



Henri Grivois,
psychiatre.

Le point aveugle des psych

Il n'existe pas de *confusion subjective* dans la psychose. Pour le patient, cela se joue avec tous les hommes, et c'est universel... mais attention !

On ne connaît pas de pays dont la psychose soit absente. Fragmentées par les psychiatres, en symptômes et en évolutions, les psychoses se sont multipliées. Aussi ne parle-t-on plus guère de psychose au singulier. En revanche, on s'accorde sur l'unité des premiers épisodes. Leur répartition régulière et disséminée, leurs manifestations publiques et le fait qu'elle frappe des adolescents et des

adultes jeunes, sont des données épidémiologiques et anthropologiques majeures. À cela s'ajoute l'imprévisibilité de leur déclenchement et de leur évolution. Sous des aspects très variés, ce premier épisode est partout regardé comme insensé, voire dément. Les termes savants tels que désorganisation mentale, incohérence, déstructuration, désordre, ont renforcé cette opinion. Pourtant, sauf affection associée, les patients n'ont pas de

perturbations de la conscience. Ils n'ont pas davantage de troubles de la mémoire et ne sont ni confus, ni désorientés. Malgré cela, qu'ils soient attentifs et même aux aguets alourdit le verdict d'incohérence. Les patients ne dissimulent pas leur désarroi, ils l'expriment dans des comportements insolites : errance, mutisme, changements d'humeur, insomnie, inattention... Quand on les voit précocement, ils sont incapables de rendre compte de ce qu'ils vivent. La



clairer ce point aveugle de la psychose à partir de ma pratique.

■ Impasse de la tradition

J'ai longtemps fait confiance à l'enseignement traditionnel. Il comporte, comme on le sait, des troubles du cours de la pensée, des hallucinations verbales, de l'automatisme mental, une humeur délirante, une réticence, voire une opposition. S'y ajoute toute une série d'autres signes, différents d'un patient à l'autre, souvent même d'un moment à l'autre chez le même patient. Je les confrontais à des échantillons de symptômes, positifs ou négatifs, déficitaires ou productifs. Je les leur décrivais avec tact. Les patients m'écoutaient, semblaient parfois acquiescer silencieusement, mais ne reprenaient pas mes termes, mes périphrases ou mes comparaisons. Certains avaient le sentiment d'être influencés, d'autres volés de leur pensée, d'autres encore doutaient d'être seuls auteurs de leurs actes et de leurs intentions, d'autres entendaient des voix.

Cette approche sur catalogue est typiquement médicale. Rien n'étant spécifique de psychose, le bon critère est de collecter le plus possible d'indices. L'enquête ainsi menée est incompréhensible pour les patients. Comment leur expliquer ce que l'on cherche à travers un interrogatoire aussi morcelé ? Rien ne se détache de ce salmigondis de symptômes instables et disparates. Cet examen, aussi subtil et bienveillant soit-il, est dissocié et rarement complet. À beaucoup de nos questions le patient ne répond pas. On reste à distance et on ne débouche pas sur un entretien. La sémiologie psychiatrique garde sa valeur mais elle n'aura de poids en urgence qu'intégrée à un ensemble cohérent. C'est ce que j'ébauche ici et que je poursuivrai.

Comment alors sortir de cette impasse ? Chez ces jeunes patients, il est urgent de se parler. Un jour, je suis allé plus loin. C'était un patient comme les autres. Il parlait peu mais ce peu je l'ai écouté, comme avant mais sans le guider de mes questions stéréotypées. Plus longtemps aussi. Peu à peu je sortais du protocole que j'utilisais jusqu'alors. Je prenais le temps, sans m'étonner. En avançant ainsi, je me suis aperçu que je soutenais cet homme et stimulais son désir de se maintenir, à travers quelques paroles isolées, dans une continuité plus que dans une recherche de sens. De cet entretien, puis d'autres ensuite dans des

oses

première exigence est de ne pas méconnaître une affection organique. On les accueille, on les assiste, on fait assaut de gentillesse, on tente de parler. On s'attend à ce qu'ils racontent ce qui leur arrive mais, le plus souvent ils restent silencieux. Selon les cas - agitation, angoisse, insomnie - un traitement est entrepris.

Après quelques heures ou quelques jours, les patients transposent leur expérience, la réduisent en thèmes changeants et dissociés puis en un récit plus stable. Ils confirment ainsi le diagnostic. On les confie alors aux psychothérapeutes. Schématiquement, la psychose naissante est

finie. En réalité, il en reste d'autres stigmates que ce délire. Le privilège accordé au retour de la parole est tel qu'il laisse dans l'obscurité ce qui le précède, le début même de la psychose.

