de la *koinonia* authentique ou de la communauté.

L'exploration de l'histoire intérieure de la vie a été facile dans notre cas puisqu'il a suffi, en somme, pour accéder à la guérison, de reconstituer, en conformité avec l'expérience vécue, le thème du conflit actuel avec la mère et le thème du conflit qui en découlait directement entre la volonté de mort et de vie, ou d'amour, et de lui montrer la place qu'il convenait de lui assigner dans sa propre vie. Ici aussi, cependant, il est arrivé d'importantes péripéties dans les relations de communication entre la confiance et l'affection portée par la malade au médecin et le travail en commun positif, d'une part, et entre la déception, le refus d'allégeance et le travail en commun d'autre part. Enfin, le médecin réussit à se tirer des implications de « l'identification » avec la mère et le père et à revenir à une relation de communication directe avec sa malade.

La question qui persiste, sans doute, dans l'esprit du lecteur et à laquelle je n'ai pas encore répondu est, bien sûr, celle-ci : en admettant que l'analyse historique soit exacte, en admettant

4. A propos de la critique de la psychanalyse dans cet écrit, le lecteur attentif ne manquera pas de voir combien l'auteur doit à la psychanalyse et combien les idées déposées ici contiennent justement le germe d'une élaboration ultérieure des théories psychanalytiques.

aussi que, grâce à la technique analytique, à l'intervention sociale psychothérapeutique et à l'éclaircissement de la communication, la malade ait pu être décidée à revenir sur sa décision antérieure et par une détermination nouvelle à renoncer en général à sa révolte contre « la vie » et contre sa mère en particulier, comment peut-on comprendre qu'elle ait récupéré la maîtrise de sa voix qui lui avait été complètement retirée pendant deux ans ? Le lecteur comprend peut-être comment il fut possible par un travail en commun d'amener la malade à *vouloir* à nouveau parler à haute voix, mais il ne comprend pas comment ce *vouloir* a pu se convertir en un *pouvoir* ; car, en tout cas, on doit absolument exclure ici une possibilité de simulation, ce que la question pouvait peut-être insinuer. Dans cette relation malade-médecin il est très important de prêter attention à ce que de tels malades observent sur eux-mêmes pendant leur convalescence, en rapport avec la récupération de la maîtrise de leur corps vécu et la disparition du symptôme. Ils expliquent souvent qu'ils ont l'impression d'avoir oublié quelque chose, par exemple un nom, et qu'il semblât que la chose oubliée voulût revenir à leur conscience à chaque moment, mais elle disparaissait à nouveau jusqu'à ce qu'un jour elle apparût brusquement à leur esprit, claire, précise et à leur disposition. Il en a été de même pour notre malade avec la reconquête de sa voix et la récupération de sa maîtrise sur celle-ci.

Si le lecteur veut à présent comprendre ce qui, à proprement parler, se passe, il ne devra pas penser à quelqu'une des théories psycho-physiques, à quelque parallélisme ou à une interaction psycho-physiques inutilisables pour nous en psychologie et en psychopathologie. Nous lui demanderons seulement de penser comment « le corps vécu » redévient psychologiquement et psychopathologiquement important, surtout en tant que donnée corporelle ou conscience corporelle, avec tout *l'a priori* de ses lois essentielles et les possibilités d'altération de sa « facticité ». En premier lieu, le lecteur se demandera comment le malade vit dans son corps vécu ou, mieux encore, comment il expérimente son corps vécu et comment il le « ressent ». Par cette façon de le ressentir, il ne devra entendre ni sensations sensorielles ni sensations d'organes, ni sensations corporelles vécues particulières, et surtout pas des perceptions corporelles optiques ou tactiles (*« extérieures »*) mais un état de fait phénoménal, absolument unitaire et singulier, d'avoir un corps vécu et de l'expérimenter, lequel état de fait, comme Scheler l'a si clairement montré et Plesner si minutieusement étudié, est donné à toute sensation isolée, factuelle du corps vécu comme « catégorie », comme forme essentielle « pure » ou comme norme.

Déjà Schelling a reconnu la singularité phénoménale de cette sphère des essences en l'éloignant de la sphère esprit-objet et en la particularisant en tant que sphère âme-corps, (*Seele-Leibspäre* *) expliquant : « L'esprit n'a qu'une relation avec le corps (*Körper* *) l'âme avec le corps vécu (*Leib* *) ; le corps vécu est ressenti, le corps est saisi. » Mais déjà dans les théories de la guérison chez les Indiens et chez Plotin, cette sphère de la « corporéité », l'« avoir-un-corps-vécu » et l'épanouissement en elle, en tant que forme existentielle singulière, avait été reconnue dans sa particularité phénoménale de la façon la plus radicale et opposée à d'autres formes d'existence. Pour notre époque, nous citerons seulement les travaux de Klages, Erwin Straus, Buitendijk, Heinz Werner et tout particulièrement ceux de von Weizsäcker, travaux qui nous ont permis d'enrichir et d'approfondir notre connaissance de la sphère corporelle, dans ce qu'elle a de factuel et d'empirique. Nous nous séparons de von Weizsäcker principalement quand il objective la sphère de la « corporéité » et l'appréhende en tant qu'« événement » du corps vécu (voir « Événements corporels et névrose ») alors que nous-mêmes sommes persuadés qu'ici nous devons nous tenir aussi loin que faire se peut d'une appréhension objectivante et rester dans la sphère du *vécu* corporel. L'objectivation conduit immédiatement à la théorie et à la tentative de « franchissement » de l'opposition entre physique et psychique, tandis que nous-mêmes voulons creuser un « tunnel » sous cette opposition, ce qui n'est possible que dans la mesure où nous demeurons sur le plan purement *phénoménal*, c'est-à-dire à l'intérieur de la sphère de l'expérience vécue et de la signification ou en d'autres termes, dans la sphère de l'existence. C'est à ces théories que vous, lecteur, devez penser et non pas à ce que la physiologie vous a appris (qui fait de la corporéité un ensemble fonctionnel purement biologique-objectif) si vous voulez comprendre comment notre malade a retrouvé sa voix et comment dans ce cas, la psychothérapie a « agi », voire, même, ce qui est étroitement lié à la possibilité de cette compréhension, comment elle a *perdu* sa voix.

