

Alexandra Renault*

Aborder la schizophrénie : de Merleau-Ponty à Harold Searles¹

Si l'intérêt philosophique de la psychanalyse dans l'œuvre de Merleau-Ponty a suscité beaucoup de recherches², il n'en est pas de même concernant l'intérêt psychanalytique et particulièrement *clinique* de cette œuvre. Cela tient peut-être au fait que la relation de Merleau-Ponty à la clinique est assez ambiguë, puisque, s'il y fait assez souvent référence dans ses ouvrages, et s'il a assisté à des séminaires cliniques à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, il a précisé plusieurs fois n'avoir lui-même aucune expérience pratique de la psychanalyse. Lors de la discussion ayant suivie la conférence de Lacan du 23 février 1957 à la Société de philosophie, Merleau-Ponty exprime ainsi un certain *sentiment d'étrangeté* vis-à-vis de la clinique psychanalytique : « Je ne suis ni analysé, ni analyste, alors que presque tous ceux qui sont intervenus jusqu'ici étaient au moins l'un des deux ! [...] Pour nous autres, qui n'avons pas passé dans le laminoir d'une analyse, il

¹Cet article reprend le texte d'une conférence prononcée lors d'une Journée consacrée à Merleau-Ponty et la psychanalyse le 20. 06. 2009 à l'université de Paris-I Sorbonne, dans le cadre du séminaire de l'École Française de *Daseinsanalyse* rattaché aux Archives Husserl de Paris (ENS-Ulm).

²Cf. par exemple R. Bernet, « The phenomenon of gaze in Merleau-Ponty and Lacan », *Chiasmi international*, Mimesis-Vrin-Memphis, n°1 « Merleau-Ponty. L'héritage contemporain », 1999, p. 105–120 ; M. Lefeuvre, *Merleau-Ponty. Au-delà de la phénoménologie*, Paris, Klincksieck, 1976 (chapitre « Psychanalyse », p. 243–300) ; D. Olkowski, « Merleau-Ponty's Freudianism : from the body of consciousness to the body of flesh », in *Merleau-Ponty and psychology*, Hoeller K. ed., Atlantic Highlands, Humanities Press Internat, 1993, p. 97–116 ; A. Renault, « L'ontologie merleau-pontyenne de la chair dans son rapport à la métapsychologie freudienne des pulsions », *Alter*, n°9/2001, « La pulsion », p. 171–196 ; « Merleau-Ponty et Lacan : un dialogue possible ? », in *Merleau-Ponty aux frontières de l'invisible*, Barbaras R., Bimbenet E. et Cariou M. dir., Paris-Milan, Mimesis-Vrin, « L'œil et l'esprit », 2003, p. 117–129 ; « Phénoménologie de l'imaginaire et imaginaire de la phénoménologie : Merleau-Ponty lecteur de Sartre et Freud », in *Chiasmi international*, Mimesis-Vrin-Memphis, n°5 « Le réel et l'imaginaire », 2003, p. 149–177 ; M. Richir, « Merleau-Ponty : un tout nouveau rapport à la psychanalyse », *Les cahiers de philosophie*, n°7, 1989, p. 155–187 ; « A l'écoute des phénomènes de corps », *Alter*, n°14/2006, « Phénoménologie et psychanalyse », p. 127–146 ; P. Rodrigo, « Merleau-Ponty et la psychanalyse. L'inconscient comme grandeur négative », *Chiasmi international*, Mimesis-Vrin-Memphis, n°4 « Figures et fonds de la chair », 2002, p. 27–48.

faut bien vous rendre compte que ce dont vous parlez ne ressemble pas à ce que nous trouvons dans beaucoup de textes de Freud »³. La différence qu'établit Merleau-Ponty entre les « initiés » et les « non-initiés » à l'expérience psychanalytique fait également signe vers une certaine distance prise vis-à-vis de la psychanalyse lacanienne, qu'il affichera trois ans plus tard en affirmant « éprouver quelquefois un malaise à voir la catégorie du langage prendre toute la place »⁴.

Or, puisque la clinique psychanalytique se déroule dans le champ du langage, et que Merleau-Ponty paraît assez sceptique quant à une pratique qui s'inscrirait dans ce champ à *l'exclusion de tout autre*, notamment le champ de la perception, il ne semble pas *a priori* étonnant que les psychanalystes n'aient pas vu ou recherché dans sa philosophie un intérêt clinique notable.

Néanmoins, il est un peu rapide de dire que la clinique psychanalytique ne s'inscrit que dans le champ du langage, puisqu'alors elle ne pourrait pas aider ou soigner les jeunes enfants et certains adultes déficitaires ou psychotiques, – ce que la clinique dément tous les jours. Si intérêt clinique de la philosophie de Merleau-Ponty il y a, celui-ci réside certainement, et c'est là l'hypothèse de notre propos, dans le lien qu'il établit entre la chair, comme dimension originaires et « pré-verbale » de l'existence, et certaines pathologies que la psychanalyse attribue à une étiologie précoce ou qui sont relatives au domaine du « pré-verbal », – pathologies que Freud qualifiait de « narcissiques » et qu'on appelle aujourd'hui les psychoses et les états-limites. Pour soutenir cette hypothèse, nous mettrons en lien l'intérêt philosophique de Merleau-Ponty pour un certain type de données cliniques qui étayaient son concept de chair, et la théorisation des pathologies narcissiques qu'a mené le psychanalyste américain Harold Searles, à partir de son expérience clinique à *Chestnut Lodge* dans le Maryland, une institution pilote dans l'approche psychothérapique des adultes schizophrènes et autistes, où il a exercé de 1949 à 1964.

