

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Bastien Poignant

Né le 14 Février 1991 à Fontainebleau (77)

TITRE

Introduction à la phénoménologie psychiatrique

Présentée et soutenue publiquement le **05 Février 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Anne SAUVAGET, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine – Nantes

Professeur Maël LEMOINE, Philosophie, PU, Faculté de Médecine – Bordeaux

Docteur Paul BRUNAULT, Psychiatrie adulte, Addictologie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Thomas DESMIDT, Psychiatrie Adulte - Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra

BARBIER Louise

BINET Aurélien

BRUNAUT Paul

CAILLE Agnès.....

CLEMENTY Nicolas

DENIS Frédéric.....

DOMELIER Anne-Sophie

DUFOUR Diane

ELKRIEF Laure

FAVRAIS Géraldine

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie

GATAULT Philippe.....

GOUILLEUX Valérie.....

GUILLON-GRAMMATICO Leslie

Médecine interne

Chirurgie digestive

Chirurgie infantile

Psychiatrie d'adultes, addictologie

Biostat., informatique médical et technologies de communication

Cardiologie

Odontologie

Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

Biophysique et médecine nucléaire

Hépatologie – gastroentérologie

Pédiatrie

Anatomie et cytologie pathologiques

Néphrologie

Immunologie

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes
chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de
l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser
le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je
rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert
d'opprobre et méprisé de mes confrères
si j'y manque

Résumé

La phénoménologie psychiatrique est un courant de la psychiatrie ayant pris naissance au début du siècle dernier. En s'inspirant des travaux philosophiques de Husserl et Heidegger, elle a pour objectif de venir décrire au mieux les vécus de nos patients dans leur expérience même du monde et d'en dévoiler la structure. Elle viendra s'intéresser ainsi aux grands champs de l'expérience humaine : le temps, l'espace, le corps ou encore autrui.

Néanmoins, la pratique de la phénoménologie psychiatrique est probablement moins répandue actuellement, possiblement en raison d'une certaine complexité des concepts nécessitant un certain bagage philosophique. L'objectif de notre travail a été d'actualiser les notions principales de la psychiatrie phénoménologique et de les resituer dans le contexte de la pratique psychiatrique contemporaine pour les rendre le plus accessible possible à un public de psychiatres et d'internes en psychiatrie.

A travers une revue de la littérature, nous avons fait un travail de sélection et d'appropriation des principales notions de psychiatries phénoménologiques en les resituant notamment par rapport aux principaux courants actuels de la psychiatrie, en particulier au travers d'un cas clinique représentatif. Le résultat, nous l'espérons, est celui d'une introduction accessible aux étudiants et aux psychiatres inaccoutumés de la psychiatrie phénoménologique, fournissant ainsi des bases pratiques pour une mise en œuvre actualisée de cette discipline.

En définitive, il nous ait apparu que la psychiatrie phénoménologique était complémentaire des courants psychiatriques actuels comme les neurosciences cognitivo-comportementales, le modèle systémique ou la psychanalyse. En outre, la psychiatrie phénoménologique pourrait avoir une pertinence pour la caractérisation clinique des patients avec troubles psychiatriques, pour faciliter l'alliance thérapeutique par une meilleure compréhension et un meilleur partage du vécu des patients, ainsi qu'une possible pertinence pour la recherche en psychiatrie.

Mots-Clés

Analyse existentielle

Autrui

Conscience

Corps

Épistémologie

Espace

Phénoménologie

Phénoménologie psychiatrique

Psychiatrie

Manie

Mélancolie

Neurophénoménologie

Recherche clinique

Schizophrénie

Subjectivité

Temps

Troubles de l'humeur

Remerciements

Merci au Professeur Camus pour son engagement, son écoute et son soutien tout au long de mon cursus universitaire.

Merci au Docteur Desmidt sans qui ce travail n'aurait pas été possible, qui porte ce projet depuis des années et qui a su me guider au travers cette expérience fascinante que constitue la phénoménologie psychiatrique.

Merci au Professeur Lemoine de m'avoir initié, depuis mes toutes premières années de médecine, à l'épistémologie, à la philosophie de l'esprit et surtout à la phénoménologie.

Merci au Professeur Sauvaget et au Docteur Brunault pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail en tant que membres du Jury.

Merci au Docteur Place qui m'a ouvert à de nouvelles conceptions du savoir psychiatrique et à sa déconstruction.

Merci au Docteur Fontaine pour sa pédagogie et son engagement à toute épreuve, exemple que j'espère suivre au cours de ma carrière.