Tandis que chez les malades frustes, il semble bien qu'un tel symptôme explose brutalement en plein ciel bleu, comme réactionnel à un événement donné, chez les malades cultivés, habitués à l'introspection, on peut reconnaître une incubation de plus ou moins longue durée avec des stades intermédiaires variés. Chez notre malade, comme vous le savez, la douloureuse crise de hoquet apparut avant l'aphonie, tandis que des manifestations prodromiques avaient elles-mêmes, cependant, précédé celle-ci. Le point de départ de tout cet ensemble avait été l'inter-

diction par la mère de prendre part à un certain bal où elle espérait rencontrer son bien-aimé. Là-dessus se greffèrent d'abord la perte de l'appétit et du sommeil, dont nous avons déjà parlé, de vagues tendances au suicide se manifestèrent et apparut le sentiment d'être sérieusement malade organiquement et le désir de voir encore une fois le bien-aimé sur son lit d'agonie. Toutes ces choses sont bien quotidiennes et connues et le lecteur se demandera pourquoi nous l'y retenons. Mais allons plus avant. Après trois semaines où la malade, physiquement, continuait à être beaucoup plus « abattue », les règles apparurent, c'est-à-dire une autre modification de l'expérience corporelle, en soi et pour soi particulièrement importante. Alors survinrent, déjà mentionnées, les nausées puis des vomissements et des céphalées violentes, auxquelles virent s'ajointre, dès le troisième jour, des crampes d'estomac très douloureuses, avec des aigreurs et des éructations qui durèrent des jours et qui se transformèrent progressivement en crise de hoquet. Nous l'avons déjà dit, il ne faut pas considérer ces troubles du point de vue du physiologiste ou du physiopathologiste ou l'on n'y comprendra rien ; car on doit non seulement savoir que l'homme *possède* un corps vécu et comment ce corps vécu est fait, mais aussi qu'il *est* lui-même en permanence d'une façon ou de l'autre, un corps vécu. Cela, cependant, ne veut pas dire qu'il vive corporellement en permanence et d'une façon ou de l'autre, mais au contraire qu'il parle ou s'exprime sans cesse corporellement d'une manière ou de l'autre, qu'il possède donc, à côté du mot articulé à haute voix ou à côté d'un langage figuré plus ou moins objectif, un langage du corps très clairement articulé. L'être humain s'exprime toujours dans ce langage, d'une manière particulièrement intelligible lorsque, à la suite de l'abandon de la communication et du repli sur le moi propre, il n'est plus question de moyen d'expression propre de la communication, plus question de langage parlé, quand aussi l'imagination créatrice elle aussi se tait et que l'homme s'enferme dans le silence de son tourment. Mais l'être humain est tellement une essence parlante, au sens le plus étendu, qu'il exprime encore quelque chose : la malade, qu'on ne doit pas tenir pour une « hystérique », au sens courant du terme, c'est-à-dire pour un être au caractère faible auquel on ne peut se fier, surtout enclin à des formes d'expression inauthentiques et spectaculaires, pour tout ce qui, au fond, ne *doit* rien avoir à faire avec l'hystérie au sens purement clinique, Bleuler a toujours insisté là-dessus, la malade *souffre* vraiment. L'interdiction de la mère et l'obligation de renoncer à son amour ont donné un coup très dur à sa volonté de vivre ; elle se retire de la vie, mais elle ne peut ni ne veut sérieusement mourir.

Ainsi vit-elle constamment entre la vie et la mort, sans but ni dessein, c'est là le terrain le plus fertile pour qu'y éclosent une névrose si nous ne voulons pas désigner en soi et pour soi, ce qui est plus exact, cette forme de vie ou d'existence de la demi-mesure et de l'indécision comme ambivalence névrotique, bref, comme névrose. C'est dans cette forme d'être que la sphère de la corporéité prend une signification nouvelle, elle qui, autrement, représente soit un horizon (*Horizont* *) muet et un arrière-plan indécis, un point d'appui médian ou bien un premier plan plus ou moins net ou bien encore une sphère d'activité bien structurée de notre être. Après que tout le reste, le monde commun comme le monde environnant, ait été « étouffé », soit devenu sans aucun sens, sans but, c'est-à-dire sans vie, la corporéité est devenue une retraite, la propre retraite de notre être, une retraite qui, en aucune manière, ne donne une impression d'aise et d'intimité, mais qui se présente d'une façon angoissante comme le « siège » de la simple *pression* vitale, à présent inquiétante, aveugle et sans but, nous tourmentant, nous effrayant et nous angoissant ; car là où la simple pression vitale nous pousse, nous traque, on trouve le bord de l'abîme, du vide existentiel total, du néant⁵ (une souffrance qui nous fait comprendre que tant d'êtres essayent de la combattre par des drogues, ne supportent plus la vie que dans l'ivresse ou la narcose et deviennent alcooliques ou morphinomanes). Le corps vécu continue de « fonctionner » ici « seul » et, cela, d'une manière rebelle parce que non régie ni guidée par un sens propre et, dans cette révolte, il se charge aussi de la fonction du langage, il devient au sens le plus large du terme, l'organe verbal de cette révolte. Mais c'est aussi par le retrait dans mon corps, en « moi en tant que corps vécu », que je parle. C'est une chose que savent bien les langues populaires où se trouvent cachés de grands trésors méconnus à ce point de vue. Et nous ne faisons que diriger ce savoir vers notre patiente lorsque, dans son incapacité où la met cette révolte d'absorber et de conserver la contrainte et de la rejeter, nous voyons l'expression concrète du langage corporel, de son incapacité en général, « d'avaler » et de digérer quelque chose menaçant son instinct de vie, quelque chose qui ne lui convient pas à elle, tout ce qui, existentiellement, n'est pas assimilable pour elle ; et nous appliquons encore ce savoir lorsque nous voyons ce quelque chose d'inassimilable dans l'inter-