Que se passe-t-il durant cette période sans paroles ? Que retenir de situations et de comportements aussi différents ? La plupart des patients donnent l'impression d'étonnement et d'attention à quelque chose qui les préoccupe et qui leur échappe. C'est vague, je l'accorde, mais c'est un caractère commun. Autrefois « fous », ils sont désormais « malades ». Ce progrès majeur qui date de deux siècles n'a guère amélioré la connaissance de ces patients. Pendant plus de trente ans, à l'Hôtel-Dieu, hôpital général situé au centre de Paris, j'ai rencontré ces psychoses naissantes. Je tente ici d'é-

situations très différentes, j'ai acquis la certitude que, sous des aspects variés, quelque chose était commun à tous les patients. En effet, un point émergeait : ce qui leur arrivait venait selon eux d'autres êtres humains. Le plus extraordinaire fut dès lors de retrouver cela avec régularité.

■ Concernement universel

Pour les patients, il se passe donc quelque chose avec les autres. Toute personne côtoyée leur semble concernée. Arrêtons-nous sur ce mot. Le concernement est un phénomène courant. Il se résume à ce que l'on ressent en présence de n'importe lequel de ses semblables. Même sans échange de regard, la présence d'un autre n'est pas une sensation neutre. Seul dans un ascenseur, si quelqu'un peuple ma solitude, je ne suis plus tout à fait le même. Toute présence humaine inattendue, isolée ou en groupe, suscite une sensation fugace et indéfinissable, une sorte de contrainte spécifique. La psychose n'est pas une simple accentuation de ce concernement banal. Le concernement y est d'emblée assez marqué pour que l'indifférence des gens étonne et rende perplexe le patient. Tous néanmoins n'y sont pas également sensibles mais, qu'ils errent ou restent seuls, n'y change rien. Cette influence qu'exercent sur eux les autres et celle, réciproque, qu'ils pensent parfois exercer sur les autres, serait un « indice » précoce de psychose. Oui mais, j'insiste sur ce point, à une condition.

En effet, ce qui est propre à la psychose n'est pas que le concernement émane de ceux que le patient rencontre mais, qu'au delà, il soit devenu le fait de « tous » les êtres humains. Ce point, momentanément irréversible, est à lui seul fondamental et il signe vraiment la psychose. Les patients, même s'ils n'en ont pas conscience, sont convaincus de l'universalité de leur aventure. Ce n'est pas une idée ni un constat réfléchi mais plutôt une suspicion globale qu'ils n'expriment généralement pas clairement. Cela s'impose à eux, mais ils ne le décrivent pas comme tel. Il n'est donc pas toujours facile de prouver l'existence de ce concernement universel. Il faut donc questionner les patients d'autant que cette universalité leur confère, malgré eux, une position « unique » et qu'ils craignent, s'ils en parlent, de passer pour fous...

Concernement généralisé et sentiment d'être unique résument cette situation. Selon les mentalités, les siècles et les décennies,