Merci à tous les professeurs universitaires et à tous les maitres de stage qui m'ont accompagné au cours de mon internat.

Merci au Docteur Kressman, au Docteur Contie et au Docteur Ferrer-Cattala pour leur compagnonnage et leurs amitiés que j'espère durable.

Merci à Pauline, ma partenaire de vie, pour son amour et son esprit critique inébranlable.

Merci à mes parents et mon frère de leur soutien et leur confiance infaillible.

Merci à Thomas, mon ami et partenaire intellectuel de toujours.

Merci à Alice, mon acolyte du passé, du présent et du futur.

Merci à Simon et Romain pour leur apprentissage et les débats épistémologiques animés.

Merci à l'ensemble de mes amis et de mes co-internes.

Merci à l'association Lekartan pour son étayage et son ouverture.

TABLES DES MATIERES

<u>Résumé</u>	7
<u>Mots-clés</u>	8
<u>Introduction</u>	11
<u>I. Phénoménologie : tradition philosophique, perspectives historiques et théoriques</u>	13
1.1. Phénoménologie Husserlienne	
1.1.1. Objectifs et concepts fondamentaux	
1.1.2. La Méthode Husserlienne	
1.1.3. Applications et étendues	
1.2. Phénoménologie Heideggérienne	
1.2.1. L’homme chez Heidegger : le Dasein	
1.2.2. L’analytique existentielle	
1.3. Extensions théoriques et autres concepts	
<u>II. Phénoménologie psychiatrique</u>	30
2.1. Approche historique	
2.2. La Daseinanalyse	
2.3. Les principes d’une Phénoménologie psychiatrique	
2.3.1. La distinction du symptôme et du phénomène	
2.3.2. L’attitude phénoménologique	
2.3.3. La question de la norme en phénoménologie	
2.3.4. L’analyse existentielle	
2.4. Les apports cliniques : la phénoménologie des psychoses	
2.4.1. La schizophrénie	
2.4.2. La mélancolie	
2.4.3. La manie	
2.4.4. Le délire	
2.5. Actualités et enjeux contemporains de la phénoménologie psychiatrique	
2.5.1. La phénoménologie au carrefour de la psychiatrie	
2.5.2. La phénoménologie comme nouvelle épistémè	
<u>III. Cas clinique</u>	62
3.1. Présentation du cas	
3.2. Approches cliniques contemporaines	
3.3. Analyse phénoménologique	
<u>Conclusion</u>	72
<u>Bibliographie</u>	73

Introduction

La Phénoménologie est un courant majeur de la pensée philosophique du XXème siècle, apparaissant même comme une toute nouvelle forme de philosophie. Elle prend comme point de départ le fait élémentaire que nous faisons l'expérience de ce qui est. Grâce aux travaux d'Edmund Husserl, elle acquiert une méthodologie rigoureuse permettant l'étude des phénomènes, c'est-à-dire de ce qui nous apparaît dans l'expérience, expérience entendue alors non pas comme une simple donnée à étudier mais comme la base fondamentale de toute connaissance, de tout accès au monde tel que nous le vivons. Puis, grâce à l'œuvre de Martin Heidegger, elle viendra s'interroger sur une autre question fondamentale de la philosophie : qu'est-ce que veut dire « être », notamment pour l'homme, et prendra ainsi la dimension d'une philosophie existentielle.

La phénoménologie psychiatrique trouve ses origines au travers de ces auteurs et de leurs disciples. Carl Jaspers puis d'autres psychiatres comme Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger, Wolfgang Blankenburg, ou encore Arthur Tatossian en France se saisiront à bras le corps des concepts de la phénoménologie philosophique pour créer un courant de la psychiatrie voulant décrire en profondeur le vécu de nos patients et mettre en lumière la structure, l'essence de ces derniers, soit ce qui rend possibles la manifestation même de tels vécus. Elle viendra envisager le patient non pas comme un simple cas clinique mais un partenaire duquel on peut tenter de comprendre comment se manifeste son être au monde, ses modalités d'existence.

Elle promet de rapprocher médecine et philosophie et constitue ainsi une entreprise enthousiasmante. Cependant, elle a pu montrer de nombreuses facettes bien différentes au cours de son histoire et est réputée comme complexe, exigüe et peu appréhensible sans ce bagage philosophique nécessaire à sa compréhension. Elle semble pourtant faire partie d'une possibilité méthodique et éthique chez tout psychiatre.

