



L'espace thérapeutique : Entre jeu et responsabilité (Winnicott – Levinas)¹

Julien Fousson ²

Nous passons notre vie à défendre des
territoires qui n'existent pas.

Emmanuel Krivine

Il est d'usage courant, dans la pratique psychiatrique, de parler d'espace thérapeutique. En pédopsychiatrie, notamment, il n'est pas rare de préciser aux parents accompagnant leur enfant que la consultation psychothérapeutique offre à ce dernier un espace singulier qui lui appartient et au sein duquel il pourra progressivement explorer la difficile question de la constitution du soi. On peut noter, à travers cet exemple, que le mot espace renvoie à la fois au lieu physique, à la pièce dans laquelle se déroule la consultation, et à une notion beaucoup plus abstraite, à cet espace relationnel au sein duquel l'enfant rencontre son entourage. On peut également remarquer que cette amphibologie du terme d'espace n'est certainement pas anodine : la manière dont l'activité de l'enfant se déploie dans la pièce est souvent corrélée à un certain mode relationnel qui lui est propre.

Nous avons choisi, pour ce travail, de nous intéresser plus particulièrement à la question de l'espace thérapeutique compris dans le sens d'espace relationnel. En effet, si les lieux physiques dans lesquels peut se dérouler un processus thérapeutique renvoient, de par leur diversité, à des contextes institutionnels précis et requièrent de ce fait une analyse spécifique, la relation particulière qui s'instaure entre le psychiatre et son patient demeure au contraire une constante de ce processus. C'est cette relation intersubjective que nous chercherons ici à décrire depuis la perspective du psychiatre.

¹ Ce texte a été écrit dans le cadre du séminaire de philosophie de Marc Richir de 2002-2003.

² Praticien Hospitalier sur le Service ERIC au Centre Hospitalier J.M. Charcot (Plaisir, 78) .

L'espace relationnel, condition de possibilité de la psychiatrie

Il convient tout d'abord de souligner l'importance de l'espace thérapeutique pour le psychiatre. Non seulement cet espace est celui où se déroule quotidiennement l'exercice de sa profession, mais plus encore, il constitue le fondement même de sa discipline. En effet, la naissance de la psychiatrie correspond très précisément à sa mise en évidence.

Telle est la thèse soutenue par Gladys Swain qui écrit, dans son ouvrage *Le sujet de la folie* (1977) :

La naissance de la psychiatrie, c'est sans doute le début d'une exactitude systématique dans la description des formes de la maladie mentale. Mais c'est d'abord *une rupture dans la pensée de la folie, une novation radicale dans la visée thérapeutique à l'égard du fou*, sans laquelle il n'y aurait pas eu de clinique des maladies mentales. (p. 71, souligné par nous)

Pour l'auteur, cette rupture, à la fois théorique et pratique, est l'œuvre de Philippe Pinel, au tout début du XIX^e siècle.

Rupture, tout d'abord, dans « la pensée de la folie ». Jusque là, en effet, la folie était conçue comme « folie totale », c'est-à-dire comme une complète absence à soi et au monde. Le fou, retranché dans sa folie, était un in-sensé au sens propre du terme – exclu de la communauté du sens, et donc de la communauté des hommes. Dans les écrits de Pinel apparaît pour la première fois³ l'idée que la folie, au contraire, est toujours partielle, qu'elle doit être pensée comme écart de soi à soi – comme aliénation d'une subjectivité⁴ qui conserve néanmoins toujours une certaine distance à cette aliénation :

La folie comme mise en cause du sujet en tant que sujet : tel est l'horizon que Pinel assigne à la réflexion psychiatrique ultérieure. Il la loge toute à l'intérieur de ce cadre théorique implicite. (p. 71)

La folie, si elle atteint bien la subjectivité dans sa totalité, la faisant vaciller à tel point qu'elle puisse parfois paraître totalement éclip­sée, ne l'annule pourtant jamais entièrement. La folie totale ne constitue alors que la limite en deçà de laquelle doit être pensée l'aliénation mentale :

C'est une *dimension réfléchie*, pourrait-on dire, que Pinel introduit dans la folie : pas de pleine coïncidence de l'aliéné avec lui-même au sein de l'aliénation, mais un rapport de soi à soi maintenu en dépit de la menace de son annulation présente comme horizon de l'aliénation. (p. 123)