172

Cette mise en relation du travail de Merleau-Ponty et de celui de Searles peut sembler incongrue, puisque le philosophe ne connaissait pas les textes du psychanalyste américain, qui paraissent à partir de 1951. On sait que Merleau-Ponty, à l'instar de Lacan, a toujours affiché un certain mépris pour la psychanalyse américaine, que tous deux réduisent alors au courant de l'*Ego-psychology*. Or, Searles n'ap-

³ Merleau-Ponty, « La psychanalyse et son enseignement », in *Parcours II, 1951–1961*, Lagrasse, Verdier, 2000, p. 211 et 213.

⁴ Merleau-Ponty, Intervention lors du colloque de Bonneval en 1960, in *Parcours II*, p. 273–274.

partient pas du tout à ce courant, et est plutôt influencé par l'École hongroise de psychanalyse fondée par Sandor Ferenczi, – que Merleau-Ponty ne connaissait manifestement pas non plus. Le matériel clinique que Searles déroule paraît en outre assez éloigné de la clinique à laquelle Merleau-Ponty a accès, qui est principalement une clinique infantile de type kleinien et une clinique d'adultes névrosés de type freudien-lacanien. Pourtant, la clinique de Searles est en même temps très proche des concepts merleau-pontyens de chair, d'*Ineinander* et de symbolisme primordial, – ce qui justifie le travail de mise en lien que nous proposons ici.

Nous tenterons ainsi de mettre en lumière cette proximité en commençant par présenter l'intérêt philosophique que représente pour Merleau-Ponty la clinique psychanalytique des enfants et des sujets hallucinés et délirants, clinique de « l'originaire » selon le sens qu'il donne à ce mot. Nous présenterons ensuite des points de théorisation que Searles développe à partir de sa clinique de la schizophrénie, qui font étonnamment écho à la philosophie de la chair de Merleau-Ponty. A partir de là, nous dégagerons finalement en quoi cette philosophie de la chair recèle, au regard de la clinique des schizophrènes, non seulement des repères théoriques pertinents, mais également des indications techniques fécondes quant à la direction de ce type de psychothérapies, – ces indications étant très proches de celle que Searles a lui-même élaborées des années 1950 jusqu'à nos jours.

I – L'intérêt philosophique de la clinique de l'originaire dans l'œuvre de Merleau-Ponty

Dans la lignée de la phénoménologie génétique initiée par Husserl, Merleau-Ponty s'est intéressé dès les années 1940 aux données de l'expérience témoignant d'un en-deçà ou d'une genèse de la conscience théorique et logique⁵. Il a ainsi beaucoup utilisé de données cliniques relatives au développement de la conscience chez l'enfant, telles qu'on les trouve par exemple dans la psychologie génétique de Jean Piaget et de Paul Guillaume⁶. L'autre source clinique de la psychologie génétique à laquelle Merleau-Ponty a alors accès provient des études neuropsy-

⁵ Cf. par exemple Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Tel Gallimard, 1945, Avant-Propos, p. XIII.

⁶ Notamment dans Merleau-Ponty, *La structure du comportement*, Paris, PUF, 1942, et dans *Merleau-Ponty à la Sorbonne. Résumé de cours 1949-1952*, Editions Cynara, 1988. Ces références cliniques sont présentes jusque dans son dernier ouvrage *Le visible et l'invisible*, Paris, Tel Gallimard, 1964.

chiatriques menés sur des blessés de guerre souffrant de lésions cérébrales, notamment par Gelb, Goldstein et Head⁷. Ces deux types de données cliniques conduisent la psychologie génétique à avancer l'idée qu'il existerait une évolution de la conscience allant dans le sens d'une intégration et d'une abstraction croissantes, mais que, en raison d'une lésion organique ou d'un choc psychologique violent, la conscience pourrait se désintégrer, c'est-à-dire régresser à un stade de développement antérieur. Cette perspective s'écarte donc de la thèse cartésienne d'une innéité de la conscience, mais elle reste rationaliste car la conscience théorique est encore conçue ici comme la norme de la vie psychique, – la folie étant interprétée par conséquent comme une « dégénérescence ». Cela implique que la clinique de l'inconscient qu'est alors en train de constituer la psychanalyse aurait une valeur en psychopathologie, mais n'aurait rien à apprendre concernant la vie psychique « normale » ou « évoluée », c'est-à-dire qu'elle aurait une valeur anthropologique ou empirique mais pas transcendante, comme le soutient par ailleurs Husserl⁸.

Cette perspective, qui a été celle du jeune Merleau-Ponty, va cependant être abandonnée par la prise en compte progressive de données cliniques recueillies non pas par des neuropsychiatres ou des psychologues développementalistes, mais par des psychanalystes comme Freud, Binswanger ou Mélanie Klein. La clinique psychanalytique présente en effet, selon Merleau-Ponty, un intérêt véritablement philosophique, puisqu'elle permet d'étayer cette hypothèse, aux limites de la phénoménologie husserlienne, selon laquelle les phénomènes inconscients ne sont pas *en eux-mêmes* des phénomènes morbides (même s'ils peuvent donner lieu à des manifestations pathologiques), mais des présentifications de cette couche originaire et indestructible de la conscience, que Merleau-Ponty appellera plus tard la chair. La clinique psychanalytique permet donc ici de préciser ce qu'est cette matrice originaire, en montrant qu'elle ouvre une certaine *configuration de l'expérience* que peut faire le sujet du monde, d'autrui et du langage singulièrement différente de l'expérience qui se tient dans les cadres plus familiers de la conscience théorique.