En partant de ce constat, nous proposons donc un écrit dont le but est fondamentalement de contribuer à définir et démocratiser ce qu'est la phénoménologie psychiatrique.

Cependant, pour bien comprendre les enjeux de la psychiatrie phénoménologique, il faut inexorablement commencer par bien en comprendre les concepts fondamentaux philosophiques qui la sous-tende, comme nous le proposons de le faire dans notre première partie.

S'il existe de nombreux ouvrages de psychiatrie phénoménologique, il existe peu de travaux préalables permettant une introduction aux concepts qu'ils déploient.

A partir d'une revue de la littérature, nous proposons donc bien une introduction à la phénoménologie psychiatrique permettant d'explicitier un vocabulaire phénoménologique suffisant à la compréhension de cette discipline et permettant au lecteur qui le souhaiterait de pouvoir ensuite approfondir certaines notions.

Ces fondations une fois posées, nous pourrons nous appliquer à expliciter d'où vient la psychiatrie phénoménologique, quels en sont les principes, les intérêts, et étudier ce qu'elle a pu apporter à toute la clinique psychiatrique notamment dans l'analyse très fine qu'elle fournit autour des troubles du spectre de la schizophrénie ou encore des troubles de l'humeur.

Nous verrons alors que, malgré une fluctuation de sa popularité au cours du temps, la phénoménologie psychiatrique peut se révéler dans le rôle central qu'elle peut prendre au travers de notre expérience psychiatrique, dans la clinique, la recherche, le diagnostic et peut être même la thérapeutique de nos patients. En s'intéressant à l'expérience de ces derniers, elle permettrait de restituer une compréhension dans les vécus parfois hermétiques qu'ils semblent présenter. De plus, elle se propose comme une nouvelle façon de regarder le patient, sans le réifier ou le réduire à une entité organique ou psychologique mais bien dans la singularité de son être au monde.

Enfin, pour articuler son versant théorique et pratique, nous tenterons, au travers d'un cas clinique, d'envisager le geste méthodique que propose la phénoménologie psychiatrique et les analyses possibles qui en découlent.

I. Phénoménologie : tradition philosophique, perspectives historiques et théoriques

La *Phénoménologie* est un concept faisant sa première apparition au XVIII^{ème} siècle (1734) sous la plume du philosophe allemand Jean-Henri Lambert. Il sera ensuite repris chez de nombreux philosophes comme Kant, Fichte, ou Georg Wilhelm Friedrich Hegel, prenant tour à tour de nouveaux sens et de nouvelles articulations logiques.

Cependant, c'est au début du XX^{ème} siècle que le philosophe allemand Edmund Husserl (1859-1938) va réellement renouveler le sens de ce concept et constituer la phénoménologie comme une méthode philosophique rigoureuse permettant d'appréhender la réalité telle qu'elle se donne, c'est à dire au travers des *phénomènes*.

Martin Heidegger (1889-1976), autre philosophe allemand majeur de la pensée du XX^{ème} siècle livrera une nouvelle approche, métaphysique dirons-nous, de l'homme, sous tendu par la phénoménologie.

Ces deux philosophes, auxquels nous nous intéresserons particulièrement dans ce travail de synthèse, connaîtrons par la suite de nombreux disciples et leur pensée se répandra rapidement à l'étranger, et notamment en France, grâce aux traductions et aux travaux de Paul Ricœur, Emmanuel Levinas, Jean Paul Sartre ou encore Maurice Merleau-Ponty.

1.1. Phénoménologie Husserlienne

Edmund Husserl, né en 1859 en Moravie (actuelle République Tchèque) et mort en 1938 en Allemagne, mathématicien de formation et élève de Franz Brentano, a entrepris une œuvre philosophique colossale dont la postérité est toujours en vigueur à l'heure actuelle. Il est souvent nommé comme le père fondateur de la phénoménologie.

Il publie en 1901 *Les Recherches logiques*, souvent considéré comme l'ouvrage fondateur de la phénoménologie, puis d'autres ouvrages décisifs tels que *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures* (1913) ou encore *Les Méditations cartésiennes* (1929).

Dans *Les Recherches Logiques*, il formule la maxime centrale de la phénoménologie :

le « *retour aux choses mêmes* » (1), le retour « au monde » constitutif de l'expérience humaine. Comprendre cette maxime, selon Husserl, c'est comprendre la phénoménologie.

Mais que sont ces « choses » ? Comment revenir au monde ? Et surtout pourquoi en sommes-nous partis ?

