



Quatrième Groupe
19 bvd Montmartre, 75002 Paris
www.quatrieme-groupe.org

Pour introduire le récit clinique

Auteur : Marie-Thérèse Couchoud
Date : 1981



Quand il s'agit de relater une histoire clinique, la tentation est grande de rapporter avec exactitude tous les éléments qui en ont marqué le déroulement. Pour autant, cette transcription rend-elle compte des bouleversements que le travail de l'analyse introduit dans l'organisation fantasmatique et identificatoire qui constitue l'histoire psychique du patient? Ne faudrait-il pas inventer un genre nouveau, trouver une manière nouvelle de transmettre cet événement clinique dont les caractères spécifiques sont justement qu'il échappe à la possibilité d'être reproduit textuellement? C'est à examiner la capacité du récit clinique à rendre compte de son objet que nous tenterons ici de faire valoir l'originalité du raconter quand il s'agit d'une histoire de cas.

De quelle sorte de récit relève une histoire de cas en psychanalyse ?^[1] La question est d'importance dans la mesure où le récit se constitue comme mode de transmission de ce qu'il en est de l'histoire des relations entre les hommes. Le récit, en effet, commence avec l'histoire même de l'humanité et, qu'il soit de tradition orale ou de tradition écrite, il n'y a pas de peuple sans récit. Impliqué dans toutes les formes du raconter repérables dans le tissu des échanges sociaux, le modèle du récit est transculturel et transhistorique. Et si par ailleurs on pouvait définir l'art du conteur comme étant le pouvoir d'engendrer des récits porteurs de messages, ne faudrait-il pas également postuler une langue du récit qui s'apparenterait à un langage fondamental? Entrer dans le récit serait alors beaucoup plus que suivre le déroulement de l'histoire en imaginant les enchaînements du fil narratif attendu que, à explorer les relations narratives en passant d'un mot à l'autre, c'est bien à coïncider avec l'être-là du récit que nous serions alors conviés. Le sens en effet n'est pas au bout du récit, il le traverse.

Qu'il soit mythe, épopée, conte, roman ou histoire clinique, le récit cependant ne va pas de soi,, Aussi convient-il de s'interroger sur l'aspect singulier de l'acte narratif. Et à redéployer la définition du récit dans le champ de la clinique, nous sommes également entraînés à en explorer les limites négatives et les frontières où s'exercent les processus autosymbolisants qui créent la pensée nouvelle. Question importante qui nous entraîne à examiner la fécondité de l'acte narratif en fonction des champs où s'exercent ses potentiels de créativité. Dès lors si l'idée d'une structure narrative pouvait être admise au principe du déploiement culturel, pourrait-on de ce fait défendre l'idée qu'une structure narrative en attente, assimilable à un code, serait au fondement des motions originaires du sujet psychique dans son travail d'autoconstruction. C'est à réfléchir à cette question que nous sommes ici conviés.

Le projet d'examiner le statut et la fonction du récit en clinique psychanalytique se fonde sur la fécondité autosymbolisante de l'événement narratif et sur la possibilité pour le sujet de se saisir de son existence par le fait de pouvoir raconter sa vie. Que l'homme s'arrête et se mette à penser, et qu'une question tragique concernant le sens de son existence le porte à ré-inventer son histoire, l'exigence et l'urgence du présent ne s'en déploie pas moins dans un **saisissement premier** qui fonde un être-là du récit au sens qu'Heidegger donne au Dasein, C'est ainsi que l'événement narratif dans son émergence serait de même nature que l'acte poétique. Toutefois la tâche narrative est d'abord un travail d'interprétation qui implique les conversions nécessaires, et la poétique du récit équivaut à la fabrication d'un monde dans la mesure où elle remanie les identités et les liens qui s'établissent entre les hommes.