174

⁷ En particulier l'ouvrage de Gelb et Goldstein, *Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle*, Leipzig, 1920, largement cité dans *La structure du comportement* et dans la *Phénoménologie de la perception*.

⁸ E. Fink, « Appendice XXI au § 46 sur le problème de l'inconscient », in E. Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, trad. fr. G. Granel, Paris, Gallimard, 1976, p. 525–527.

La clinique psychanalytique témoigne en effet du fait que, originairement, le sujet n'a pas un rapport théorique au monde, selon la configuration qui oppose le sujet à l'objet, mais qu'il est plutôt pris dans un rapport d'*indivision* ou de non-différenciation avec le monde extérieur. Cela est patent dans la clinique de l'hallucination, dont Freud a bien montré qu'elle n'est pas une privation du rapport à la réalité, mais plutôt une perception *autre* de la réalité. Pour illustrer cette idée, Merleau-Ponty reprend au psychiatre Ludwig Binswanger la vignette clinique suivante :

Un schizophrène sent qu'une brosse posée près de sa fenêtre s'approche de lui et entre dans sa tête, et cependant à aucun moment il ne cesse de savoir que la brosse est là-bas. S'il regarde vers la fenêtre, il l'aperçoit encore. La brosse, comme terme identifiable d'une perception externe, n'est pas dans la tête du malade comme masse matérielle. Mais la tête du malade n'est pas pour lui cet objet que tout le monde peut voir et qu'il voit lui-même dans un miroir : elle est ce poste d'écoute et de vigie qu'il sent au sommet de son corps, cette puissance de se joindre à tous les objets par la vision et l'audition.⁹

L'aspect pathologique de cette expérience ne tient pas au fait que le patient expérimente un rapport d'indivision entre lui et la brosse, mais en ce qu'il ne vit, au moment de l'hallucination, *que* dans ce type de rapport au monde, alors qu'un sujet « normal » dispose *en plus* d'une capacité à différencier l'espace en un dedans/une intériorité et un dehors/une extériorité, – capacité qui selon Merleau-Ponty est la seule garantie contre le délire et l'hallucination¹⁰.

La disparition, plus ou moins durable, d'une telle structuration normale de l'espace vécu va toujours de pair, comme le montre la clinique, avec un certain type de rapport du sujet à son corps, qu'on peut décrire comme une régression à cet état originaire où le sujet est presque exclusivement un « Moi corporel » selon l'expression de Freud, – d'où un primat du sensoriel et du perceptif sur tout autre mode de relation au monde. On peut ainsi en conclure, selon Merleau-Ponty, que « ce qui fait l'hallucination, c'est le rétrécissement de l'espace vécu, l'enracine-

⁹ Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, *op. cit.*, p. 336. Il se réfère ici à Ludwig Binswanger, « Das Raumproblem in der Psychopathologie », *Ztschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie*, 1933, p. 630.

¹⁰ « Ce qui garantit l'homme sain contre le délire ou l'hallucination, ce n'est pas sa critique, c'est la structure de son espace : les objets restent devant lui, ils gardent leur distance et, comme Ma-lebranche le disait à propos d'Adam, ils ne le touchent qu'avec respect » (*ibid.*, p. 337).

ment des choses dans notre corps, la vertigineuse proximité de l'objet, la solidarité de l'homme et du monde, qui est, non pas abolie, mais refoulée par la perception de tous les jours ou par la pensée objective »¹¹.

La clinique psychanalytique des enfants confirme par ailleurs cette idée d'un empiètement originaire entre le sujet et le monde, en relatant la pensée animiste des enfants qui mettent au compte du monde leurs rêves au même titre que leurs perceptions, en écho à l'animisme des peuples primitifs décrit par Freud dans *Totem et tabou*. Merleau-Ponty reprend également ces analyses, qu'il thématise pour sa part dans les années 1940–1950 sous le nom de « conscience mythique » ou « conscience magique »¹².

Merleau-Ponty va alors s'intéresser à la thèse freudienne du narcissisme primaire, selon laquelle le Moi ne se distinguerait pas originairement de son corps et du monde, et selon laquelle il y aurait une primauté chronologique et ontologique du sujet incarné sur le sujet pensant. Contrairement à ce que certains psychanalystes eux-mêmes soutiennent, Merleau-Ponty ne pense pas que cette thèse implique le primat de l'ego sur la relation à autrui¹³; au contraire, cela signifie que le sujet est fondamentalement pris dans un rapport d'*indifférenciation* avec autrui.

Ce que Merleau-Ponty appelle « l'universel de promiscuité »¹⁴ ou l'*Ineinander* se donne à voir, par exemple, dans l'identification de Dora à ses différents objets d'amour que Merleau-Ponty analyse dans son cours sur la passivité¹⁵, et dans le mécanisme primaire de condensation de plusieurs personnages en un que Freud analyse dans *L'interprétation des rêves*, mais aussi dans les délires du personnage de la *Gradiva* de Jensen, également repris par Merleau-Ponty¹⁶. Les hypothèses de Freud sur le vécu d'indifférenciation entre le nourrisson et son

¹¹ *Ibidem*.

¹² Cf. par exemple Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p. 328 sq., et Merleau-Ponty à la Sorbonne, p. 224 sq.

¹³ Le concept freudien de narcissisme suscite, selon Merleau-Ponty, des critiques qu'il ne mérite pas, puisque « Freud renonce à une coupure entre la période narcissique et la période objectale et considère le narcissique et l'objectal comme deux pôles permanents de la vie de l'individu » (*Merleau-Ponty à la Sorbonne*, p. 335).