diction de la mère de participer au bal et de se fiancer à son bien-aimé et encore lorsque nous expliquons sans ambiguïtés : la malade ne peut pas *avaler* l'interdiction de la mère, elle ne peut ni *avaler* ni *digérer* l'atteinte et l'offense faites à son amour et à sa volonté de vivre. D'où le génie de la langue populaire tirerait-il une telle expression s'il ne la créait à partir de la vie quotidienne et du savoir du peuple ? C'est dans de telles expressions populaires et non pas dans la jonglerie avec les termes techniques savants que nous voyons, bien mieux exprimée, l'authentique unité de l'âme et du corps vécu, l'authentique être-homme.

Le lecteur ne doit cependant pas croire qu'il s'agit dans notre exemple, comme c'est trop souvent le cas, d'une analogie ou d'une simple métaphore dans la mesure où quelque chose de psychique serait *décrit* de façon analogique ou métaphorique au moyen d'une expression corporelle (*leiblich* *) ; car ici, il ne s'agit pas, comme nous l'avons déjà montré à propos de l'ascension et de la chute, d'une question de dénomination au sens d'un simple choix d'expression, mais au contraire de quelque chose qui repose bien plus profondément, à savoir du fait que notre *existence* s'ouvre toujours dans certaines directions significatives (*Bedeutungsrichtungen* *), c'est-à-dire l'ascension ou la chute, le planement ou le saut, le *devenir* large ou étroit, plein ou vide, clair ou obscur, tendre ou dur, chaud ou froid, etc. Dans notre cas, cependant, il s'agissait de *prendre*, *accepter*, *absorber*, bref, de l' « *assimilation* » et du *refus* du sujet, de la *résistance*, en un mot, de l' « *expectoration* ». Ces directions significatives essentiellement unitaires, le langage lui-même les dissocie en modes d'expression corporels, psychiques, spirituels ; il ne pourrait pas cependant échanger ces modes d'expression les uns avec les autres, et surtout il ne pourrait pas les échanger avec une telle légèreté et une telle immédiate assurance de l'être-compris, si elles ne se fondaient pas sur une forme unitaire vécue. Nous ne devons pas chercher la connaissance de cette unité dans la science, mais bien là où elle est conservée et où elle s'épanouit, justement dans la langue populaire et ses caractérisations de l'homme, là où elle est consignée dans les proverbes, les gros mots, les bons mots, les injures, les images et les comparaisons. Nous ne comparons absolument pas la déglutition physiologique, élément déjà scientifiquement isolé à partir d'un tout originairement unitaire anthropologique et pourtant physiologique, avec l'abstraction physiologique de la rage, de la vengeance, de la tristesse, du désespoir, mais dans les deux nous ne voyons que des expressions particulières spécifiques pour un seul et même état de fait existentiel. Que nous appelions

5. L'exemple bien connu de tous, soi-disant « normal », tiré de la vie quotidienne pour décrire ce vide existentiel et le vécu corporel accablant ou bien gênant qui y ressortit est « l'ennui » et le mouvement « traînant » de l'expérience vécue qui lui correspond.