Cette nouvelle pensée de la folie a pour corollaire immédiat – et c'est là le point qui nous intéresse – une « novation radicale dans la visée thérapeutique à l'égard du fou ». Si ce dernier, d'une part, n'est pas étranger à la communauté du sens, mais au contraire conserve une subjectivité avec laquelle on peut entrer en relation, et d'autre part maintient un certain écart à son aliénation, c'est par son intermédiaire que le médecin peut – et doit – alors agir :

³ Certes, souligne G. Swain, on peut relever dans les écrits de ses contemporains des indices d'une telle rupture dans l'abord de la folie. Le mérite revient néanmoins à Pinel de l'avoir rendue manifeste, quoi que de manière très indirecte, « non pas tant au travers de la formulation de l'idée qu'au travers de la mise de l'idée au principe de la description et de l'ordonnement des phénomènes » (p. 129).

⁴ Le terme de subjectivité, absent des écrits de Pinel, est ici emprunté aux analyses de G. Swain.

Loin d'être réduit au statut d'insensé-objet sur lequel on agit du dehors, il devient subjectivité déchirée avec laquelle un commerce thérapeutique est possible. (p. 72)

On voit par là que la possibilité d'une relation entre le médecin et l'aliéné, d'un « traitement moral »⁵, loin d'être l'épiphénomène d'un changement de regard théorique, est au contraire au cœur de la rupture introduite par Pinel. Si la conception de la folie comme « mise en cause du sujet en tant que sujet » est bien à l'origine de la psychiatrie, c'est en ce qu'elle révèle au médecin la possibilité d'entrer en relation avec le patient, aussi insensé que ce dernier puisse paraître. C'est uniquement à partir de cette condition *a priori* que la psychiatrie peut se développer en tant que telle : il existe toujours, au moins potentiellement, un espace relationnel au sein duquel le patient peut être rencontré.

Cette condition *a priori*, fondatrice d'une pratique qui s'est enrichie progressivement au fil du temps – depuis le traitement moral de Pinel jusqu'à nos psychothérapies contemporaines dont la psychanalyse est sans doute l'expression la plus aboutie –, est paradoxalement peu considérée dans les réflexions théoriques des différents praticiens. Qu'elle y demeure ainsi le plus souvent implicite pourrait nous amener à penser que l'espace thérapeutique, devenu une évidence partagée au sein de la psychiatrie, ne présente plus de caractère problématique. Pourtant, aujourd'hui encore la psychopathologie, lorsqu'elle insiste sur la faillite de la constitution d'autrui dans la psychose, tendant ainsi à envisager cette dernière comme folie totale, remet indirectement en cause la possibilité d'une relation entre le psychiatre et son patient⁶. La question de l'espace thérapeutique, intimement liée à la question de la conception de la pathologie mentale, demeure donc centrale.

⁵ Dans cette expression de Pinel, par laquelle il désigne l'ancêtre de nos psychothérapies, « moral » doit être entendu comme opposé à « corporel » – et non dans le sens d'un « traitement *par la morale* ».

⁶ Nous rejoignons ici le constat de Naudin et Azorin (1998) : « En tant que thérapeute, le psychiatre est lui-même engagé par une forme de promesse : celle de guérir ou d'apaiser la souffrance de l'autre. La faillite de la constitution d'autrui chez le schizophrène ne peut donc être pensée que dans la mesure où il lui est opposé l'impossibilité dans laquelle se trouve le thérapeute à tenir pleinement sa promesse. Or, cette dernière impossibilité est en soi renforcée par la conviction du thérapeute que l'horizon de l'autrui est fermé au schizophrène. On saisit là une des limites de l'application de la phénoménologie à l'expérience psychiatrique ». Cette limite n'est cependant pas l'apanage de la psychiatrie phénoménologique et peut également être relevée à propos de la psychanalyse lacanienne (cf M. Gauchet, préface de *Le sujet de la folie*, p. 56) ou d'autres approches.