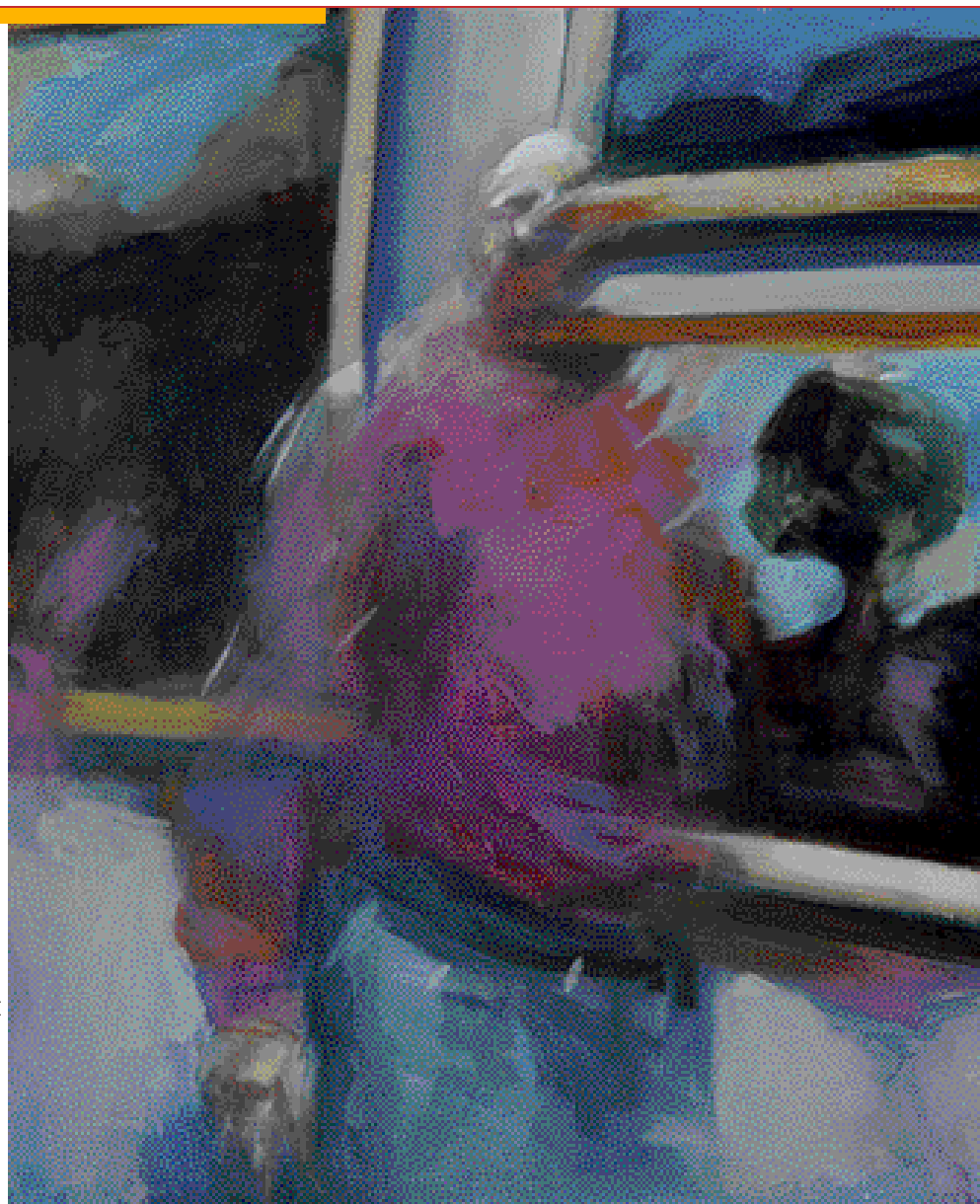


Tableau : Michel Verhaegh, Musée, XIII, acrylique sur toile, 67,1x80cm

ces sentiments grandioses ont été considérés comme de vastes idées délirantes, témoins d'un orgueil démesuré, d'un narcissisme paroxystique, d'une mégalomanie ou carrément révélateurs de démence. De nos jours, on dit que le patient ignore le caractère pathologique et l'incohérence de son état mais on ne va guère au-delà. Ce constat d'universalité ne devrait pourtant pas laisser indifférent. Il y a là une discontinuité, un débordement du concernement qui surgit du vécu interpersonnel des patients. Une réflexion sur ce vécu ne peut être écartée au simple prétexte d'aberration.

■ Je suis vous

On évite néanmoins cette réflexion. On traite les symptômes gênants, mais on ne va guère plus loin. Sur quoi s'appuyer, en effet, pour approcher ces patients que tout le monde considère momentanément comme fous et incohérents ? Comment s'aventurer sur leur terrain ? On n'adhère pas à leur

expérience. On la constate. On est perplexe. On temporise.

Les patients parlent peu. Il n'est pas rare que certains, surtout si on insiste, murmurent des mots comme : « *monstre, Dieu, star, tout le monde, tous les autres...* ». Ces mots expriment l'ampleur et le foisonnement de ce qu'ils traversent. Ils ne construisent pas de phrases avec ces mots, ne prononcent pas « je » et esquivent la question du sujet. Parfois, les patients s'expriment de manière directe et sans réserve, employant le pronom « je » avec assurance et naturel. Ils énoncent, sans préliminaire ni commentaires, des phrases surprenantes. « *Je suis vous, vous et vous* » dit avec simplicité, une patiente s'adressant à moi et à ceux et celles qui m'entourent. « *Je suis mon père, ma mère, mon frère* » dit un autre. Ou encore, « *je suis l'espèce humaine, je suis tout le monde* ».

Cela paraît incohérent mais il faut respecter ces mots et ces phrases. Les patients, sans les renier ni les juger, n'ajoutent rien, ne les



répètent jamais et supportent mal qu'on se permette de le faire. Ces premières mises en mots spontanées abordent ce qu'ils vivent de deux façons différentes. Les mots, comme « Dieu » ou « monstre », expriment la richesse et l'étendue de leur expérience. En revanche, des phrases comme « je suis vous, je suis tout le monde », mettent en avant leur lien avec chacun des autres. Cela paraît certes irréel, mais de quoi s'agit-il ? Pour les patients, la réalité ici, sans être tangible n'est pas immatérielle, elle procède de ce qu'ils vivent. Ces affirmations mettent à nu le point aveugle de la psychose et sa cause, un pur dérèglement interindividuel. Leur situation est telle alors que les patients sont chacun des autres tout en restant eux-mêmes. Ils n'ont pas en effet d'autre trouble. Ils conservent leur identité, état civil, alors même qu'à cette identité triviale s'adjoint leur identité à tous les hommes. Ils incarnent ainsi deux pôles du mot identité : « différence absolue » avec chacun et « similitude totale » avec tous. Ce pôle-ci engendre celui-là. Le terme dépersonnalisé ne leur

sied pas, ils sont sur personnalisés. Ce que résume l'un d'eux : « je suis tout le monde mais personne n'est moi ».