1.1.1. Objectifs et concepts fondamentaux

Le retour aux choses et les phénomènes

L'objectif d'Edmund Husserl est donc de revenir « *aux choses mêmes* » (1). Le mot « chose » est ici trompeur. En effet, intuitivement, il nous renvoie aux objets de notre perception et notamment de notre perception visuelle. Or, ces « choses » ne sont pas « les choses » autour de nous. Elles signifient ici « ce qui est en cause », « ce qui est en question ». Elles peuvent même être assimilées aux *phénomènes*, à proprement parler, c'est-à-dire à tout ce qui se montre ou qui apparaît à notre conscience, que cela soit matériel, culturel, social, spirituel ou psychologique. « *De ce point de vue, on peut proposer une première définition de la phénoménologie qui recoupe son étymologie : du grec phainomenon, ce qui apparaît, et logos, discours, science, la phénoménologie est la science des phénomènes* » (2).

« *Revenir aux choses mêmes* » implique de revenir aux différentes formes de notre expérience dans lesquelles se jouent, se construisent notre rapport au monde, aux choses. Pour Husserl, les « choses » prennent leur consistance propre dans notre rapport avec ces dernières. Les phénomènes peuvent donc être entendus comme des vécus au travers desquels nous sommes en relation avec les choses. Le phénomène n'est donc pas stricto sensu la chose ou l'idée mais l'apparaître de la chose pour un sujet. Par suite, l'ensemble des phénomènes qui se manifestent à un sujet ainsi que la façon dont ils se constituent, définissent l'expérience vécue de ce sujet. Husserl livre ici une approche dynamique de la conscience. Elle ne serait plus une « boîte » dans laquelle tomberaient les objets, et desquels elle serait indifférenciée. Ainsi chaque mode différent de conscience serait une manière différente d'appréhender, de viser un objet. Ces vécus seront définis comme intentionnels, c'est-à-dire portant en eux un rapport aux objets. Husserl, en reprenant le terme de Brentano, parlera alors d'*intentionnalité* (3) de la conscience et en fera d'ailleurs, comme nous le verrons par la suite la caractéristique principale de la conscience.

« *À la fin de sa vie, Husserl disait qu'il n'avait fait qu'une seule chose : s'enquérir du monde...* » (4). Pour Husserl, nous sommes *trop* dans le monde. Dans *L'œil et l'esprit*, Merleau Ponty écrira que « *nous sommes pris dans le tissu du monde* » (5).

Ainsi nous ne le voyons plus. Nous sommes captivés par lui, et nous y sommes tellement absorbé que nous ne faisons plus attention à lui.

Revenir au monde, ou aux choses, c'est donc nous libérer de cette captivité. Il faut, dit Husserl, revenir aux différentes formes de notre expérience dans lesquelles se nouent notre rapport au monde. Regarder le monde pour ce qu'il est et nous regarder évoluer au sein de celui-ci.

Ainsi, Husserl voulait faire de la philosophie phénoménologique une science rigoureuse de l'expérience humaine qui se situerait entre la métaphysique qu'il considérait comme étant trop spéculative et les sciences de la nature qu'il considérait comme étant trop éloignées du vécu.

L'illusion scientiste et l'opposition au psychologisme

L'autre aspect d'un retour au monde consiste à se débarrasser de nos illusions, nos *à priori* sur celui-ci, et notamment de se séparer de l'illusion scientiste selon laquelle le discours ultime sur le monde serait tenu par la science. En effet, les sciences témoignent du monde en lui construisant une nature physico-mathématique. Cependant, elles peuvent tendre vers une confusion entre cette nature et le monde lui-même. Pour Husserl, nous ajoutons au monde de la vie « *un vêtement d'idées* » (6), celui des vérités objectivement scientifiques (tout ce qui se substitue au monde de la vie et qui le travestit). Le monde « physique », idéal, voilerait ainsi l'expérience humaine et il faudrait plutôt revenir à un monde expérimenté, donné dans l'intuition.

En affirmant que toute connaissance est connaissance de faits, les sciences sont positivistes. Elles présupposent le monde ; « il y a » du monde à explorer, à élaborer. Pour Husserl, il faut interroger cet « il y a ».

De même, Husserl souhaite également interroger le « je suis », le sujet psychologique du « cogito ergo sum » (« je pense donc je suis »). En effet, quand Descartes dit « je pense donc je suis », il n'interroge pas le « je suis », le sujet psychologique, qu'il fait seul caractère de certitude. Ce sujet psychologique, tout comme l'existence du monde, doit être mis en parenthèse pour mieux se questionner. Ainsi, en opposition du psychologisme et au scientisme, Husserl prône un retour au monde.