Re-examiner l'acte de raconter une expérience clinique, avec le poids des implications transférentielles qui en forment le tissu, implique également d'avoir à reconsidérer ce qu'il en est du simple récit en regard de l'*effet de* qui accompagne le fait de relater une histoire de cas. Prendre en compte les impacts transférentiels que nous assimilons ici à un *effet de mimésis*, telle est bien l'exigence que nous retrouverons à vouloir tenter de comprendre le récit clinique qui ne saurait être absorbé dans une définition du narratif. En regard du narratif, pourrait-on alors concevoir le récit clinique comme étant une façon de mettre en forme une situation d'implication assimilable à une représentation scénique? A raconter une histoire de cas serions-nous alors déjà susceptible d'entrer dans une définition du dramatique? En effet, si par simple récit on entend généralement ce que le conteur raconte en parlant en son nom propre, devrait-on admettre de ce fait que le narratif s'opposerait alors au dramatique dont la mise en scène reposerait sur les virtualités d'une gestuelle porteuse de sens. Mais on pourrait dire alors que le dramatique échappe pour une part au champ linguistique tandis que l'oeuvre narrative s'y déploie. Il reste qu'à raconter une histoire clinique on serait de ce fait, aux confins du narratif et du dramatique, dans un espace travaillé par la charge émotionnelle du conteur et de sa mémoire.

Dans son immense ouvrage *Temps et récit*, Ricœur redéploie l'idée de mimésis en décrivant trois moments au coeur même de la notion. Il s'agit toutefois d'une distinction didactique, chacun des trois moments étant potentiellement contenu dans le récit. L'événement narratif, que nous avons décrit globalement avec le saisissement et l'impact d'une question tragique concernant le sens de l'existence, est ainsi à la fois préfiguration et engagement narratif dans un travail de configuration de l'événement *L'homme s'arrête, il se met à penser, et le récit commence...* L'événement narratif est contenu dans ce saisissement premier induit par une question tragique Il regroupe les potentialités de la *mimésis* dans une situation existentielle qui se déploie aux confins de la peur, de la connaissance et de l'angoisse, d'où l'urgence de la **tâche narrative**. Et que l'urgence du présent pose le saisissement comme origine de l'événement narratif et des actes de pensée par lesquels le récit se génère, il s'ensuit que l'arrêt et l'étonnement, qui définissent le saisissement inaugural sont des événements narratifs. Ils introduisent le développement narratif avec la description. La notion de saisissement sera ainsi la pierre angulaire sur laquelle nous tenterons d'élucider le travail d'auto-symbolisation que nous avons repéré dans le récit clinique.

Et si la tâche narrative consiste ainsi dans une mise en intrigue du saisissement et de la question tragique, mise en intrigue qui implique une configuration, elle présuppose d'entrée de jeu une refiguration de l'événement basée sur la compréhension et la connaissance comme effets de la narration. Ainsi connaître et comprendre transformeront l'événement narratif, c'est là ce qui définit la refiguration comme mise en intrigue. D'où l'insistance de l'auteur sur la nécessité de laisser l'événement ouvert comme le mythe. C'est en ce sens qu'il conviendrait de défendre aussi l'idée, en ce qui concerne le récit clinique, qu'il y aurait un **événement de référence**, comme il y a selon Levy-Strauss un mythe de référence qui se déploie en diverses versions repérables dans les lieux culturels différents.

Ricœur insiste sur la coexistence des trois moments de la *mimésis*, et c'est bien là toute la difficulté de cette théorie du récit. Mais ce qui nous importe le plus quant à l'étude des modalités du récit, en tant qu'il est une histoire de cas, c'est bien le passage du saisissement inaugural à l'engagement narratif, autrement dit le passage de l'expérience affective et relationnelle à l'engagement dans un acte de parole déterminé par la pression des symbolisations en instance. L'événement narratif regroupe l'arrêt et l'étonnement dans une expérience de saisissement assimilable à ce que l'auteur décrit avec la notion de *mimésis1*. Or si l'idée s'imposait alors d'une *histoire potentielle* comme contenu de l'événement narratif, l'hypothèse d'une structure pré narrative de l'expérience humaine se redéploierait en-deçà de la question tragique.^[2] Que *mimésis1* soit en effet l'histoire encore non racontée qui se tient au coeur de l'expérience humaine, faudrait-il en inférer alors qu'existe une précompréhension des structures et des lois qui les régissent? Ce qui donnerait argument à l'idée d'une structure narrative en attente postulée au fondement des motions originaires du sujet psychique dans son travail d'auto-construction^[3]