Le patient ne relie pas ces deux pôles - l'interindividuel et l'universel - mais il les vit avec la même intensité. Le concernement dont il est le centre vient, pour lui, de tous les hommes. La situation est bloquée. C'est fou, c'est vraiment fou, mais c'est à prendre ou à laisser. Je prends, mais je ne m'arrête pas là. Ce qui est nouveau dans la pratique exposée ici est donc la prise en compte immédiate de ce vécu initial. Il n'y a pas de temps à perdre, les suppositions du patient sur les intentions à son égard ne tardent pas.

■ Parenthèse

Les hommes sont des animaux mimétiques, mais ignorent à quel point ils le sont. Nos comportements individuels ou collectifs, à l'évidence, en attestent. Plus encore, nous avons laissé de côté nombre de conduites innées et nous vivons en immersion mimétique. Nous restons néanmoins en partie imprévisibles les uns aux autres et à nous-mêmes. Ceci est très important. On peut penser en effet que, sans cette imprévisibilité, toute conscience de soi et toute vie intérieure s'éteindraient et qu'entre semblables, toute présence mutuelle serait insoutenable. Bref, on se mime l'imprévisibilité, on la mime aux autres qui, réciproquement, nous la renvoient. Quiproquos, télescopage, paroles et gestes concomitants, ces saillances de similitude font rire sans altérer notre sentiment commun d'être imprévisibles. Avec chacun, je suis avec un autre moi-même ; un autre qui paraît libre, heureux de l'être et qui me transmet la même conviction, celle d'être, moi aussi, libre et heureux de l'être. On communique ça au bébé, on l'installe dans nos réciprocitys d'adulte. Les bébés n'apprennent pas la réciprocité comme ils apprennent la marche ou la parole. Ils nous renvoient nos gestes, nos mimiques puis nous les refusent partiellement. Il est amusant de voir qu'ils font ainsi, comme nous, preuve d'imprévisibilité et de subjectivité, ce dont ils sont conscients et heureux.

Vivre ensemble fortifie donc le sentiment d'improviser ses pensées et ses actions et, au-delà, celui de construire sa vie au fur et à mesure. Le temps indispensable à la prise de conscience des mouvements - les siens et ceux des autres - n'étant pas compressible, nous échangeons de l'imitation sans le savoir, même si l'imitation reste virtuelle