D'une autre manière, il faut compléter le discours se faisant sur « le sol du monde » (le discours scientifique et théorique) par un discours sur le monde lui-même qui ne présuppose par « le sol du monde ». Toute la difficulté de la phénoménologie consiste donc à pouvoir parler du monde sans s'installer au cœur de celui-ci.

Monde, empirisme et transcendance

La phénoménologie, comme nous l'avons vu, se veut donc une entreprise descriptive, non réductible à la démarche scientifique. Il s'agit pour Husserl, de décrire ce que nous vivons et non d'élaborer des constructions théoriques ou conceptuelles.

Pour décrire ce que nous vivons, il faut donc explorer les structures fondamentales de notre expérience dans lesquelles prennent consistance, pour nous, les choses, le monde.

Cette description doit répondre à une méthode précise. Il s'agit d'identifier les types de fondamentaux de conscience et montrer que la conscience n'est pas un chaos de vécu mais une structure d'objectivation dont le résultat est l'apparition d'un monde qui consiste en nous. Husserl évoquera en ce sens « *les synthèses passives* » (7) de la conscience par lesquelles le monde pourrait prendre consistance. Ces synthèses passives permettent de donner à nos vécus une dimension synthétique, unitaire et opèrent de façon préconsciente sans que l'on s'imagine que cela puisse s'effondrer. On peut ici entrevoir que dans certains troubles mentaux, c'est un effondrement de ce type qui peut être en jeu, effondrement où le patient ne peut plus faire constituer un monde cohérent ou du moins qui va de soi. C'est cela que nous retrouverons par la suite dans des concepts tels que la perte de l'évidence naturelle chez Blankenburg ou les troubles du soi minimal chez des auteurs plus récents.

La phénoménologie prend ici un tournant important de la philosophie et ce en dépassant le clivage habituel sujet/objet. Ici, le sujet et l'objet sont indissociables puisque nous résidons activement dans les choses, nous les habitons. Le monde de la vie (*Lebenswelt*) se trouve alors toujours à l'horizon de notre expérience et ne nous est pas donné comme un objet mais sur un mode *horizontale*, nous sommes toujours menés des objets vers le monde.

Pour aller plus loin, il faudrait introduire ici les termes d'*empirique* et de *transcendantal*, concepts fondamentaux chez de nombreux auteurs de la pensée phénoménologique et parfois difficilement appréhendables mais qui nous permettront par la suite de différencier, dans notre phénoménologie psychiatrique, l'*Ego*, le *Je*, le *Moi Empirique* de l'*Ego*, *Je*, *Moi transcendantal*.

L'*empirique* pourrait être défini comme « *ce qui « va de soi », est donné sans plus, relève du pré-jugé, bref, n'est pas soumis à l'interrogation critique* » (8). Il s'agit de tout ce qui n'a pas fait l'objet d'un processus d'une *réduction phénoménologique* (concept que nous développerons par la suite) soit une mise en suspens ou entre parenthèses.

« *C'est le datum de sensation isolé, atomique, avant toute donation de sens par la conscience, ou bien le donné expérimental objet de mesure quantifié, établi objectivement sans prise en considération du sujet qui l'observe et qui l'interprète* » (8).

A l'inverse, le *transcendantal* désigne finalement l'*apriorique*, un pôle pur, un résidu de l'expérience, ayant mis hors-jeu le monde lui-même y compris le *Je* mondain du *cogito*.

Ainsi la conscience transcendantale est un pôle de la conscience, par lequel se fonderait l'ontologie même du monde, « *c'est-à-dire une conscience qui constitue en son sein la transcendance qui caractérise la réalité elle-même* » (9).

Après un processus de *réduction phénoménologique* apparaîtrait un pôle de la conscience en tant qu'il est le fait du monde qu'il constitue.

L'ultime ambition du phénoménologue est finalement de décrire l'inséparabilité du monde et de la conscience.

Pour mieux comprendre cette inséparabilité, il nous faut maintenant approfondir d'autres concepts fondamentaux Husserliens.

La corrélation noético-noématique

Le noème désigne simplement l'objet dont nous faisons l'expérience et la noèse l'acte de la conscience pour réaliser cette expérience.

La « *corrélation noético-noématique* » (10) désigne simplement, sous ce nom complexe, la corrélation existante entre l'aspect d'une chose et l'attitude de l'observateur, et inversement. En changeant d'attitude sur l'objet que nous considérons, nous ne dévoilons pas une nouvelle propriété de l'objet jusqu'alors inconnu mais l'objet nous apparaît alors d'une façon nouvelle et particulière.