¹⁴ Merleau-Ponty, « Préface à Hesnard », in *Parcours II*, p. 278.

¹⁵ Merleau-Ponty, *L'institution, la passivité. Notes de cours au Collège de France 1954–1955*, Belin, 2003, p. 239 sq.

¹⁶ *Ibid.*, p. 244–246.

environnement trouvent par ailleurs leur confirmation clinique dans l'observation des phénomènes de « transitivity » dans la relation des jeunes enfants à leur entourage, que Merleau-Ponty commente dans ses cours à la Sorbonne sur la psychologie de l'enfant. Ce sont d'ailleurs les concepts de projection et d'introjection, beaucoup utilisés dans la clinique kleinienne des enfants, que Merleau-Ponty utilise pour décrire les processus selon lesquels se structurent l'univers charnel et la promiscuité originaire à autrui¹⁷.

La clinique psychanalytique des enfants intéresse enfin Merleau-Ponty en ce qu'elle montre que, de la même manière que l'hallucination du fou n'est pas une absence de rapport perceptif à la réalité mais un mode de perception différent, plus originaire, le mode de communication de l'enfant n'est pas une absence de langage et donc de sens, mais plutôt la mise en œuvre d'un langage non verbal, lequel serait à l'origine du langage verbalement constitué. La psychanalyse attribue en effet une fonction symbolique, comprise comme tout ce qui manifeste un sens au sein du sensible, dans certaines attitudes corporelles et comportementales des enfants, dans le prolongement de la clinique freudienne qui qualifiait de langages ces données muettes de l'expérience que sont les images du rêve et les corps des hystériques.

Merleau-Ponty précise alors que ce qui l'intéresse ici, ce n'est pas de considérer le symbolisme corporel ou onirique comme étant un langage verbal *refoulé*. Il est certes utile de considérer les conversions hystériques comme autant de métaphores verbales, comme par exemple les troubles de la déglutition d'une jeune patiente de Binswanger qui ne pouvait pas « avaler » certains propos¹⁸, car alors il suffirait de lever le refoulement pour que le message verbal s'exprime clairement et que le symptôme disparaisse. Mais du point de vue théorique, cela n'apporte pas grand-chose puisqu'il s'agit toujours, dans ce cas, du même langage, à savoir le langage verbal. Le malaise qu'exprime Merleau-Ponty vis-à-vis de l'interprétation lacanienne de Freud tient précisément à son opposition à une

¹⁷ Merleau-Ponty, *La nature. Notes au cours du Collège de France*, Paris, Seuil, 1995, p. 347, mais aussi p. 287–288 : « Mon schéma corporel se projette dans les autres et les introjecte, a des rapports d'être avec eux, recherche l'identification, s'apparaît comme indivis avec eux, les désire. Le désir considéré au point de vue transcendantal = membrure commune de mon monde comme charnel et du monde d'autrui. Ils aboutissent tous deux à une seule *Einfühlung* (cf. inédits de Husserl) ».

¹⁸ Cité par Merleau-Ponty in *Phénoménologie de la perception*, p. 187.

conception de l'inconscient en termes exclusifs de signifiant et de signifié. Même si Freud lui-même a donné plus d'une indication en ce sens, il aurait également, selon Merleau-Ponty, entrevu l'existence d'un symbolisme vraiment autre que le symbolisme verbal, puisqu'il a toujours refusé de réduire le symbolisme inconscient à l'expression de pensées refoulées. Si ce que Merleau-Ponty appelle le « symbolisme primordial », à l'œuvre entre autres dans la conscience enfantine, le rêve et l'hallucination, utilise des images et des sensations, ce n'est pas seulement pour brouiller, en l'engluant dans du concret, un sens verbal par ailleurs clair et distinct, mais c'est aussi parce que *le sujet de ce symbolisme n'est pas le sujet parlant et pensant, mais le sujet charnel*, qui envisage le langage non pas comme un sens à comprendre mais comme ce qui produit un effet sensoriel et affectif. Merleau-Ponty cite à cette occasion plusieurs fois la note de Freud selon laquelle, dans le rêve, les mots sont parfois « traités comme les choses » c'est-à-dire comme des données que le sujet rencontre dans le champ de la perception et de la sensation¹⁹, et non dans le champ de la signification. Freud indique en outre que, lorsque « les mots sont traités comme des choses », le travail du rêve « crée alors des discours ou des néologismes 'schizo-phréniques' très ressemblants »²⁰, et il renvoie, concernant cette intuition, au matériel clinique de Bleuler et Jung, qui travaillaient alors à la clinique de Burghölzi à Zurich où on recevait beaucoup de patients schizo-phrènes.

Merleau-Ponty n'a pas utilisé ces recherches, et les quelques cas de schizo-phrénie auxquels il se réfère ne sont abordés qu'à partir de la problématique de l'hallucination, c'est-à-dire du rapport au réel, sans que soient interrogés spécifiquement le rapport à autrui ni le rapport au langage, – sans doute parce qu'il était convenu de penser à son époque qu'un schizo-phrène, c'est un sujet qui hallucine et non qui parle et que, même s'il parle, sa communication et son rapport à l'autre sont trop pauvres ou trop délirants pour être jugés instructifs.

178

Or, ce lieu commun a justement été battu en brèche par la clinique de la schizo-phrénie du psychiatre psychanalyste Harold Searles, – clinique qui aurait pu être très utile à Merleau-Ponty dans son élaboration des concepts de chair et de symbolisme primordial.

¹⁹ Merleau-Ponty, *L'institution, la passivité*, p. 210, p. 284.