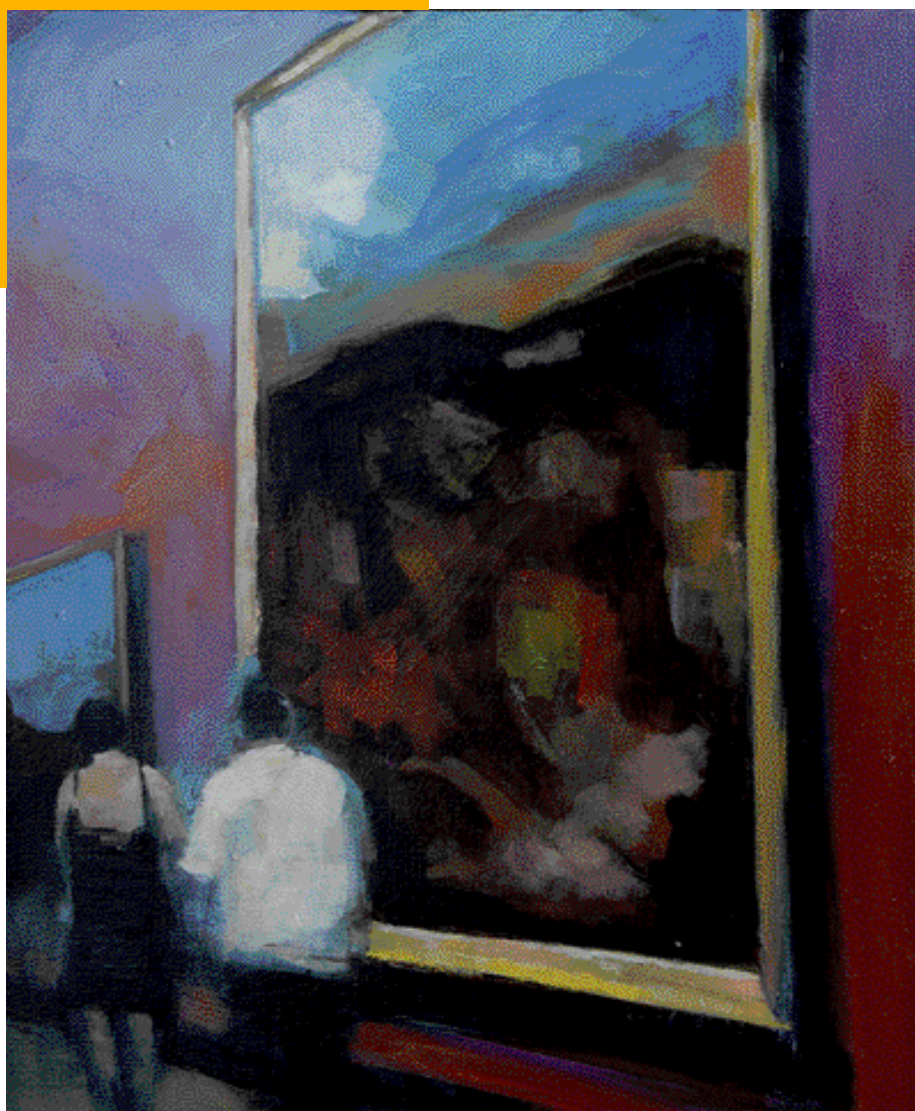


Tableau : Michael Kebeles, Musée MIMI, appliqué sur toile, 92 x 73 cm

voire même absente. Tout cela implique, on s'en doute, des dispositifs cérébraux spécifiques qui favorisent le sentiment d'être des sujets, auteurs et acteurs de mouvements et d'idées. Le but de nos actions est moins en cause que les mouvements et les pensées qui les actualisent. Et ici tout le monde est gagnant. Appartenir à la même espèce est une chose, être différent en est une autre. Il est remarquable qu'imprévisibilité et mimétisme cohabitent et qu'entre nous on s'ajuste « comme un seul homme ».

Le côté paradoxal de cette situation importe peu dès lors qu'entre nous ça marche. Est-ce pourtant si simple ? On peut y réfléchir. Cet accord entre nous n'est-il pas parfait et incroyablement achevé ? Il se joue en toutes circonstances, en cas de nécessité comme d'indifférence, dans les extrêmes de l'amour et de la haine. Préoccupés ou non des autres, aimant leurs semblables ou prenant plaisir à les torturer, entre nous, êtres humains, et seulement entre nous, tout se passe exactement de la même façon. Les règles artistiques les plus contraignantes n'empêchent pas la création de chefs-d'œuvre. Nous constatons cette stabilité, nous en profitons sans en avoir la moindre conscience. Déduction ou intuition, peu importe, cette constante régularité de l'être humain et cette conformité mutuelle nous assurent continuité et unité. Qu'est-ce qui nous règle ainsi les uns aux autres ? Cela exige, outre des mécanismes préalables, une fonction commune.

■ Fonction interindividuelle et psychose

Cette fonction est silencieuse et insaisissable comme tout ce qui nous maintient en vie et en bonne santé et comme sont régulées de grandes fonctions vitales : pression artérielle, taux hormonaux ou température interne. Le caractère majeur de cette fonction est de s'exercer exclusivement entre êtres humains, de se régler seulement sur eux et potentiellement sur tous. Chacun est émetteur et récepteur. Accordé ainsi sur ses semblables (ceux-ci l'étant sur d'autres), chacun, de proche en proche, relie chacun à l'espèce humaine. Ce mécanisme interindividuel est suffisamment enfoui pour échapper aux réflexes mimétiques communs et permet de s'en rendre indépendant. Bref, cette fonction maintient les êtres humains en homéostasie interindividuelle. Le gain d'attention ainsi réalisé libère pour nous un champ où se déploient la réciprocité, la

La psychose naissante frappe un être humain dans l'exercice courant de son interindividualité.

Elle touche en lui une fonction dont les mécanismes permettent aux êtres que nous sommes d'exister et de poursuivre ensemble Leur hominisation.

conscience et la subjectivité propres aux hommes.

La psychose, affection universelle, révèle l'existence de cette régulation. La pathologie ouvre souvent chez l'homme une voie à la connaissance. Ce n'est plus une simple hypothèse. Le diabète a conduit ainsi à la régulation de la glycémie. Dans la psychose, l'échange interindividuel dérégulé apparaît sans entraves. Les conséquences de cette dérégulation apparaissent alors publiquement dans des manifestations hétéroclites qui ne nous éclairent pas. Disons en quelques mots que cette dérégulation interindividuelle entraîne une extrême proximité d'un homme, le patient, avec tous les hommes. Ainsi, la seule présence des autres est-elle vécue par lui comme une stimulation, un envahissement qui n'a rien de mimétique au sens courant. Le patient se vit d'emblée monstrueux ou divin et prononce, on l'a vu, des phrases comme « *je suis vous* ». La priorité qu'il donne alors à l'universel fait qu'il ignore que son trouble est d'abord interindividuel tandis que son vécu débouche sur le concernement universel.