Par cette corrélation, le monde et la conscience sont toujours intimement liés.

L'Intentionnalité

Cette corrélation perpétuelle est sous-tendue directement par une structure particulière de la conscience dénommée l'*Intentionnalité*. Si ce concept prend ses origines dans l'antiquité avec Aristote puis dans la philosophie médiévale, elle est remise au centre des questions philosophiques par Franz Brentano au début du XX^{ème}, puis par son élève Edmond Husserl. L'intentionnalité désigne alors l'acte par lequel la conscience se rapporte à l'objet qu'elle vise. Ainsi « *tout état de conscience en général est, en lui-même, conscience de quelque chose* » (3).

La conscience est toujours dirigée vers un objet (noème ou objet dont on fait l'expérience) qui n'existe que par ce qu'il est la finalité de la visée de la conscience (noèse ou acte de la conscience). Inversement, l'objet visé est toujours porteur d'un contenu relatif à notre conscience. Ce rapport est dynamique, c'est-à-dire porteur de sens, donc transcendantal. Husserl enrichit ainsi le cogito de Descartes, auquel il faut ajouter maintenant un élément nouveau, en ce qu'il comporte une visée.

En d'autres termes l'intentionnalité est la capacité de la conscience de représenter, de pouvoir renvoyer à quelque chose. Nos états intentionnels représentent tous nos désirs, croyances, perceptions, intentions ou émotions, dans le sens où ils portent sur quelque chose et ont donc un contenu représentationnel.

Finalement, l'intentionnalité est la propriété qu'ont nos états mentaux d'avoir un contenu sémantique, ou représentationnel, de renvoyer à quelque chose.

Quand nous observons un patient, qu'il soit délirant ou encore déprimé, nous devons prendre en considération que sa conscience n'est jamais indépendante de l'objet qu'elle vise, elle visera par exemple son traumatisme, ses croyances, ses objets délirants etc... Sa conscience est toujours tendue vers quelque chose et c'est ainsi que son expérience prend consistance.

Husserl, au-delà de faire de l'intentionnalité un simple processus de la conscience, en fera la structure même de cette dernière, la marque du mental.

1.2. La méthode Husserlienne

Intéressons-nous maintenant plus précisément à la méthode rigoureuse employée par Husserl pour dégager cette *attitude* phénoménologique consistant à se donner les moyens de rendre compte du *monde*, de retourner aux *choses*.

La réduction phénoménologique ou Épochè

Husserl préconise tout d'abord de suspendre cette naïveté constitutive qu'il appellera « *l'attitude naturelle* » (3). L'attitude naturelle est la thèse naturelle de l'existence du monde où « *nous appréhendons ce que nous rencontrons comme des réalités objectives subsistant indépendamment de nous qu'elles soient des réalités psychiques ou matérielles* » (3). « *L'abandon de l'attitude naturelle est la condition de possibilité de la phénoménologie* » (3). Il ne s'agit pas ici de nier l'existence du monde (comme chez les sophistes) ou d'en douter (comme chez les sceptiques) mais bien de *suspendre* notre adhésion au monde (ou adhésion ontologique), de suspendre les thèses de réalité, et de s'intéresser, non pas aux réalités elles même, mais bien à leurs conditions de possibilités. En neutralisant notre adhésion ontologique, c'est-à-dire notre engagement spontané en faveur de l'existence du monde (ainsi que du sujet psychologique), nous suspendons notre jugement sur les choses et opérons alors un nouveau regard sur les phénomènes.

Ce geste méthodique fera son apparition conceptuelle dans l'œuvre de Husserl dès 1913, dans son ouvrage *Ideen 1*, sous le nom d'« *Épochè* » (10) , qu'on appellera encore *réduction phénoménologique*.

Ce qui se dégage, ce qui reste, le *résidu* de cette Épochè, ce sont les phénomènes.

En suspendant notre attitude naturelle, nous nous dirigeons vers une attitude transcendante, laissant alors apparaître la conscience transcendante en tant que corrélation du sujet et de l'objet de l'expérience.

De manière contingente, si nous suspendons nos jugements, nous suspendons également les modèles et les savoirs théoriques auxquelles ils font référence implicitement ou explicitement. Lorsque nous essayons d'expliquer pourquoi la pomme tombe au sol si nous la lâchons, nous expliquerons cet effet par la gravité, la force centripète qui entraîne les objets vers le centre de la terre. Nous faisons donc référence ici au modèle physique de la théorie Newtonienne.