révolte psychique la rage, une incapacité d'avaler, ou que nous appelions l'incapacité d'avaler révolte psychique ou rage, cela demeure au fond la même chose même si la langue populaire donne la préférence à l'évidence dans le premier cas. Nous *vivons* de façon bien plus unitaire que nous ne *pensons*, voire même que nous ne « parlons » et maintenir problème de pensée s'écroule lorsque nous le transformons en problème vital correspondant. Nous nous plaçons donc face à la théorie habituelle de la sensibilité en la récusant exactement comme celle de James Lange ; il n'y a rien là de primaire ou de secondaire, ni cause ni effet, ni fondement ni conséquence. Nous n'avons ni un sentiment de frayeur ou de déception *parce que* nous souffrons d'une perte de tonus, ni nous ne souffrons d'une perte de tonus *parce que* nous avons peur ; la peur et la perte de tonus sont plutôt deux expressions verbales différentes, corporellement — psychiquement différenciées, pour un seul et même fait, à savoir le dérobement et le vacillement de l'« orientation » de notre existence dans son *espace* global, historico-biographique vital et dimensionnel. On ne doit en aucune manière, comme cela a été fait trop souvent à la légère donner, à propos de ce fait une indication seulement négative, c'est-à-dire « psychophysiquement neutre », mais il faut le distinguer de façon positive, c'est-à-dire existentielle ; dans le dernier cas il s'agit d'un changement de la direction significative à partir de la signification de la sécurité existentielle vers la signification de la commotion existentielle « dans l'espace », etc., ou bien, dans notre cas, comme la transformation de la direction significative à partir de l'« assimilation » existentielle, c'est-à-dire à partir de la signification aussi bien biographique que vitale et dimensionnelle de ce qui est *pour moi* et *en moi*, en la signification de ce qui est *rejeté de moi* et *hors de moi*, c'est-à-dire l'expectoration existentielle. A notre avis, on n'atteint donc pas tout le problème lorsque l'on déclare simplement qu'une excitation psychique de défense « se convertit en élément corporel », mais on doit comprendre que le « corporel », la corporéité, n'est qu'une forme particulière de l'existence humaine, que, dans certaines circonstances, elle demeure le seul et unique « champ d'expression » et pourquoi il en est ainsi, et que l'être humain utilise ce langage, et qu'au lieu de se mettre en colère et de vaticiner, il glousse, éructe, piaille et « dégueule ». Lorsqu'il atteint un degré plus important que la moyenne, nous appelons ce fait anthropologique réduit à la clinique : maladie, et lorsqu'on le limite à l'établissement d'un diagnostic standard : hystérie.

Chez notre malade, la perte de l'appétit et du sommeil, la

nausée et les crampes d'estomac représentent la première étape de la maladie, l'accès de hoquet la deuxième et, aux règles suivantes apparaît la troisième et dernière étape : l'*aphonie*, ou pour l'exprimer de façon positive, le murmure qui maintenant accompagne le glouissement temporaire comme symptôme durable. C'est dans ce chuchotement que nous devons apercevoir un nouveau renoncement à la communication et, indirectement, une nouvelle punition infligée à la mère. Il s'agit d'un nouveau repli de la vie en communauté, ce qui signifie toujours une vie orientée vers le lointain et l'avenir, vers la vie dans l'*être seul* (qu'il ne faut pas confondre avec la solitude) une vie dans l'*idios cosmos*, dans la pure corporéité et proximité corporelle sans avenir et qui se traîne languissamment. Ce repli trouve une voie d'autant plus facilement que déjà une voie analogue avait été existentiellement tracée par la terreur provoquée par le tremblement de terre et que la sécurité physique vitale avait déjà expérimenté une menace renouvelée au sens d'une menace mortelle. Une telle menace nous renvoie à notre propre existence puisque nous, chacun pour soi, tout seul, nous devons nous arranger nous-mêmes avec les problèmes de notre mort et de ce qui menace notre vie. Ici aussi, c'est la langue populaire qui nous renseigne. L'un « s'évanouit » de terreur, pour l'autre, c'est la terreur qui « pénètre ses membres », le troisième est « muet » de terreur, le quatrième, la terreur lui fait « faire dans ses culottes », le cinquième devient « pâle comme un mort », partout donc nous voyons paralysie, inhibition, « perte de tonus », perte de la complète maîtrise des domaines différents de la corporéité, plus exactement incapacité de s'ouvrir dans ce domaine de la corporéité. Pourquoi, parmi toutes ces possibilités relevant de la terreur provoquée par le tremblement de terre notre malade a-t-elle justement effectué son renoncement dans le domaine de la voix et non pas dans celui de la marche ou de la station debout (abasie ou astasie) ? Nous n'avons pas pu tirer au clair si, par exemple, des expériences vécues et des pulsions instinctives non encore différenciées et, surtout, d'ordre érotique etc. ont « agi ».

Il est à présent facile de comprendre, par ailleurs, pourquoi, à la faveur d'une nouvelle expérience vécue existentielle de préjudice et de menace, la *zone orale* (devenait région privilégiée pour y subir une nouvelle atteinte, laquelle zone orale, abstraction faite de toute interprétation purement psychanalytique, représente certainement quand même, en une certaine mesure et dans la dimension qu'on lui attribue, un cycle de fonctionnement unitaire, psycho-phérique, et pourquoi cette nouvelle atteinte, en fin de compte a utilisé à nouveau l'expression de l'expérience

vécue antérieure : l'aphonie. Ne s'agit-il pas justement ici partout de cette direction existentielle, de la signification qui se rapporte à l'entrée et à la sortie, aux échanges internes et externes entre le monde propre, le monde environnant et le monde communautaire et que nous avons d'autant plus le droit d'appeler pôle oral ou ce que nous préférions : oralité, que nous reconnaissons davantage qu'ici la sexualité ne joue pas un rôle génétique ou causal, mais représente tout simplement un cas singulier bien que très important sur le plan vital, une partie de cette direction significative existentielle commune. Ce fait justement explique que les différentes significations singulières et leur importance singulière, comme, par exemple, les significations sexuelles nutritives et communicatives sur le plan psychique, peuvent se réunir, se représenter, se favoriser et s'inhiber. Une chose est de savoir par expérience qu'*historiquement*, au début d'une biographie qu'on appelle névrotique, il y a toujours des *contenus* sexuels vécus ou imaginés — nos propres expériences ici rejoignent celles de la psychanalyse orthodoxe — et autre chose est de poser comme une affirmation évolutionniste que le « sexuel » représenterait la base *génétique* pour toutes les autres *formes d'expérience* vécue, en tant que telles, en se fondant sur une spéculation théorique.