²⁰ Freud, « L'inconscient »(1915), in *Métapsychologie*, trad. J. Laplanche et J.B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1940, p. 115.

II – La clinique de la schizophrénie proposée par Harold Searles

Avant de dérouler cette clinique, présentons brièvement Harold Searles. Né en 1918 aux Etats-Unis, il a d’abord été psychiatre des armées pendant la Seconde guerre, ce qui l’a amené à travailler à la clinique Topeka au Texas, qui recevait entre autres les soldats traumatisés. Cette clinique a accueilli beaucoup d’analystes juifs réfugiés, et a été une des institutions psychiatriques pionnières dans la prise en charge psychanalytique des patients psychotiques. En 1949, Searles rejoint la clinique de Chestnut Lodge, dans le Maryland, où il restera 15 ans. Cette clinique, dirigée à l’époque par la psychanalyste allemande émigrée Frieda Fromm-Reichmann, propose également d’étendre la thérapie analytique, constituée à la base par et pour des névrosés, à des psychotiques, dans la perspective de l’École hongroise de Sandor Ferenczi prônant une *élasticité de la technique psychanalytique* – perspective qui trouve alors en Europe très peu d’applications²¹, puisque même Freud avait émis de sérieux doutes quant à l’accessibilité des patients souffrant de troubles narcissiques à la technique psychanalytique²².

Le premier argument consistant à dire que les psychotiques sont inaccessibles à l’analyse est que, du fait de leurs hallucinations et délires, ils auraient tellement peu de rapport à la réalité et vivraient dans un monde tellement privé, que l’analyste n’aurait pas de terrain commun possible avec eux. Cela se vérifierait dans le contre-transfert de l’analyste au contact de patients hallucinés, très souvent caractérisé par la sensation de ne pas exister, de n’être qu’un élément du décor parmi d’autres ou, de ne pas être investi par le patient comme un sujet existant. Or, pour Searles, cela ne prouve pas que le sujet halluciné s’est effectivement retiré dans son monde interne et qu’il est inaccessible, mais plutôt qu’il est régressé à un état d’*indifférenciation entre soi et le monde environnant, entre soi et les choses inanimées*, – ce dont témoigne dans le contre-transfert le vécu de non-reconnaissance de l’analyste ou d’indifférence à l’égard de sa personne²³.

²¹ Les exceptions notables sont précisément la collaboration de Bleuler et Jung à la clinique Burghölzi de 1900 à 1911, ainsi que la pratique de Binswanger à la clinique Bellevue en Suisse également, – lequel était auparavant assistant de Jung à Burghölzi.

²² Cf. par exemple Freud, *Sigmund Freud présenté par lui-même* (1925), Paris, Gallimard Folio essais, 1984, p. 101 sq.

²³ Sur ce type de situations transférentielles cf. l’article de H. Searles « La psychose de transfert dans la psychothérapie de la schizophrénie chronique » (1963), in *L’effort pour rendre l’autre fou*, trad. fr. B. Bost, Paris, Gallimard Folio essais, 1977, p. 619–621.

Or, cet état d'indifférenciation n'est pas en soi incompréhensible car, précise Searles :

Dans ma monographie sur l'environnement non humain, je soulignais le fait que, dans le cas d'un développement normal du moi, le nourrisson était subjectivement indifférencié de son environnement non humain aussi bien qu'humain [...] il se peut que l'essentiel du fonctionnement de la personnalité soit, même chez les adultes normaux, subjectivement indifférencié, au moins à un niveau inconscient, de l'immense domaine de l'environnement inanimé²⁴.

Searles ne connaissait pas le concept merleau-pontyen d'*Ineinander*, défini comme « inhérence du soi au monde ou du monde au soi, de soi à l'autre et de l'autre au soi »²⁵. Il se réfère pour sa part au concept de symbiose de Margaret Mahler, défini comme cet état originaire d'indifférenciation entre le nourrisson et son environnement, qui ne devient pathologique que s'il perdure ou prédomine sur les relations différenciées aux objets de la réalité. L'hallucination précédemment évoquée du patient qui croit que la brosse rentre dans sa tête peut ainsi prendre un sens et être interprétée comme une *tentative de symbolisation par le patient de ce vécu d'indifférenciation avec le monde environnant inanimé*. Searles, à l'instar de Merleau-Ponty, ne fait donc pas de l'hallucination et du délire les signes d'une absence ou d'une dégénérescence de la capacité de penser, mais plutôt les effets d'une fonction symbolisante particulière car originaire, avec laquelle l'analyste peut et doit travailler.

180 Le second argument utilisé par les psychiatres et même par certains psychanalystes contre l'extension de la thérapie analytique aux psychotiques, est que celle-ci repose sur le maniement du transfert, cette relation particulière qui lie le patient à l'analyste, et qui serait inexistante chez les schizophrènes et les autistes, repliés sur eux-mêmes, donc indifférents aux autres²⁶. La critique que déploie Searles contre cet argument est la même que celle utilisée contre l'impossibilité de travailler avec des sujets hallucinés : l'analyste peut avoir l'impression que le patient n'est pas en relation avec lui, mais l'analyse du contre-transfert découvre au contraire ici un type de transfert particulier, que Searles nomme

²⁴ H. Searles, « Les phénomènes transitionnels et la symbiose thérapeutique » (1976), in *Le contre-transfert*, trad. fr. B. Bost, Paris, NRF Gallimard, 1981, p. 153.

²⁵ Merleau-Ponty, *La nature*, p. 269.

²⁶ H. Searles, *L'effort pour rendre l'autre fou*, p. 597.