Lorsque nous cherchons à expliquer les symptômes schizophréniques de notre patient, nous pouvons supposer qu'ils proviennent d'un trouble dans l'activité cérébrale (par exemple un défaut de régulation du cortex préfrontal), ou encore faire référence à un ensemble de biais dans les schémas cognitifs, ou encore qu'ils se structureraient dans la forclusion du Nom-du-père.

L'Épochè propose plutôt de suspendre ces modèles explicatifs, de ne pas les appliquer d'emblée mais d'abord de décrire les phénomènes tels qu'ils nous apparaissent dans la singularité de l'expérience et du moment. C'est en cela que la phénoménologie procède avant tout de la description plutôt que de l'explication ; le phénoménologue recherche le « comment » des phénomènes plutôt que le « pourquoi ».

Cette *réduction* est pour autant à appréhender du côté du gain car elle apporte un champ nouveau dans notre façon d'appréhender le monde. Pour mieux comprendre cela, nous pouvons reprendre l'étymologie de réduction, *reduco*, qui signifie reconduire. La réduction phénoménologique est une reconduction du regard aux phénomènes. L'être devient *phénomène d'être*.

Ce geste de l'Épochè nécessite un effacement du phénoménologue et de ses jugements. C'est une « *nécessité méthodologique* » (11) qui doit se pratiquer. Il est important de noter que l'Épochè s'inscrit surtout du côté du savoir-faire et non du savoir-théorique.

La réduction eidétique ou la recherche de l'essence du phénomène

Comme nous l'avons vu, l'objectif de la phénoménologie n'est néanmoins pas uniquement de décrire les phénomènes de la manière la plus précise et la plus « neutre » possible, mais bien également d'en découvrir leur structure sous-jacente.

Les phénomènes n'étant pas réductibles à de simples stimuli perceptifs mais bien à appréhender dans leur caractère noético-noématique, c'est-à-dire dans ce qu'ils constituent d'un rapport entre les actes et les objets de la conscience, le phénoménologue doit s'interroger sur ce qui est commun, ce qui persiste à toute variation d'un même phénomène afin d'en dégager l'*Essence (ou Eidos)*.

En effet, laisser apparaître une chose dans son essence, permettrait d'y avoir accès sans en altérer la manière dont elle s'offre librement à nous, sans l'altérer par nos jugements.

Pour cela, Husserl propose, au décours de l'épochè, un autre procédé de réduction dans la méthode phénoménologique appelé *réduction eidétique* (ce qui est relatif aux essences). Pour réaliser cette réduction, Husserl préconise l'utilisation de la variation *imaginative* ou *eidétique*. Cela consiste à faire varier le plus possible, par un processus de l'imagination, les caractéristiques d'un phénomène pour en dégager la structure, les invariants, les conditions de possibilité soit l'essence du phénomène. Finalement, le phénoménologue doit se poser la question : jusqu'où peut-on faire varier les limites d'un phénomène en imagination sans en changer la nature ?

Cette démarche est au cœur de la phénoménologie en ce qu'elle constitue une démarche apophantique, soit une démarche « *qui vise à montrer, à faire apparaître, plutôt qu'à démontrer* » (12)

Nous pourrions, pour illustrer notre propos, prendre l'exemple de la table que l'on retrouve chez Binswanger (13). Si nous faisons varier en imagination tout ce qui pourrait constituer l'objet table, par exemple son nombre de pieds, sa forme, sa hauteur, sa fonction ou encore son style, alors ressortirait l'essence ou l'eidos de la table qui est à la base de toutes les tables factuelles (ici un meuble sur pied comportant une surface plane). On pourrait dire qu'il n'existe, d'une part que des tables factuelles individuelles et d'autre part l'essence, ou l'apriori intuitif de ce que c'est qu'une table.

Il en va de même pour les phénomènes que nous observons chez nos patients. Si l'on prend par exemple, le reproche, la culpabilité ou encore le ralentissement observé dans la mélancolie, nous pourrions en déterminer leur invariant, leur essence, leur structure et mettre ici en évidence qu'il s'agirait finalement d'un changement dans les structures temporalisantes de la conscience (ou bien comment se sédimentent le temps vécu chez un sujet), ce que nous développerons par la suite.