Le lecteur comprendra mieux ainsi de quelle manière la psychothérapie pouvait agir sur l'aphonie. Il verra qu'à proprement parler, il a été question ici d'une *hiérarchie des actions*, au contraire de la plupart des cas où, en règle générale, l'aphonie est supprimée en une seule séance par suggestion. Dans de tels cas, il s'agit ou de cas très récents chez qui le symptôme n'est apparu que depuis quelques heures ou quelques jours (pour d'ailleurs réapparaître à chaque occasion), ou bien d'un être humain moins « sérieux » et moins à prendre au sérieux, ou d'une souffrance et d'un conflit psychologique moins profond. En ce qui concerne l'action citée plus haut, à savoir le réveil du désir de la malade de quitter son isolement pour revenir à la vie de la communauté, nous en avons déjà discuté ; là, il ne s'agissait pas d'une augmentation de sa volonté de revenir à la santé, comme ce doit être souvent le cas chez des êtres joueurs et moins sérieux, mais absolument d'un réveil et d'un renforcement de sa volonté de vivre, provoquant donc sa décision vers la pleine réalité de la vie. L'action suivante consiste en ceci que le rapport de motivation entre la décision de « retraite » en dehors de la vie et la communication vivante (la malade parlait elle-même d'un *détachement de la vie*⁶ et la

perte du discours à haute voix lui devenait non seulement compréhensible mais lui était *reconstituée*, c'est-à-dire pleinement revécue ; la troisième action consista en ce que sa voix lui *revint* réellement ou réintégra sa mémoire, lequel retour, quand il ne s'agit pas de troubles organiques, signifie en même temps que quelque chose peut être à nouveau reproduit, innervé, ici nous dirons qu'il peut être *entonné*.

Eu égard à cette dernière action psychothérapeutique qui, en règle générale n'est pas, bien sûr, particulièrement mentionnée et représentée, nous ne pouvons qu'amener nos malades jusqu'à la porte majeure de la guérison ; c'est tout seuls qu'ils doivent faire eux-mêmes le pas nécessaire pour la franchir. Nous pouvons bien les aider à faire reculer les réfoulements, comme le dit Freud, et nous pouvons les amener à ce que le refoulement se transforme en un simple oubli, comme c'est le cas, par exemple, lorsque nous avons oublié le nom d'un indifférent, mais nous ne pouvons pas « faire » que, ce qui a été oublié par eux, ici la force kinesthésique de la « voix », soit par eux à nouveau « empoignée » (car c'est cette dernière qui importe beaucoup plus que la simple forme du son, bien que naturellement, ici, la forme du son et celle du mouvement soient très proches l'une de l'autre.)

Nous devons, à présent, revenir une fois encore un peu en arrière. Le symptôme hystérique ne signifie, comme on l'a vu, que l'expression corporelle spéciale, l'articulation et l'accentuation corporelles d'un mode d'exister général replié sur la corporeité et le langage du corps, un mode d'exister extrêmement imparfait, c'est-à-dire « déficient ». Que l'existence se trouve une fois prise dans une telle expression corporelle, elle perd alors tout rapport avec le passé et l'avenir, ce qui veut tout simplement dire que l'être humain s'est démis de son propre destin impliquant histoire et temporalité et qu'il est contraint de mener une vie sans passé ni avenir authentiques et même à proprement parler sans présent authentique, sans pérennité ni attente et aussi sans possibilité de s'instruire ou de mûrir, donc une vie purement corporelle. (Tout cela est contenu dans une *seule* formule : « inconsciemment »). Au cours du traitement, de l'éducation et de la communication psychothérapeutique, ce *statu quo* existentiel se remet dans le « courant » ; la mémoire du passé revient, l'avenir est attendu, la vie dans la corporeité est reconnue comme étant le repli de toute vie propre, comme un *statu quo* « artificiel » et on y renonce, l'expression corporelle est, dans ce sens-là, comprise et traduite et ainsi, enfin, il n'existe plus d'obstacle à la libre vie dans la sphère du corps vécu, à son libre cours (au contraire de sa « stagnation », de

6. En français dans le texte.

sa fixation dans un « symptôme » physique d'une part, dans l'abolition totale du sentiment du corps vécu, d'autre part). Notre malade n'a maintenant plus qu'un dernier effort à faire, comparable à celui que nous faisons tous lorsque nous cherchons un nom oublié ou, pour parler en termes de neurologie, sa forme de résonance, de mouvement et d'image. Le lecteur remarquera bien qu'il ne recherche pas ces formes « dans le cerveau », c'est l'affaire du neurologue (dont la recherche et la découverte sont orientées dans une autre direction que celle, vivante, dont nous parlons ici), mais dans « la tête », « l'oreille », « l'œil », sur « la langue », dans « la gorge », sur « les lèvres », dans « les doigts », etc., cela signifie qu'il la cherche dans sa sphère corporelle ou dans sa corporéité, dont il sait déjà qu'elle ne constitue pas une « partie » de lui-même mais qu'elle lui est en quelque sorte inhérente. Il se cherche également lui-même, dans un nom oublié, une certaine forme de perplexité à l'intérieur de son existence corporelle qui l'empêche d'être satisfait « de lui-même » quand il ne trouve pas le nom qu'il cherche (cela vaut naturellement également pour les « images », donc, avant tout, pour les images oniriques ; celles-ci aussi sont nous-mêmes). Et lorsque notre malade nous dit que la maîtrise de sa voix, comme quelque chose qui avait été oublié, tantôt lui revient et tantôt disparaît, nous y voyons le dernier reste de son oubli d'elle-même, de sa perplexité à se choisir elle-même, et de son « être-pris-par-le-corps », en d'autres termes, de sa stagnation existentielle, de son enlisement, de son adhérence, comme chacun de nous l'a expérimenté dans « l'état » de l'être qui réfléchit à quelque chose d'oublié et non pas *seulement* dans cet état, nous l'avons vécu de façon très constante puisque ce n'est que dans de rares moments que nous sommes « tout à fait avec nous-mêmes », ou *tout à fait* nous-mêmes. Cependant, même à ces moments-là, même dans ces rares instants de l'« être entièrement avec nous-mêmes », nous ne nous retirons pas complètement de la sphère corporelle mais nous vivons alors en elle d'une manière totalement différente car, à la place de cette manière justement appelée ceprice et réceptrice dans l'existence sur la langue, les lèvres et les doigts, dans l'œil et dans l'oreille, apparaît alors, lorsque nous sommes tout à nous-mêmes, un type d'existence purement central. Pour désigner ce mode d'existence, les langues populaires ont justement une expression, la plus précieuse peut-être de tout le trésor du langage populaire : le *cœur*. Ce sont les moments où « notre cœur parle », le centre, la profondeur de notre être propre, dans lesquels les paroles « viennent du cœur », dans lesquels le chrétien augustinien perçoit la parole de Dieu et la profère, ce verbe qui ne