■ Ce que dit la psychose

La psychose naissante n'est pas une affection de la relation interpersonnelle telle

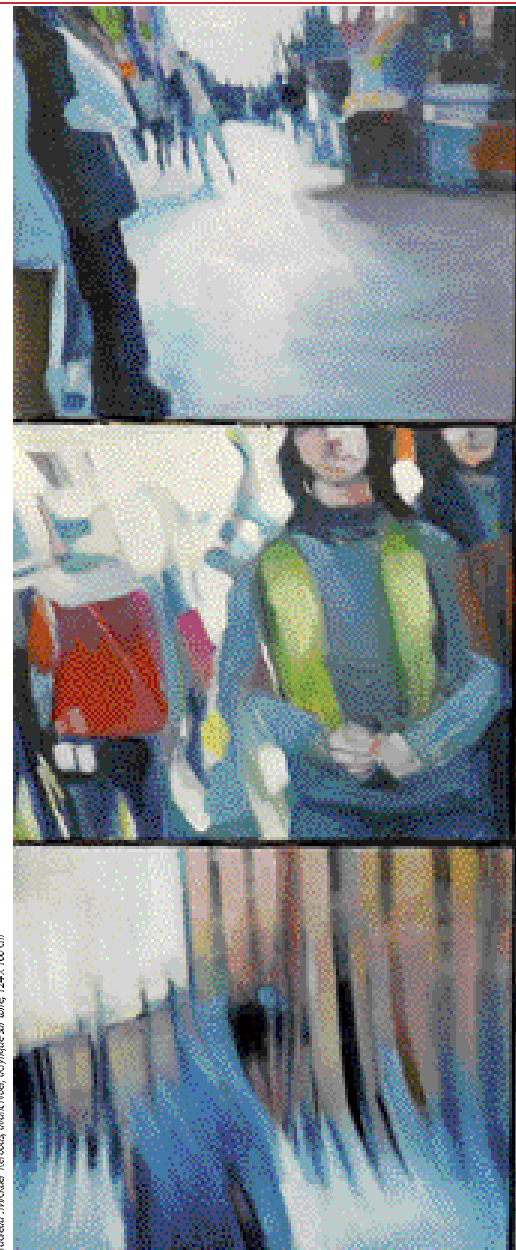


Tableau : Michael Kerbois, *encre (bleu, cyan) sur toile*, 124 x 100 cm

qu'elle est partout présente, en psychologie, en psychiatrie, dans la vie quotidienne, la littérature, le cinéma. Cette relation-là est abolie au bénéfice d'un lien à l'espèce humaine. Ce lien n'est pas une défense ou un recours face à un danger de dépersonnalisation. Pour le patient c'est la dernière et unique différence qui subsiste entre lui et les autres.

Le psychotique est un adolescent ou un jeune adulte mûri dans le régime humain commun de l'interindividualité et des réciprocités intersubjectives. Comme il ne dit rien sur lui, on peut, encore une fois, en rester là. En médecine et en psychiatrie, tout est fait pour éviter l'émotion et le désarroi. Pourtant, on peut avancer vers le patient, même si ce qu'on ressent est indicible. Ce qu'il éclaire sur l'être humain risque de nous bousculer. Cela varie avec chaque patient et chacun, psychiatre ou pas, le ressent de façon variable. Il y a cependant un point



commun. Le patient est projeté hors de sa réciprocité courante. La capacité qu'on a avec quiconque de s'échanger, de s'emprunter, de se subtiliser et se restituer des mimiques, ce jeu d'échanges permanents s'amenuise jusqu'à disparaître parfois dans l'immobilité et la catatonie. Mais il y a plus encore...

Si on persiste, un abîme de sentiments extrêmes s'ouvre. Sensation mélangée de malaise et de fascination mais aussi parfois jubilation et émerveillement. On est captivé et parfois ébloui. On a peur alors même qu'on ne se sent pas menacé. On ne saurait dire de quoi, sinon d'être confronté à un phénomène imminent, désastre, anéantissement, triomphe. Cet homme est silencieux mais n'est pas muet. Qu'il s'explique, qu'il dise n'importe quoi mais qu'il parle, qu'il nous éclaire, qu'il endigue avec des mots cette surcharge ou cette carence insoutenable de réciprocité.

On s'en sort indemne mais souvent aux dépens du patient qu'on fixe dans ses symptômes. Il faut abandonner alors le modèle des maladies individuelles, infectieuses, neurologiques... La psychose naissante frappe un être humain dans l'exercice courant de son interindividualité. Elle touche en lui une fonction dont les mécanismes permettent aux êtres que nous sommes d'exister et de poursuivre ensemble leur hominisation. Voilà ce que montre le patient sans rien dire de lui ni de l'interindividualité humaine. Il ne proclame pas que le sujet humain est un leurre collectif, les philosophes s'en chargent. Il montre simplement que l'être humain se construit avec ses semblables.