Si un ensemble de médiations symboliques gouverne l'agencement des faits dans la réalité récitative, qu'en est-il des ajustements qui définissent la spécificité du récit clinique? Que l'expression des processus autosymbolisants qui transforment une expérience émotionnelle en intrigue signifiante se tisse au coeur même des modalités du récit, il ressort que l'intrigue, qui est agencement des faits, témoigne de ce qu'il en est de l'expérience humaine. Car avec le récit clinique, l'innovation consiste dans l'invention d'une intrigue organisatrice des **symbolisations vives**, c'est-à-dire telles qu'elles se proposent au travail de la pensée. Mais la capacité à faire un récit présuppose des élaborations complexes dans le monde émotionnel qui constitue l'espace des relations d'objets. La qualité de l'expérience émotionnelle y est sans doute prépondérante, afin que puisse être posé le problème de l'idée nouvelle surgie, comme issue symbolisante, aux frontières de l'affect et du récit. Désignons cette issue symbolisante avec l'idée de **symbolisation des limites**.

Le rêve suivant rend figurable ce que nous pourrions appeler une symbolisation des limites. L'analysante raconte: *"C'était un monde étrange au climat familier... mais un monde dont je ne pouvais sortir, car toutes les issues étaient des sens interdits. Je rencontrais un couple d'homosexuels qui se tenait derrière une porte que je venais d'ouvrir, ils étaient nus. J'ouvrais ensuite des portes qu'on ne pouvait franchir. Soudain derrière l'une d'elle un petit cheval noir éclata de rire et s'enfuit sur la gauche, laissant libre le trajet de ma propre fuite... et je m'éveillai..."*

Ce rêve sera suivi la nuit suivante d'un autre rêve dans lequel le scénario ne peut pas être raconté, faute d'images. Il sera traduit par la rêveuse comme **"un monde de pensée qui est géré par l'autre..."** S'agit-il d'une formulation persécutive, ou bien d'une métaphore des identifications projectives ici réactivées? Ce deuxième rêve évoque une situation clinique où le praticien nous raconte qu'il s'éprouvera comme étant **colonisé** par son patient, habité par lui. Cette expérience clinique est rapportée comme une souffrance purement existentielle aux limites du somatique et de l'angoisse, vécue et subie sans représentation possible. Elle se renouvellera par la suite comme un détour obligé pour que le patient puisse mettre en mots sa propre déhiscence^[4]. Et ce que raconte alors le patient, dans l'après-coup de cet événement clinique assimilable au saisissement porteur d'un événement narratif, est une mise en scène de ce qui a préalablement été éprouvé par le praticien et que le patient se réapproprie de ce fait.

S'agit-il d'identifications projectives ou bien peut-on interpréter cette séquence clinique de façon plus latérale à partir d'une théorie de la formation de la pensée? Selon un auteur comme Bion par exemple l'appareil à penser les pensées se construit en lien avec un autre psychisme qui assure une détoxication des éléments bruts projetés, afin que le sujet puisse les réintégrer de façon supportable. Se crée ainsi un espace interne propre à l'éclosion d'éléments pensables. La pensée serait le résultat de ce travail de détoxication qui permettrait d'élaborer l'affect et de le symboliser. Il reste que cette séquence clinique qui nous a été relatée permet de repérer la notion de frontières du récit comme étant l'espace des **symbolisations vives** où se concentrent et les processus auto-symbolisants et les symbolisations intersubjectives