*transfert délirant*²⁷ ou *psychose de transfert*, et qui signe une façon singulière dont le patient fait l'expérience de l'autre, sur le mode originare de l'indistinction alimentée par des introjections primitives et des identifications projectives massives.

On a également pu dire que les schizophrènes ne développeraient, du fait de leur pathologie narcissique, que peu ou pas de relations d'objets, d'où la pauvreté de leur discours quant à leurs rapports familiaux, amicaux ou amoureux. Or, Searles rappelle comme Merleau-Ponty que la pathologie *narcissique* n'implique pas l'*absence de relation à l'autre* :

Quant à l'expérience subjective qu'a le patient schizophrène de ces phénomènes d'introjection, plus son moi est dé-différencié, moins il est capable de faire la distinction entre l'objet introjecté et son propre soi ; fondamentalement, il vit, comme une part indiscernable de lui-même, une qualité qui appartient essentiellement au thérapeute ou à quelqu'un d'autre de son entourage actuel, ou encore à une personne de son passé. Il n'est guère facile pour le thérapeute de deviner quand, dans la communication du patient, un objet introjecté est apparu et exerce son influence [...]. J'avais une patiente hétérosexuelle souvent plongée dans une émotion qui me paraissait plus ou moins fautive ; malgré ses pleurs déchirants et son visage inondé de larmes, son état ne suscitait chez moi qu'ennui et froideur [...] un jour, après s'être ainsi comportée quelques minutes, elle me demanda avidement : 'Avez-vous vu Grand-mère ?' Je ne sus pas, tout d'abord, ce qu'elle voulait dire : je pensai que, pour elle, j'étais quelqu'un qui revenait tout juste de voir sa grand-mère dans la lointaine ville où elle habitait. Puis je me rendis compte que, cette fois, elle m'avait délibérément montré comment était sa grand-mère ; et quand je lui répondis dans ce sens, elle confirma mon impression.²⁸

Le dernier argument utilisé pour soutenir l'inaccessibilité des psychotiques à la psychanalyse est que, si celle-ci est une cure par la parole, l'analyste ne peut pas avoir accès au vécu et à l'inconscient de patients ayant un rapport pauvre au langage, ou qui ne s'expriment pas principalement par le biais du langage ver-

²⁷ Searles emprunte ce terme à Margaret Little, que celle-ci définit comme suit : « Dans cet état, sujet et objet, sentiment, pensée, mouvement sont vécus comme étant la même chose. Autrement dit, il y a seulement un *état d'être* ou d'expérience et le sentiment qu'il y a là une *personne* n'existe pas » (extrait de l'article de 1958 « On Delusional Transference », cité par Searles in *L'effort pour rendre l'autre fou*, p. 615).

²⁸ *Ibid.*, p. 320–321 (c'est moi qui souligne).

bal comme le montre l'exemple précédent. Freud avait ici ouvert la voie en montrant que l'homme dispose d'autres modes d'expression que le langage articulé : le langage du rêve, le langage du corps hystérique ... et le « discours schizophrénique » dont il ne donne lui-même que quelques rares indications.

Or, c'est précisément ce dernier mode d'expression qu'a étudié Searles, notamment dans un article de 1961 sur « La communication schizophrénique »²⁹, et dans un autre de 1962 intitulé « Différenciation entre pensée concrète et pensée métaphorique chez le schizophrène en voie de guérison »³⁰. Ce que Freud appelait « traiter les mots comme les choses » est manifeste dans le maniement particulier du langage que font les schizophrènes, et qui consiste à ne pas pouvoir différencier entre le concret et le métaphorique, et à prendre les pensées et les mots non pas au niveau de leur signification, mais en tant qu'objets d'une expérience sensorielle et perceptive immédiate. Searles rapporte ici le cas d'une patiente qui, au lieu d'exprimer son émotion de tristesse et de déchirement à la vue d'un vieil homme à l'allure pitoyable, avait eu la sensation que son cœur avait été littéralement arraché³¹ : *la métaphore est ici métabolisée et littéralement somatisée*. Pour autre exemple de cette symbolisation sensorielle et charnelle, cette patiente qui, quand elle est très déprimée, dit voir en noir certaines choses autour d'elle, au lieu de ressentir psychiquement qu'elle « broie du noir »³². Pour Searles, ces exemples confirment l'idée de Jean Piaget, que reprend également Merleau-Ponty, selon laquelle les perceptions externes et internes prennent une part active *essentielle* dans la formation initiale de la pensée et du langage abstraits. Searles précise ainsi que, comme le schizophrène :

L'enfant, avant qu'il ne puisse arriver à comprendre des phrases telles que 'cela me pèse sur les épaules' ou 'cela me retourne l'estomac' dans leur signification métaphorique relativement vidée de tout accompagnement somatique, doit d'abord avoir senti leur signification comme une sensation partiellement ou même peut-être principalement somatique [...] la métaphore n'aurait jamais pu se développer s'il n'y avait pas eu auparavant une absence des frontières du moi, s'il n'y avait jamais eu [...] un

²⁹ *Ibid.*, p. 301–383.

³⁰ Publié en français in *Le trouble de penser. Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 25, 1982, p. 331–353 (trad. S. Mellor-Picaut).

³¹ H. Searles, *L'effort pour rendre l'autre fou*, p. 422.