Jeu (Winnicott)

C'est sans doute chez D. W. Winnicott, et plus particulièrement dans son ouvrage *Jeu et réalité* (1971), que l'on trouve les réflexions psychanalytiques les plus élaborées concernant l'espace thérapeutique. Celui-ci y est décrit par l'auteur en terme de jeu (*playing*)⁷ :

La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. (p. 54)

Avant de pouvoir envisager les perspectives ouvertes par cette conception, il nous faut tout d'abord évoquer les réflexions dont elle est issue. Le jeu (*playing*) est pour Winnicott une expérience dynamique qui doit être distinguée du jeu comportant des règles (*game*) d'une part, et de l'activité pulsionnelle d'autre part. Les pulsions constituent en effet « la plus grande menace pour le jeu et pour le moi » (p. 73) en ce qu'elles peuvent rendre le jeu effrayant. Les jeux (*games*), avec ce qu'ils comportent d'organisé, représentent alors « une tentative de tenir à distance l'aspect effrayant du jeu (*playing*) » (p. 71). Pour Winnicott, le jeu n'est donc ni un phénomène instinctuel, ni un comportement social élaboré, mais une activité vitale fondamentale de l'être humain qui permet précisément à l'enfant, au cours de son développement, de se détacher de la vie instinctuelle pour s'ouvrir à la vie sociale.

Le jeu apparaît en effet très tôt au cours du processus de maturation, lors des interactions précoces mère-bébé. La mère « suffisamment bonne »⁸, en accordant la réalité extérieure à l'attente du nourrisson, permet à ce dernier de « goûter des expériences reposant sur le "mariage" de l'omnipotence des processus intrapsychiques et le contrôle du réel » (p. 67). Ainsi naît un terrain de jeu, un « espace potentiel qui se situe entre la mère et le bébé ou qui les unit l'un à l'autre » (id.). Puis le nourrisson développe la capacité d'être seul en présence de quelqu'un : grâce à cette présence, il investit progressivement cet espace potentiel et, en quelque sorte, étend son aire de jeu⁹. Il atteint enfin le stade du jeu proprement dit, stade qui consiste à « permettre le chevauchement de deux aires de jeu et y prendre plaisir » (p. 68).

Au cours de cette évolution se dessine progressivement la séparation de la mère et de l'enfant. La fusion des premiers instants de la vie, où le bébé n'a qu'une vision subjective des objets (y compris de la mère), fait place à un état différencié où l'enfant peut distinguer sa réalité interne de la réalité extérieure. Ce « voyage qu'accomplit le petit enfant et qui le mène de la subjectivité pure à l'objectivité » (p. 14), de l'illusion à

⁷ La traduction de *playing* par « jeu », si elle est sans doute la plus adaptée, n'est pas satisfaisante. En effet, *playing* est le participe substantivé du verbe *to play* (jouer) et insiste donc sur le côté dynamique, vivant, sur l'activité de jouer (cf p. 58). Le jeu est ainsi ancré chez Winnicott du côté du verbe, de l'action : « Jouer, c'est faire » (p. 59) – soulignant au passage que le jeu ne peut être dissocié de celui qui joue, du sujet.

⁸ Pour Winnicott, la mère suffisamment bonne est « celle qui s'adapte activement aux besoins de l'enfant. (...) Cette adaptation active exige que l'on s'occupe de l'enfant sans contrainte et sans éprouver de ressentiment » (pp. 19-20). Cette adaptation doit être « suffisante », c'est-à-dire ni trop incomplète (laissant l'enfant seul face à des angoisses « inimaginables »), ni trop complète (empêchant l'enfant d'accéder petit à petit à la réalité).

⁹ Cet aspect est développé dans l'article *La capacité d'être seul* (1958) : « Être seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où *l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère*. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère-support du moi et devient ainsi capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel. » (p. 329)

la perception, révèle l'existence d'une aire intermédiaire entre réalité interne et réalité extérieure, aire où se déroule le jeu et que Winnicott appelle également aire transitionnelle. En effet, cette aire englobe les objets transitionnels, objets qui constituent « *la première possession "non-moi"* » de l'enfant (p. 12). Un objet transitionnel, souligne Winnicott, doit exister réellement, être une « possession » et non un objet interne, même si pour le nourrisson il n'est pas non plus un objet externe. Il représente en fait un paradoxe qui ne doit surtout pas être résolu :

Un point majeur de ce que j'ai avancé concernant les phénomènes transitionnels est notre consentement à ne jamais soumettre l'enfant à une alternative du type : as-tu créé cet objet ou l'as-tu simplement trouvé là, à ta convenance ? Autrement dit, un trait essentiel des phénomènes et des objets transitionnels est dans une certaine qualité de notre attitude, dans le temps même où nous les observons. (p. 134)