vient plus de la bouche mais, comme le dit saint Augustin : *ex corde sonat*.

Revenons-en cependant à la périphérie, à la recherche d'un nom oublié. De ce point de vue également, saint Augustin est pour nous d'un précieux enseignement. Il décrit cette recherche (*Confessions*, chap. X, 19), à laquelle, à notre avis, on n'a jusqu'à présent pas suffisamment prêté attention, en s'inspirant complètement des principes de la forme et avant tout, du principe du tout, lorsque, au lieu du soi, il parle de la mémoire, *memoria*, qui, chez lui, représente le propre être créateur et spirituel. Dans l'oubli, la mémoire est comme boîteuse (*claudicans*) et estropiée (*obtruncata*), là où la mémoire était *habituelle*, il manque quelque chose d'une liaison à laquelle elle était *habituelle*, la partie conservée y cherche passionnément le chaînon oublié qui lui manque jusqu'à ce que, par le refus de toutes les autres parties non adéquates, ballotée, repoussée de-ci, de là, entre les impulsions en avant (la recherche et la stagnation), nous ayions trouvé avec un « le voilà ! » de victoire, le chaînon qui lui manquait. William James qui, dans ses *Principles* (I, 251 et suiv.), décrit exactement le même processus de recherche d'un nom oublié, n'a jamais dépassé en aucune manière saint Augustin, abstraction faite de positions terminologiques concernant l'*anticipatory intention* et les *premonitory perspective views* auxquelles il attribue, à si juste titre, la part prépondérante de notre vie psychique. Toutes ces habitudes (*consuetudines*) et leurs « mutilations », toutes ces *intentions*⁷ par *anticipation* (*anticipatory*), tous ces repérages subséquents à une certaine *perspective* scrutant l'avenir, ne concernent absolument pas des formes d'être absolument spirituelles ou seulement psychiques mais impliquent bien plus ce que les expressions verbales ont en partie conservé avec certaines formes et attitudes de la corporéité, de la vie de la sphère corporelle vécue et surtout de la « démarche », de l'attitude, de la « main » et de l'« œil ».

Que l'on enferme le fait, qui partout ici entre en ligne de compte, dans l'étroite cage de l'expression conscient-insconscient et l'on obstrue toute vue sur la possibilité de le comprendre, à moins qu'on ne retourne peut-être à Leibniz qui a rendu cette opposition familière à la psychologie allemande, mais l'a comprise de façon totalement métaphysique. Bien que nous ne partagions plus ces vues métaphysiques, nous sommes quand même obligés de constater qu'ici et sur le plan de sa relation d'intensité croissante de la conscience avec l'augmentation de la clarté et de la précision des représentations, avec le développement de

7. En français dans le texte.

l'intelligence à l'égard des vérités éternelles qui permet l'approfondissement réussi de la connaissance de soi, voire de la maturation de « notre moi-même », Leibniz est bien plus proche de nous qu'un Herbart, qu'un Fechner ou la conception topologico-quantitative de Freud, bien que d'un autre côté Freud, justement, ait très bien vu ce dont il s'agit ici, sinon dans la forme, du moins pour le fond.