Le récit, comme représentation d'un événement par le moyen du langage, est une définition qui a le mérite de l'évidence. Mais l'inconvénient du récit réaliste est de masquer, dans l'être même de son déploiement, les frontières de son exercice et les conditions de son existence. D'où la nécessité de comprendre la différence entre l'urgence narrative liée au saisissement, et la mise en intrigue qui le comprend et le transforme en histoire. L'urgence narrative crée l'événement narratif. L'urgence narrative est une expérience émotionnelle qui génère l'engagement narratif avec la peur, la reconnaissance de cette peur et l'audace de l'engagement. Tandis que la mise en intrigue repose sur des processus symbolisants qui donnent sens à l'événement en l'historicisant.

Si on accepte de penser la dimension narrative comme étant la possibilité de mise en intrigue, il s'ensuit que la narrativité se définit par la possibilité de raconter autrement ce qui est d'emblée déjà là. Le récit n'a pas ainsi pour fonction d'épuiser, mais d'accomplir. Et s'il raconte la palpitation du monde et des relations entre les hommes, la compréhension et la connaissance seront les effets de cet autrement narratif. C'est ainsi qu'en



clinique le récit a une fonction de repérage. Le lieu du récit est le lieu du changement de point de vue. L'effet de mimésis, qui résulte des implications transférentielles véhiculées par le narratif, produit du nouveau. C'est en ce sens que le récit clinique est une traduction intersémiotique qui repose sur une proto-compréhension et ne porte pas sur un donné, mais sur des messages. En première définition, les instruments de cette proto-compréhension sont les structures narratives (code, mythes etc..) proposées à l'enfant par le social, et leur potentiel de liaison est indéniable. Mais si l'on considère que la spécificité des codes narratifs est l'objet de l'ethnologie tout autant que de la psychanalyse, il faut cependant reconnaître que le vecteur analytique de détraduction est opposé au vecteur narratif (reconstruction) dans toute cure. La spécificité de l'histoire de cas en psychanalyse se trouve sans doute à l'entrecroisement de ces deux vecteurs.

Il est à remarquer que dans le registre de la clinique quand il y a récit celui qui raconte se dépossède de son récit au profit d'une autre version. C'est ainsi qu'il fait oeuvre humaine : l'homme pâtit, alors il cause! La narrativité apparaît avec la question: que vais-je faire et comment vais-je raconter l'angoisse qui me saisit? La narrativité commence à ce point où la question devient insupportable. Tout est là du tragique de la condition humaine. Que vais-je faire? Et le récit commence. Et ça traverse l'histoire des générations. Et ce qui importe n'est pas de reproduire un fantasme pré-existant, mais de rassembler des matériaux pour le faire exister autrement. Ce qui importe dans l'histoire de cas c'est enfin de réinventer la brèche originare ouverte par l'étrangèreté de l'autre entre le soi et le non-soi C'est alors que le récit clinique se constitue dans la catégorie de l'**entre**, espace où la double modalité de la présence et de l'absence borde le lieu des symbolisations vives, mais dissimule aussi l'impossible question de l'impensable, de telle sorte que comprendre une histoire clinique et la raconter serait, en dernière analyse, se déplacer dans cet espace qui a pu être décrit ailleurs comme un espace vide interspéculaire.⁽⁵⁾

1 - C.Rousseaux-Mosettig introduit cette question dans un article paru: Le Récit analytique chez Freud.

2 - et toute la problématique du transgénérationnel s'en trouverait éclairée

3 - cf Les fondements narcissiques d'une névrose de contrainte

4 - en botanique: ouverture, déchirure, selon des lignes déterminée par la structure, que de très fortes tensions font éclater.

5 - cf. l'espace vide interspéculaire Marie-Thérèse Accard-Couchoud : *Kierkegaard ou l'instant paradoxal. Recherches sur l'instant psychotique* p.181/196 Cerf 1981