Ce paradoxe indique la précarité du jeu dont l'objet transitionnel est le témoin : à tout moment le jeu de l'enfant peut basculer du côté de l'omnipotence et de l'hallucination (« j'ai créé cet objet ») ou du côté de la manipulation d'un réel froid et désenchanté¹⁰ (« l'objet était là, à ma convenance »). Or, fait capital, c'est l'attitude de l'adulte (en premier lieu, la mère) qui va permettre au jeu de se poursuivre. L'adulte doit pour cela respecter le jeu dans sa précarité, en « jouant le jeu » pourrait-on dire, ce qui favorisera la constitution du soi de l'enfant.

Nous pouvons maintenant mieux appréhender la conception winnicottienne de l'espace thérapeutique. Cette conception ne concerne pas uniquement le travail psychothérapeutique avec les enfants : bien que prenant des formes plus élaborées à l'âge adulte, le jeu représente une constante de la vie humaine, et l'on peut considérer la psychothérapie en général (et la psychanalyse en particulier) comme « une forme très spécialisée du jeu mise au service de la communication avec soi-même et avec les autres » (p. 60). Pour Winnicott en effet, « jouer est une thérapie en soi » (p. 71) car l'activité créative¹¹ manifestée dans le jeu implique l'individu dans sa globalité :

C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi. (p. 76)

Pour encourager la créativité de son patient, le thérapeute doit favoriser chez celui-ci l'instauration d'un sentiment de confiance tout en faisant preuve d'une certaine retenue, d'un certain respect pour sa spontanéité¹² :

La créativité du patient, le thérapeute qui en sait trop peut, avec trop de facilité, la lui dérober. Ce qui importe, ce n'est pas tant le savoir du thérapeute que le fait qu'il puisse cacher son savoir ou se retenir de proclamer ce qu'il sait. (p. 81)

Dès lors, la psychothérapie ne repose plus sur la capacité d'analyse ou sur la profondeur des interprétations du thérapeute, mais sur son aptitude à jouer : l'espace

¹⁰ Notons que pour Winnicott, l'idée de la magie prend sa source dans l'expérience de l'aire transitionnelle (p. 67), tout comme la poésie et les autres activités culturelles (pp. 132-143).

¹¹ Soulignons que pour Winnicott la créativité ne se résume pas à la création artistique : c'est « la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure ». Phénomène universel inhérent au fait de vivre, elle « permet à l'individu l'approche de la réalité extérieure » (p. 95). Il faut lui opposer la « relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure » (p. 91).

¹² « *Jouer doit être un acte spontané, et non l'expression d'une soumission ou d'un acquiescement, s'il doit y avoir psychothérapie.* » (p. 72)

thérapeutique naît de l'intersection de deux aires de jeu, c'est-à-dire de la rencontre vivante de deux personnes entièrement impliquées dans le jeu.

La responsabilité (Lévinas)

Pour Winnicott, le patient découvre donc sa subjectivité par l'exploration de sa propre aire de jeu, aire intermédiaire entre réalité interne et réalité extérieure – le thérapeute n'ayant d'autre fonction que de lui renvoyer quelque chose de cette exploration :

La psychothérapie ne consiste pas à donner des interprétations astucieuses et en finesse ; à tout prendre, ce dont il s'agit, c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu. (p. 161)

Or, souligne l'auteur, le moment clé de ce jeu de miroirs est celui où le patient « *se surprend lui-même* » (p. 72). Cette dernière remarque, ainsi que plusieurs autres points précédemment évoqués, nous semblent pouvoir être éclairés par la philosophie d'Emmanuel Lévinas, à partir notamment de son ouvrage *Totalité et infini* (1961). Pour cela, il nous faut tout d'abord préciser quelques aspects fondamentaux de cette philosophie, en commençant par la distinction qu'elle établit entre objectivité et transcendance.