■ Que faire alors ?

À défaut de guérison, on fait du délire une évolution souhaitable, une sorte de cicatrisation salutaire de la psychose. Le praticien

tombe dans ce piège dès qu'il engage le patient à fabriquer son propre mythe. Selon qu'on est freudien, girardien, cognitiviste ou autre, on reliera alors le patient à une histoire passée. « Fais un effort, sois raisonnable, délire un peu ! Ça ira mieux ». Telle est très tôt l'injonction tacite des familles et des psychiatres. Il s'agit de trouver l'issue bénéfique d'une crise présumée. Quand les patients ensuite délirent, c'est la fête autour d'eux, ça va mieux, la raison est de retour. Ainsi, le mensonge délirant confirme-t-il la réputation d'opacité de la folie débutante. Des années durant, j'ai pensé et agi ainsi. Désormais avant d'envoyer ces patients se coucher quand cela est possible et dès leur arrivée, je prends la peine de converser avec eux. Mais de quoi parler ?

La parole n'est précieuse qu'utilisée à bon escient. Les mots « universalité », « indifférenciation » et « centralité », sont des repères. On n'aborde pas les patients en ces termes. Les symptômes et les troubles comportementaux entraînent, on l'a vu, vers de fausses pistes. L'empathie n'est pas inutile mais le praticien est vite risible s'il tente de partager le vécu et les émotions du patient psychotique comme on le fait avec les personnes angoissées, phobiques ou déprimées. Comment, en effet, se mettre à sa place, une place qui n'existe pas, que nul n'occupe, qu'il n'a pas lui-même mais qu'il pense qu'on lui donne ?

Le pari est de rendre cohérent ce que vit le patient. Sans hésiter, il faut donc lui montrer qu'on rejoint son intuition incongrue de concernement universel. Pas plus que la toux n'est source d'infection bronchique, ce concernement universel n'est l'origine de l'expérience psychotique. Ce n'est qu'un symptôme, un constat et déjà une interprétation. La parole sera utile si, partant de là, elle atteint le cœur de sa folie.

■ Parler avec lui de ce qu'il sait

Le patient n'est pas envahi par des germes mais par ses semblables. La perturbation de la fonction interindividuelle entraîne cette irruption en lui. Et ça, il le sait, c'est le concernement universel. « La psychose, ça s'attrape aux autres », dit un patient après plusieurs rechutes. Mais comment lui présenter cette irruption ? Voici, par exemple, une proposition : « ce qui arrive n'est pas irréel, ni immatériel. Oui, c'est universel puisque tout le monde y participe. C'est extérieur et ça tient à l'existence des autres. Je respecte votre sentiment d'universalité.

J'admets qu'il vous soit extérieur. Je comprends aussi qu'on ne vit pas cela sans faire des suppositions. Vous êtes eux mais aucun n'est vous et vous le savez. Ce n'est pas réciproque. Vous êtes chacun d'entre eux mais, c'est par vous que ça passe ».

Reprenons. Le patient, on l'a vu, fait passer l'universel avant son trouble particulier. Dès lors, puisque c'est universel, c'est tout le monde et donc chacun. Or, c'est l'inverse. Son trouble fait que c'est d'abord avec chacun, puis avec tout le monde, que ça se passe. Cela devient enfin universel. Autrement dit, parce que le patient est chacun de ceux qu'il côtoie, il est tous les hommes. Il n'a donc pas tort de dire que ça émane d'eux puis de tous. Il vit leur irruption en lui. Plus besoin d'aller chercher intentions et unanimité ailleurs qu'en lui. En d'autres termes, ça passe par les autres, oui, mais ça prend racine en lui. De « puisque » à « parce que », en changeant de conjonction de coordination, on tente de rétablir l'ordre des choses. La fonction de régulation interindividuelle est cassée. Le sentiment d'être influencé et la difficulté qu'ont les patients de s'imputer leurs idées et leurs actes, ne découle pas d'une indifférenciation subjective. Elle vient, par le biais du concernement pathologique, de l'irruption que provoque en eux cette interruption fonctionnelle. Le concerne-

ment universel est la conséquence de ce trouble initial. La plupart des hypothèses actuelles psychologiques, sensori-motrices ou autres, font de la psychose un trouble de l'imputation subjective du mouvement. Ces prémisses sont fausses, il n'existe pas de confusion subjective dans la psychose. Pour le patient cela se joue avec tous les hommes et c'est universel. Il est fou certes de penser cela, mais il n'est pas incohérent, il ne se l'impute pas à lui-même.