Freud ne nous a-t-il pas justement appris à comprendre le « je ne peux pas » des malades comme un « je ne veux pas » et, par conséquent, le rapport « moi, pas moi » comme le rapport « moi, moi-même », et la psychanalyse n'a véritablement droit à l'existence que dans la mesure où cette traduction est possible ou, au moins, à un sens. Freud, cependant, transforme alors une fois de plus en une intention « suicidaire », au sens propre du terme, le *je ne veux pas* en un *ça ne se peut pas*. C'est toujours et partout le mécanisme de cause, effet, intensité, lignes de force, etc. qui, avec tout son accompagnement conceptuel, sous-tend la prise de conscience d'un contenu, comme aussi d'un refus, mais c'est aussi ici justement que se vérifie le mot de Lotze à propos de l'opposition entre « l'extension universelle sans exception » et la « subordination de la signification » que le mécanisme doit réaliser dans l'édification du monde. Dans le phénomène tout entier de la conscience, au sens de l' « avoir conscience de quelque chose », comme dans tous les phénomènes authentiquement psychologiques, non seulement le sujet possédant, l'objet possédé et le mode de possession entrent en ligne de compte, mais aussi la réflexivité de ce tout sur moi-même, sa relation à moi ou avec moi. Dans l'expression de l'aperception de Leibniz, dans l'expression de la réflexion (celle de Locke en particulier), il y a quelque chose qui dépasse le simple « venir à la conscience » et, cependant, cette réflexivité n'y est pas contenue. La réflexion signifie bien plutôt un reflet de la conscience ou de l'esprit rétrovisé sur lui-même, qu'un retour de moi-même vers moi-même. Les choses apparaissent comme toutes différentes dans une expression de la langue grecque désignant la conscience, expression qui, malheureusement, à côté d'une autre, bien moins adéquate, ne s'est pas imposée et qui est restée limitée à la conscience morale ; c'est le *παρακολουθεῖν* ou la *παρακολούθησις* (= suivre de compagnie, accompagnement) ; je veux dire la *syneidesis*, le *συνειδέναι* ou la confidence que nous avons si souvent rencontrée en tant que *συνειδέναι ἔαυτῷ*, en tant que « confidence avec soi-même ». Je ne suis pleinement conscient d'une chose que dans la connaissance de quelque chose avec moi-même ; les expressions : moins conscient, sub-conscient et, enfin inconscient,

concernent uniquement des modes différenciés de l'être en soi-même ou avec soi-même dont la plus inférieure est la forme « corporelle » (au sens ici de la corporéité et non pas du corps anatomo-physiologique !). Si un contenu n'était pas, d'une manière ou d'une autre, « dans » notre corporéité, c'est-à-dire dans n'importe quel membre partiel de celle-ci, et si elle n'était pas une forme cachée de notre être même, nous ne pourrions jamais nous rappeler un nom « oublié », rendre « consciente » une émotion *inconsciente*, déceler en nous n'importe quel effet à partir de quelque chose d'inconscient. (Nous devons naturellement dire au contraire, que nous ne pourrions pas oublier quelque chose si nous ne pouvions pas exister dans la corporéité. Un être pensé sans rien de corporel — Dieu — ne peut pas oublier !) La psychothérapie dans sa forme et sa fonction les plus propres, c'est-à-dire suscitant et éduquant la communication, montre toujours le médecin dans un rôle proprement spirituel de médiateur entre le malade et le monde, le monde communautaire et le monde environnant ce qui, correctement compris, ne peut jamais vouloir dire autre chose qu'une médiation entre le malade et tant que non soi-même et le malade en tant que soi-même ; car le chemin vers soi-même passe toujours par le monde comme le chemin du monde vers le monde passe par le soi-même. Toute psychothérapie bien comprise est réconciliation de l'homme avec lui-même et, partant, avec le monde, elle est métamorphose de l'hostilité envers soi-même en amitié avec soi-même et, partant, avec le monde.

Ce n'est qu'à partir de ce rôle de médiateur que les deux *formes capitales* de la *psychothérapie* se laissent décrire et s'affronter, à savoir l'éluïdation existentielle et la formation en liaison avec la recherche biographique et la suggestion. En ce qui concerne cette dernière, elle a été reprise par Erwin Straus dans ses travaux sur la suggestion de façon si claire et si fouillée (et, justement, aussi dans la perspective du rôle du suggestionneur considéré comme celui qui *dissimile* le monde au « partenaire », et l'*empêche* de mûrir) que nous ne pouvons que vivement conseiller au lecteur de se référer à ces travaux dont les conceptions ne se séparent des nôtres que de manière accessoire.

Le chemin que nous définissons ici, représente le contraire de la suggestion : c'est le chemin que l'on peut décrire, à l'opposé de la relation de suggestion, comme passant par la relation d'amitié, par une relation qui commence par l' « émotion spirituelle » (au sens de l'attitude fondamentale du rapport humain réciproque que P. Häberlin *oppose* à la suggestion dans son livre sur celle-ci), et qui se termine dans la communauté de *libre*

formation ou de culture, de la χωνωνία ἐλευθέρας παιδείας dont parle Platon dans sa VII^e lettre.

Entre ces deux extrêmes, il y a les recettes, rites et préceptes relevant de la psychothérapie, les règles ou les directives pour les modes de comportement psychiques ou les exercices par lesquels le psychothérapeute lui-même se met tout à fait à l'arrière-plan quand il ne veut pas apparaître comme suggesteur et que le service rendu au patient occupe le devant de la scène, raïdi dans des formes et des formules objectivement établies. En se fondant sur notre représentation, le lecteur comprendra que des modes de relation purement corporels et des exercices stimulants sur le plan psychique puissent agir et comment ils le font ; en premier lieu, nous mettons le travail physique (au compte duquel il convient de mettre aussi en première ligne le facteur communautaire !) et plus loin, nous mettrons par exemple la libération d'attitudes corporelles et de mouvements « crampés » grâce à la danse et à une gymnastique appropriée et l'entraînement méthodique, que ce soit par ses formes décontractantes et relaxantes, actives ou passives, suivant l'enseignement de Schultz car, ce que vous faites en tant que « moi, corps vécu » et comment vous le faites, donne toujours des indications sur moi-même, sur vous vigile, ou sur l'homme-en-échange-spirituel-avec-lui-même.