L'objectivité, dont le prototype est la relation d'un sujet à un objet du monde, se situe pour l'auteur dans le registre de la possession¹³. Le Moi, qui séjourne dans le monde, peut se saisir des objets qui l'entourent ; il a prise sur eux, même lorsqu'ils semblent se refuser à lui : il peut surmonter leur résistance par son travail, mesurer la distance qui les sépare de lui, etc. Dans tous les cas le Moi, retournant « l'altérité du monde en identification de soi » (p. 27), s'approprie l'objet par sa relation avec lui ; il demeure dans ce que Lévinas nomme le Même, c'est-à-dire le lieu dans lequel le Moi retrouve son identité à travers tout ce qui lui arrive. La relation à l'objet naît d'un *besoin* du sujet qui vise, à travers l'objet, la satisfaction de ce sujet ; elle part du sujet pour revenir au sujet – elle est égoïsme¹⁴.

Autrui, en revanche, peut être défini comme celui qui échappe toujours à mon pouvoir. Quels que soient les moyens par lesquels je tente de m'en saisir (actes, connaissance), je suis confronté à l'imprévisibilité de ses réactions : il « ne se refuse pas seulement à la possession, mais la conteste » (p. 27). Autrui se caractérise donc par son extériorité radicale par rapport au Moi, par sa transcendance – il demeure toujours Autre¹⁵ : « L'absolument Autre, c'est Autrui » (p. 28). La notion de *visage*, fondamentale chez Lévinas, cherche à dépeindre cette extériorité :

La manière dont se présente l'Autre, dépassant *l'idée de l'Autre en moi* (...), nous l'appelons visage. Cette *façon* ne consiste pas à figurer comme thème sous mon regard, à s'étaler comme un ensemble de qualités formant une image. Le visage d'Autrui détruit à

¹³ L'objectivité, néanmoins, ne se résume pas aux relations au sein du monde matériel : comme nous le verrons, la connaissance, en interposant un troisième terme – concept ou sensation – entre le sujet de la connaissance et l'être connu, est aussi un moyen de s'approprier ce dernier.

¹⁴ Le terme *égoïsme* désigne ici ce qui se rapporte à un *ego* au sein du Même : « L'identification du Même n'est pas le vide d'une tautologie, ni une opposition dialectique à l'Autre, mais le concret de l'égoïsme. » (p. 27)

¹⁵ Le concept d'« Autre », chez Lévinas, ne désigne pas autrui mais ce qui est absolument autre ; l'Autre s'oppose au Même comme Autrui s'oppose au Moi.

tout moment, et déborde l'image plastique qu'il me laisse, l'idée à ma mesure et à la mesure de son *ideatum* – l'idée adéquate. (p. 43)

On le voit, le visage d'autrui, *révélation* de l'Autre¹⁶, ne désigne ni une réalité physique, un apparaître – qui serait métaphoriquement chargée de résumer les qualités d'autrui qui me fait face –, ni l'idée d'autrui que je me forgerais dans l'égoïsme de ma pensée, sa représentation. Le visage est cette présence exceptionnelle qui, tranchant sur celle des objets du monde en ce qu'elle échappe toujours à mon pouvoir, ne défie pas « la faiblesse de mes pouvoirs, mais mon pouvoir de pouvoir » (p. 215). Irruption de l'Autre dans le Même interrompant l'égoïsme de mon Moi, le visage d'autrui m'interpelle :

Le visage est une présence vivante, il est expression. La vie de l'expression consiste à défaire la forme où l'étant s'exposant comme thème, se dissimule par là-même. Le visage parle. La manifestation du visage est déjà discours. (p. 61)

Le terme de *discours* ne fait pas ici référence au langage comme système de signes mais au contraire comme ce qui rend possible un tel système¹⁷. Le discours originel, « discours qui oblige à entrer dans le discours » (p. 220), est, pourrait-on dire, la mise en tension de l'espace intersubjectif par la révélation d'Autrui, ou encore la situation dans laquelle, confronté à l'Autre, « le Même, ramassé dans son ipséité de "je" – d'étant particulier unique et autochtone – sort de soi » (p. 29). De même, le terme d'« expression » ne désigne pas l'idée d'exprimer quelque chose mais le fait même d'exprimer :

L'essence originelle de l'expression et du discours ne réside pas dans l'information qu'ils fourniraient sur un monde intérieur et caché. Dans l'expression un être se présente lui-même. (p. 218)