³² H. Searles, « Différenciation entre pensée concrète et pensée métaphorique chez le schizophrène en voie de guérison », p. 351.

flux à peu près sans entrave entre les champs de l'expérience que l'enfant vient plus tard à ressentir comme monde intérieur et monde extérieur distincts.³³

L'usage bizarre que font les schizophrènes du langage, en traitant les mots comme les choses et en les incorporant dans leur vécu sensoriel, permettrait ainsi de saisir *l'émergence du langage verbal à même une logique d'expressivité charnelle et perceptive*.

Searles ajoute que non seulement il n'y a pas, à ce niveau originaire que réactualise le symbolisme schizophrénique, absence de communication, mais qu'en plus « le *partage mutuel* d'une telle expérience de métaphore nous semblerait alors constituer le contact psychologique le plus intime qu'un être humain adulte puisse avoir avec un autre »³⁴. Cela rejoint l'idée de Merleau-Ponty selon laquelle le rapport pré-verbal à autrui, au sein duquel « il y a projection-introjection, productivité de ce que je fais en lui et de ce qu'il fait en moi », est une « communication vraie »³⁵. Les notions de « partage mutuel » et de « contact » indiquent bien ici que la clinique de la schizophrénie n'est possible et instructive que parce qu'elle ne se déroule pas dans le cadre psychanalytique classique, fondé sur une relation asymétrique entre l'analyste et le patient, et dépourvue de « contact » (lequel constitue l'objet de l'interdit fondamental du cadre psychanalytique « orthodoxe »). La clinique de Searles conduit donc, dans un dernier temps, à interroger sa conception de la *technique* analytique, et nous verrons ici que cette dernière a été d'une certaine manière théoriquement pressentie par Merleau-Ponty dans sa philosophie de la chair.

III – Les implications techniques d'une clinique de l'originaire

Nous voudrions finalement montrer en quoi la philosophie de la chair de Merleau-Ponty présente une *fécondité clinique*, au sens où elle fournit des indications techniques dans la direction de la cure avec des patients psychotiques, – indications d'autant plus étonnantes qu'elles ne reposent pas sur une expérience pratique, et qu'elles s'écartent de la technique psychanalytique orthodoxe ainsi que de la technique lacanienne des années 1950, qui représentait alors le modèle dominant de la conception de la cure en France.

³³ *Ibid.*, p. 352.

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ Merleau-Ponty, *L'institution, la passivité*, p. 35.

Premièrement, Merleau-Ponty note que la relation de transfert conçue comme une asymétrie entre le patient et l'analyste est « inefficace dans de cas vraiment pathologiques », car ce n'est pas au niveau de la connaissance ou de l'explication logique que la relation a une chance de s'instituer. Il faudrait plutôt viser, selon Merleau-Ponty, le « domaine de notre 'archéologie'. L'analyste n'a pas la clef. Elle est à faire pour chaque cas. Il n'est pas celui qui sait en face de celui qui ne sait pas. Il est *dans le jeu du contre-transfert*. Il faut qu'il continue de se connaître pour connaître l'autre »³⁶. Merleau-Ponty conçoit donc la relation analytique comme une relation de *com-préhension*, et d'implication *personnelle* du thérapeute par le biais du contre-transfert. Searles a pour sa part été un des grands théoriciens du contre-transfert, car selon lui, la psychanalyse des patients psychotiques oblige l'analyste à faire un travail sur lui-même, sous la forme d'une perlaboration constante de son contre-transfert et d'une supervision régulière. En effet, les psychotiques utilisant principalement un mode de communication non verbalisé et non conscientisé, ils sont plus aptes que d'autres à saisir chez l'analyste des pensées inconscientes, qui s'expriment par exemple à travers des intonations ou des attitudes corporelles. Les patients schizophrènes peuvent ainsi avoir tendance à se faire « l'analyste de l'analyste », ce que celui-ci doit selon Searles admettre et, dans une certaine mesure, utiliser dans la relation de transfert³⁷. Merleau-Ponty réitère quant à lui plusieurs fois cette idée que la relation du patient à l'analyste doit être une relation *dialectique*³⁸ au sens socratique du terme.

Cela suppose par conséquent que l'analyste se départisse d'une attitude trop intellectualiste, qui favorise l'interprétation au détriment de la compréhension, et l'expression verbale au détriment de modes d'expression plus originaires ou primaires. La promotion du contre-transfert va ainsi de pair, pour Merleau-Ponty, avec la valorisation de l'empathie ou *Einfühlung* de l'analyste. Freud utilise parfois cette notion, qu'il présente comme une capacité à entendre l'inconscient chez l'autre³⁹, d'une manière elle-même inconsciente sous la forme d'associa-

³⁶ Merleau-Ponty, *Notes de cours, 1959–1961*, Paris, NRF Gallimard, 1996, p. 154 (c'est moi qui souligne).

³⁷ H. Searles, *L'effort pour rendre l'autre fou*, p. 363 sq. Ces principes techniques ont été premièrement fortement appuyés par Sandor Ferenczi.

³⁸ Par exemple in *L'institution, la passivité*, p. 159 : « Mérite de Freud : la vraie analyse fait du patient non un objet, mais finalement un nouveau sujet, qui n'est pas porté par la force du prestige du maître ».