Cette maïeutique, trop schématiquement résumée, est ardue et sa durée est indéfinie. Ses résultats sont instables et incertains. Le patient ne peut s'y engager seul et encore doit-il accepter de s'y prêter sur une durée indéterminée. Mais qui prend la peine d'entreprendre ce travail avec lui, en urgence, alors qu'on calme si bien ses symptômes et qu'il est rassurant pour tous de le savoir endormi ?

■ Pour conclure

Je ne dis pas non à la psychose/maladie, je dis non à ce qu'en a fait la spécialité médicale, sous couvert de philanthropie individualiste, de philosophie des Lumières, de médecine spécialisée, de scientisme romantique et maintenant de déficit fonctionnel par démarquage de la science moderne. Qu'on hésite, dans le contexte actuel, à considérer la psychose comme une mani-

festation fonctionnelle touchant aux racines de l'interindividualité est compréhensible. D'autres travaux sont nécessaires pour atteindre les mécanismes interindividuels chez l'être humain. Pour évaluer l'être humain, on cloisonne son esprit : mémoire, intelligence, apprentissages, mimétismes. De la même façon, on fragmente la psychose en symptômes. On néglige complètement, en deçà de ce qu'on mesure, mouvements, sensations, symptômes, ce que l'interindividualité et la réciprocité humaines ont de spécifique. On les néglige, tant elles vont de soi, d'où le terme d'hypermimétisme. On oublie que le rapport à soi est d'abord celui qu'on a avec les autres. Ces mécanismes déréglés sont les mêmes que ceux, régulés et insaisissables, qui font les êtres que nous sommes. Les animaux ne nous apprennent rien sur la souplesse paradoxale de l'interindividualité et de la réciprocité humaine.

En résumé, les premières manifestations des psychoses naissantes résultent de la dérégulation d'une fonction proprement humaine. Telle est l'hypothèse exposée ici. Cette fonction interindividuelle (qui ne doit pas être confondue ni avec la réciprocité interpersonnelle ni avec les multiples mécanismes mimétiques) favorise et stabilise toutes nos relations ainsi que la réciprocité intersubjective. Dans la psychose cette fonction se dérègle. Aucun autre trouble de nature psychologique, cognitive, aucune carence sensorimotrice, affective ou autre, ne transforme ainsi un homme non confus en chacun des hommes et des femmes : ses semblables. Sans cette protection, il vit cela comme leur irruption en lui et l'envahissement soudain de lui-même. ✨

À voir... À voir... À voir... À voir... À voir...

● Kerboas ou l'art du pinceau...



Mikaël Kerboas dont les œuvres illustrent cet article est un artiste peintre autodidacte. C'est à l'âge de 40 ans, après d'autres expériences professionnelles, et notamment la coiffure, qu'il choisit de devenir peintre à part entière. Comme il l'exprime dans les colonnes du journal Azart qui lui consacre un article (1), il se sent « de plus en plus comme un chercheur, une sorte de chimiste, ou un biologiste qui fait ses expériences. Je tâtonne, j'avance, je recule (...) C'est ton cerveau qui construit les images.

Je me demande toujours à quoi peut bien ressembler le monde réel ? Personne n'en a la même perception, puisqu'elle ne se fait qu'en fonction de la personnalité de chacun. C'est assez étrange de penser à cela. En fait, je vis beaucoup plus dans la peinture que dans le monde réel. Je tente de reconstruire ce que j'ai vu, une fois que j'ai fermé les yeux. Tout se met alors en mouvement... ». Son oeuvre est présentée par plusieurs galeries européennes et sur les foires d'art contemporain. Le galeriste Philippe Paschos (2) lui a consacré déjà trois expositions, dont la dernière en octobre 2007. Merci à lui pour cette aimable autorisation de reproduction.

1- Azart, Le magazine international de la Peinture, Bimestriel n°28, septembre-octobre 2007, p. 102-110 ; www.azart.fr

2- Du 14 septembre au 7 octobre 2007, Galerie Philippe Paschos, Place Neuve, 83310 Grimaud Village. Tél. : 04 94 43 28 82 ; www.galerie-paschos.com ;

● Lire aussi

▶ Grivois H., Parler avec les fous, Éditions Les empêchés de penser en rond, janvier 2007.

▶ Grivois H., Tu ne seras pas schizophrène, Éditions Les empêchés de penser en rond, mai 2005.

▶ Grivois H., Naître à la folie, Collection Les empêchés de penser en rond, avril 1999.

▶ Grivois H., Grosso L., La schizophrénie débutante, John Libbey Eurotext, janvier 1999.

▶ Grivois H., Proust J., Subjectivité et conscience d'agir dans la psychose, Éditions Puf avril 1998.

▶ Grivois H. Le fou et le mouvement du monde, Éditions Grasset, octobre 1995.