L'approche de Lévinas, telle que nous venons de la présenter brièvement, peut apparaître très éloignée de celle de Winnicott : s'ancrant dans des champs disciplinaires différents¹⁸ (philosophie issue de la phénoménologie d'un côté, psychanalyse ancrée dans une pratique pédopsychiatrique de l'autre), ces deux pensées abordent la relation à l'autre selon des perspectives distinctes. L'analyse lévinassienne considère ainsi l'altérité comme phénoménologiquement première (l'Autre est accueilli par le Moi), tandis que pour Winnicott, qui se place dans une perspective développementale, c'est au contraire le Moi qui est premier. Toutefois, la référence à Lévinas nous permet de mettre en relief l'importance de l'expérience de l'altérité chez Winnicott : le nouveau-né qui vit dans l'illusion de son omnipotence n'abandonne peu à peu cette illusion que par la confrontation à l'altérité (incarnée en premier lieu par la mère) :

L'omnipotence est presque un fait d'expérience. La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant (p. 21).

¹⁶ La relation à l'Autre n'est pas un besoin, qui part du sujet pour y revenir, mais un désir : « le *Désir* est une aspiration que le Désirable anime ; il naît à partir de son "objet", il est révélation » (p. 56).

¹⁷ « Le langage instaure une relation irréductible à la relation sujet-objet : la *révélation* de l'Autre. C'est dans cette révélation que le langage, comme système de signes, peut seulement se constituer. » (p. 70)

¹⁸ Cette différence, si elle doit inciter à la plus grande prudence, ne constitue pas à notre avis un obstacle définitif à la confrontation de ces deux pensées : toutes deux visent en dernière analyse à cerner la « nature humaine » à travers l'étude de la relation intersubjective.

Si nous considérons maintenant la phrase citée un peu plus haut : au cours de la psychothérapie, « le moment clé est celui où *l'enfant se surprend lui même* » (p. 72), nous comprenons que le patient est ici surpris par sa confrontation à l'Autre, c'est-à-dire qu'il vit à cet instant une expérience d'altérité qui ne peut aussitôt être retournée en identification de soi. Une telle expérience, selon Lévinas, ne peut être vécue que face à Autrui. Néanmoins, dans ce lieu particulier qu'est l'espace thérapeutique, l'attitude réfléchissante du psychiatre semble permettre que le patient éprouve sa propre altérité, qu'il découvre l'expression de son propre visage – expression dans laquelle, nous l'avons dit, « un être se présente lui-même » (p. 218). Dès lors, le patient peut s'appréhender dans sa globalité vivante : c'est paradoxalement par la confrontation à son altérité qu'il peut se saisir comme soi.

Nous avons vu que pour pouvoir ainsi renvoyer au patient l'expression de son visage, le psychiatre doit faire preuve d'une certaine retenue. Lévinas nous permet de préciser cette idée à travers sa conception de l'éthique. Pour lui, en effet, l'éthique est la mise en question de ma spontanéité par la présence d'Autrui :

L'étrangeté d'Autrui – son irréductibilité à Moi – à mes pensées et à mes possessions, s'accomplit précisément comme mise en question de ma spontanéité, comme éthique. (p. 33)

L'éthique ainsi définie ne désigne pas une réflexion qui ajouterait à une relation intersubjective déjà constituée une dimension morale supplémentaire ; l'éthique n'est pas « un discours sur des thèmes moraux » (p. 235) mais l'essence même du discours :

La relation éthique qui sous-tend le discours n'est pas (...) une variété de la conscience dont le rayon part du Moi. Elle met en question le moi. Cette mise en question part de l'autre. (p. 213)

En effet, nous l'avons dit, le visage d'Autrui, en interpellant le Moi, ouvre le discours originel, « discours qui *oblige* à entrer dans le discours ». Le Moi, dont la liberté consiste à « se maintenir contre l'autre, malgré toute relation avec l'autre » (p. 37), c'est-à-dire à assurer son autarcie, se trouve alors soumis au regard d'Autrui et contraint de se justifier :

La liberté s'inhibe alors non point comme heurtée par une résistance, mais comme arbitraire, coupable et timide ; mais dans sa culpabilité elle s'élève à la responsabilité. (p. 223)

Dans la situation de face à face, le Moi se découvre ainsi, avant toute décision de sa part, responsable d'Autrui : répondre à Autrui est déjà répondre *de* lui. Par sa seule présence, le visage, « au lieu de blesser ma liberté, l'appelle à la responsabilité et l'instaure » (p. 222), et par là fonde la relation intersubjective comme éthique.