³⁹ Cf. par exemple Freud, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique » (1912), in *La technique psychanalytique*, trad. A. Berman, Paris, PUF, 1953, p. 66.

tions d'idées ou de ressenti sensoriel, moteur ou affectif. Mais il ne retient de cette capacité que son versant psychique (soit les associations d'idées qui viennent à l'analyste lorsqu'il écoute son patient) et non son versant somatique et affectif, jugé trop irrationnel et subjectif⁴⁰, – le dispositif classique de la cure consistant d'ailleurs à mettre entre parenthèses le corps sensori-moteur. Or, pour Merleau-Ponty, l'empathie est le fondement irréductible de la relation à l'autre, et il est naïf de croire que l'on pourrait mettre entre parenthèse ce type de relation originaire, *qui s'instaure dès que deux corps sont en présence*. Cela est d'autant plus vrai avec des patients psychotiques qui, comme le montre bien la clinique de Searles, régressent à un mode de relation et de symbolisme primaires, et attendent que l'analyste se mette d'une certaine manière à l'unisson pour pouvoir briser leur solitude. Relativement à l'attitude de « neutralité bienveillante » de l'analyste, Searles affirme pour sa part que :

Ce genre de tentative, lorsqu'elle est faite trop tôt, implique une condescendance blessante de la part de l'analyste qui est assez présomptueux pour laisser entendre que rien chez le patient ne peut sérieusement l'incommoder [...] en tentant de maintenir une position d'impassibilité, il [l'analyste] se défend sans doute contre l'activation en lui de noyaux de réalité auxquels répondent les transferts désorganisés du patient sur lui, – ces transferts, ainsi que leurs noyaux de réalité chez l'analyste (et chez le patient) demandant à être perçus par les deux participants pour que la psychose de transfert devienne évidente et traitable.⁴¹

Cela revient à dire que, non seulement l'analyste doit se faire le support des identifications projectives du patient, mais qu'il doit en outre être attentif à son propre maniement du symbolisme charnel ou en acte, si tant est que ce dernier, comme le dit Merleau-Ponty, consiste « dans la corporéité et le rapport à autrui, la projection et l'introjection [qui] ne sont pas les opérations d'une 'conscience' »⁴².

⁴⁰ « Ma proposition d'appréhender l'inconscient de l'analysant avec son propre inconscient, lui tendre pour ainsi dire l'oreille inconsciente comme un récepteur, a été formulée dans un sens modeste et rationaliste [...] Toute obscurité disparaît si vous admettez que dans cette phrase il n'est question de l'inconscient qu'au sens descriptif », (Freud, Lettre à Binswanger du 22 novembre 1925, in *Sigmund Freud / Ludwig Binswanger, Correspondance, 1908-1938*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p. 258).

⁴¹ H. Searles, *Le contre-transfert*, p. 175 (c'est moi qui souligne).

⁴² Merleau-Ponty, *L'institution, la passivité*, p. 205.

Merleau-Ponty aurait ainsi certainement souscrit à ce principe technique dans la cure des psychotiques que Searles élabore sous le terme de « symbiose thérapeutique », où le patient et l'analyste entrent dans une relation « comme celle qui s'établit normalement entre le jeune enfant et sa mère et où les deux participants font subjectivement corps l'un avec l'autre »⁴³. Cette phase du transfert est pour Searles essentielle, car elle permet à l'analyste de déchiffrer la communication charnelle du patient sur un mode primaire, c'est-à-dire perceptif, affectif et donc essentiellement silencieux, pour ensuite être en position de traduire verbalement ces affects et sensations au patient, de telle sorte que celui-ci puisse les réintégrer et, lentement, être capable de verbaliser ce qu'il ne pouvait auparavant que somatiser ou agir.

Cette façon de conduire une cure, en régressant à une phase de partage sensoriel et affectif, pour élaborer une relation de plus en plus différenciée et une communication de plus en plus verbalisée, correspond assez bien à l'idée que Merleau-Ponty se fait de cette partie de la psychanalyse freudienne qui n'est selon lui restée qu'à l'état d'intuition⁴⁴, et qu'il faudrait creuser plus avant. La technique centrale de l'interprétation ne consiste pas en effet seulement à rendre conscients des contenus refoulés mais également, et de manière plus créatrice, à *transformer* des vécus perceptifs, sensoriels et affectifs pour ainsi bruts en des contenus susceptibles d'être subjectivés par la psyché et symbolisés par le langage. Merleau-Ponty qualifie ainsi l'« inconscient primordial » de Freud, celui d'avant le refoulement, de *conscience* ou *logique perceptive*, laquelle constitue :

une ouverture entre le sentir et la chose même [...] toujours arrachée à soi ou au monde, effectuant des projections et introjections symboliques. La thématization, l'appel à un symbolisme qui soit symbolisme de soi, à savoir verbalisé, nécessite une vraie transformation [car] ce qui est avant elle est vraiment autre et non pas seulement implicite. L'interprétation n'est pas simple double explicite du donné : c'est sa conversion en significations disponibles, 'objectives' [...] L'inconscient comme conscience perceptive est la solution que cherche Freud : car il faut que la vérité soit là pour nous, et qu'elle ne soit pas possédée.⁴⁵

⁴³ Searles, *L'effort pour rendre l'autre fou*, p. 350. Il précise par ailleurs que « l'idée délirante qu'a le patient d'une union profonde avec l'analyste doit devenir une réalité partagée par les deux participants » (*ibid.*, p. 669).

⁴⁴ Merleau-Ponty, « La psychanalyse et son enseignement », in *Parcours II*, p. 282-283.

⁴⁵ Merleau-Ponty, *L'institution, la passivité*, p. 212.

La mise en rapport de la philosophie de la chair de Merleau-Ponty avec la clinique et la technique analytiques de Searles nous permet ainsi de conclure que, si la « solution » que propose Merleau-Ponty n'est pas nécessairement celle que Freud a lui-même proposée, force est néanmoins de constater qu'elle fait écho à celles qu'ont pu proposer d'autres figures de la psychanalyse comme Ferenczi et Searles, et qui ont prouvé leur fécondité tant sur le plan théorique que clinique.