Le lecteur, cependant, ne doit pas croire, inversement, que le gros contingent des syndromes d'inhibition, d'obsession et d'angoisse n'ait pas, lui aussi, ses formes d'expression « corporelles », quel que soit le nom que vous leur donnerez. Ce qui, dans l'hystérie, saute si clairement aux yeux, en vertu de l'accentuation et de la fixation du langage corporel, ne disparaît pas du tout avec les syndromes ; le blocage psychique indique plutôt toujours quelque fixation corporelle ou fixation dans la corporéité ; la contrainte psychique signifie toujours une stase spatio-temporelle et une gêne de celle-ci, sans parler des névroses d'angoisse où la sphère corporelle est justement en pleine effervescence.

Pour finir, il nous faut encore rendre le lecteur attentif à ce que nous lui avons montré la réalité de l'action psychothérapeutique — (la possibilité que vous avez est toujours une seule et même possibilité) — dans la mesure seulement où elle se sert de la reprise en main de soi-même à partir de la conscience du corps vécu et de son langage et cela seulement sur un fragment de ce domaine. Un autre, immense celui-là, et dépassant de très loin celui du rêve, est le domaine de la conscience et du langage imageants. En principe, la psychothérapie, ici, accomplit la même œuvre et agit exactement comme chez notre malade

car la sphère corporelle et la sphère métaphorique sont très étroitement liées. Ici aussi, le soi-même est à délivrer des rets et des pièges des images dans lesquelles il est pris, *dans* lesquelles il vit encore d'une certaine manière, de même qu'il vit d'une certaine manière dans la sphère corporelle. En s'occupant de ce qu'il appelle l' « inconscient collectif » (Jung), on glisse en douceur de la psychologie dans la mythologie parce que, ici, on prend, en premier lieu, les images en tant qu'expression de la conscience du genre humain en non pas comme expression de la conscience humaine de soi-même. Dans la psychothérapie, abstraction faite de nombreuses sources d'erreurs possibles, il nous est apparu, en tant que traducteur, qu'il était important de savoir si telle ou telle image était interprétée suivant des cercles de culture différents, oriental ou « préhistorique », mais cette connaissance nous apparaît comme sans valeur tant que justement je ne la considère et que je ne la comprends pas comme mythe de tel ou tel individu et comme image verbale de sa biographie.

Nous indiquerons encore au lecteur, de façon très générale, que chez nos malades le langage métaphorique présente surtout trois formes : les images corporelles, les images psychiques et les images cosmiques (souterraines ou supra-terrestres).

Que le lecteur nous permette pour finir de lui montrer, en un simple exemple à propos d'une autre malade, comment ces langages non seulement se côtoient, mais encore se meuvent « parallèlement » au langage du corps et de l'âme, en lui, avec lui, dans la réciprocité. En une démarche existentielle communicative, le malade « s'ouvre », alors qu'elle veut se communiquer à elle-même et au médecin quelque chose de nouveau jusqu'alors refoulé, elle l'éprouve physiquement par un relâchement du tonus de sa musculature sphinctérienne, par une métaphore corporelle de grossesse et de naissance d'un enfant ou l'image d'un melon, qui lui-même s'ouvre en deux, par une métaphore psychique comme une « approche » d'une inspiration ou d'un souvenir émergeant de la « profondeur » de son âme comme une fissure étroitement liée à l'idée refoulée) une fissure dans la chaussée d'une route bétonnée, par une métaphore cosmique comme une lente élévation de lourds, gigantesques disques de métal recouvrant toute la terre ! Inversement, lorsque la malade en question ici eut la principale expérience vécue dans son enfance, qui fut ensuite refoulée, lorsqu'elle commença à se fermer au monde, à autrui et à elle-même de sorte qu'une longue analyse fut nécessaire pour l'ouvrir à nouveau au monde et à la vie, elle éprouva physiquement un spasme de sa musculature sphinctérienne qui se prolongea jusqu'à présent, corpo-

rellement exprimé sur le plan métaphorique par les deux moitiés de melon ou de tout autre fruit qui se referment, psychiquement exprimé par une « disparition » de ses pensées et de ses souvenirs, un durcissement psychique et une dévastation, symboliquement par une reptation de fantômes sur la chaussée bétonnée d'une route ; sur le plan cosmique par la fracture de la voûte céleste en d'énormes et lourds disques métalliques isolés, où seules étaient ménagées les ouvertures pour les étoiles, la lente chute de ces disques recouvrant la terre et, ainsi, l'écrasement et la stérilisation de toute la surface de la terre ; et, en dernier lieu, en une métaphore tout à la fois corporelle, psychique et cosmique la malade s'avance sur les disques épars comme un fantôme de squelette portant, à la place du cœur, un minuscule fruit rouge-feu. Ici, il ne s'agit nulle part d'images oniriques, mais d'images apparues ou évoquées par le souvenir, pendant le travail d'élucidation de l'histoire de la vie intime. De même que, dans notre principal exemple, la malade a dû surtout être reconduite vers elle-même à partir de son moi corporel, ici notre patiente a dû d'abord être reconduite à partir des multiples formes de son moi-image (moi métaphorique) et de ses « mondes », vers son moi corporel, son moi-corps vécu, c'est-à-dire vers la forme jusque-là complètement « refoulée » de l'existence physique (de l'existence « dans son corps », afin de revenir d'abord, à partir de cette forme, « à soi-même »). Le lecteur comprendra que pour le médecin ce travail de dévoilement et de révélations pendant des années, aura représenté la levée difficile et pénible d'énormes et lourds disques de métal puis leur assemblage en une nouvelle voûte céleste ; car ce que nous faisons en réalité, en un pareil travail, ce n'est finalement qu'au moyen d'images que nous pouvons l'éprouver et l'énoncer.