Si ce fondement éthique de la relation est le plus souvent recouvert par l'égoïsme du Moi, il apparaît en revanche très clairement dans l'espace thérapeutique. Nous pensons que c'est effectivement lorsqu'il se vit responsable d'Autrui et qu'il respecte l'altérité absolue de son patient que le psychiatre peut s'autoriser à jouer avec lui – condition que nous avons vu indispensable à toute approche thérapeutique.

Pour cela, le thérapeute doit réenvisager la pertinence de ses analyses et connaissances depuis l'éthique. Cette dernière, nous enseigne Lévinas, ne correspond cependant pas à une déontologie dont il suffirait d'appliquer les règles objectives, mais « accomplit l'essence critique du savoir » (p. 33). En partant de la situation de face à face telle que nous l'avons décrite, Lévinas est en effet amené à critiquer la

connaissance objective qui correspond au déploiement de l'identité du sujet connaissant, à l'impérialisme de sa liberté, exposant l'objet connu à la violence d'une emprise qui certes, affirme l'Autre, mais au prix d'une négation de son indépendance :

« La connaissance objective a beau rester désintéressée, elle n'en porte pas moins la marque de la façon dont l'être connaissant a abordé le Réel. Reconnaître la vérité comme dévoilement, c'est la rapporter à l'horizon de celui qui dévoile. » (p. 59)

Il s'agit donc au contraire de replacer la connaissance théorique d'autrui, où je m'interroge sur ce dernier en le prenant pour thème de ma réflexion, dans la situation concrète du face à face :

« La relation avec un être infiniment distant – c'est-à-dire débordant son idée – est telle que son autorité d'étant est déjà *invoquée* dans toute question que nous puissions nous poser sur la signification de son être. On ne s'interroge pas sur lui, on l'interroge. » (p. 39)

La connaissance d'autrui est alors relation à Autrui qui me fait face, discours, et le respecte dans ce qu'il a d'unique et d'irremplaçable.

Conclusion

Arrivé au terme de notre parcours, nous pouvons constater que si la question de l'espace thérapeutique ne peut être éludée en psychiatrie, sa description demeure problématique. En nous appuyant sur les travaux de Winnicott autour de la notion d'espace transitionnel, nous avons tout d'abord envisagé la relation psychothérapeutique comme le chevauchement de deux aires de jeu, ce dernier terme devant être entendu dans le sens dynamique d'une activité créatrice dans laquelle l'individu s'engage dans sa globalité. Nous avons alors remarqué que la fonction du psychiatre consistait à réfléchir ce jeu afin que le patient puisse se surprendre lui-même, c'est-à-dire qu'il puisse découvrir l'expression de son propre visage au sens où l'entend Lévinas. La responsabilité du psychiatre réside alors dans son respect de l'altérité irréductible du patient, respect qui seul permet à la confiance et au jeu de s'instaurer.

Cette description de l'espace thérapeutique ainsi esquissée nécessite sans aucun doute de plus amples développements. Ceux-ci devront être complétés par la prise en compte de la responsabilité vécue par le patient, au travers même de sa maladie, envers ses proches, responsabilité qui étend les limites de l'espace thérapeutique bien au-delà de celles que nous avons prises en compte ici.

Références bibliographiques

Lévinas E. (1961) : *Totalité et infini*, Paris, Le Livre de Poche (Biblio-essais), 1971

Naudin J., Azorin M. (1998) : Le concept d'identité chez Ricoeur et l'expérience psychiatrique, *Confrontations psychiatriques*, 39, pp. 73-88

Swain G. (1977) : *Le sujet de la folie*, préface de M. Gauchet, Paris, Calmann-Lévy, 1997

Winnicott D. W. (1958) : La capacité d'être seul, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. franç. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1992, pp. 325-333

Winnicott D. W. (1962) : Intégration du moi au cours du développement de l'enfant, in *Processus de maturation chez l'enfant*, trad. franç. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1989, pp. 10-18

Winnicott D. W. (1971) : *Jeu et réalité*, trad. franç. C. Monod et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer :

Fousson J. (2011) : L'espace thérapeutique : entre jeu et responsabilité, *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/18-jf-2011b