La Réduction transcendantale

La réduction transcendantale permet de découvrir les structures *aprioriques* de ma perception. Nous nous regardons à nous regarder et ce retour sur nous-mêmes et notre perception nous permet de comprendre les structures de notre perception. Husserl, jusqu'à sa mort, tentera de saisir cette conscience « sur le vif ». Ici, une nouvelle fois, il ne s'agit pas de considérer les états mentaux comme des faits mais bien des actes constitutifs, donateurs de sens pour quelque chose qui se présente à moi. C'est par cela qu'on parlera de visée *transcendantale*. Il s'agit d'interroger de quelles manières sont posés les objets de la conscience, selon quel statut, comme quoi ?

1.3.Applications et étendues

Husserl s'attellera donc à l'étude et à la déconstruction de tous les phénomènes qui structurent notre vie mentale. Dans cette perspective, et c'est cela qui nous intéressera particulièrement dans la phénoménologie psychiatrique, il s'intéressera notamment à l'expérience du temps, de l'espace, du corps ou encore d'autrui.

L'expérience du temps

L'expérience du temps est, comme nous le verrons au décours de ce travail, un sujet d'étude fondamental de la phénoménologie tant sur le plan philosophique que psychiatrique.

En 1928, Husserl étudiera en profondeur ce qu'il nommera « *la conscience intime du temps* » (14) . Sans nier le temps cosmique, physique il s'agit alors d'étudier le temps immanent du cours de la conscience et ses modalités. Husserl mettra ainsi en évidence les structures temporalisantes de la conscience que sont l'*impression (ou présentation)*, la *réention* et la *protention*.

L'« *impression originare* » (14), comme la dénomme Husserl, est constitutive du présent, elle nomme l'impression sensorielle, le présent de la perception à un instant (t) qui vient marquer la conscience. Cependant pour Husserl, la conscience n'est pas purement *impressionnelle* car le *maintenant*, le *présent vécu*, relève toujours d'un lien, d'un nouage, entre passé et futur, permettant ainsi la création d'une trame temporelle continue dans un même flux de conscience. Cette épaisseur du *Temps vécu* est due au caractère réentionnelle et protentionnelle de la conscience.

La *réention* est souvent décrite comme une « mémoire » du présent (et pourrait se rapprocher de l'idée d'une mémoire immédiate).

Elle désigne ce mouvement intentionnel de la conscience qui maintient et prolonge l'impression originale. Nous pouvons distinguer rapidement les rétentions primaires, soit ce que la conscience retient dans le « *maintenant qui passe* », et les rétentions secondaires, soit d'anciennes rétentions primaires donc des souvenirs.

La *protention* désigne, quant à elle, le mouvement intentionnel qui anticipe sur la perception à venir, à partir de l'impression originale.

La rétention, l'impression et la protention se lient de façon indissociable dans un même flux de conscience. Ainsi, la conscience fait donc le lien entre ce qui advient dans le « maintenant », depuis ce qu'elle retient de ce qui est advenu (rétention), en attente de ce qui est en train d'advenir (protention).

Pour clarifier ces concepts, prenons l'exemple de la mélodie chez Husserl. Lorsque que nous identifions une mélodie comme telle, elle ne nous apparaît pas uniquement comme une série de notes indépendantes (d'instants musicaux) mais bien comme un processus qui implique qu'à chaque note perçue nous retenons la série de notes qui viennent d'être jouées (rétention) et nous faisons aussi simultanément une forme d'anticipation plus ou moins précise de ce qui va arriver (cette protention apparaît par exemple à la lecture d'un CD que l'on connaît bien, lorsque l'on termine une chanson et que l'on se met spontanément à chanter le début de la chanson suivante). L'expérience du sens de la phrase est évocatrice également car lorsque nous disons « la table est blanche », à chacun des mots, nous devons non seulement percevoir le mot, mais aussi retenir en mémoire les mots précédents pour que cela fasse sens. Inversement, le processus de la protention apparaît lorsque nous formulons la phrase « j'ai toujours pensé que Julia ... ». Nous ne terminons pas la phrase et pourtant nous avons comme un sentiment qu'elle doit se poursuivre.

Ce temps immanent, vécu, est construit en permanence par ces structure temporalisantes de la conscience sans que nous en ayons conscience explicitement. Elles peuvent apparaître explicites à l'occasion de moments de rupture (par exemple un choc émotionnel ou une surprise). On réalise alors que le temps est fait d'anticipations, de souvenirs, d'impressions présentes. Le décès d'un proche par exemple, peut nous faire réaliser le choc du moment mais aussi l'irréversibilité de la perte et le futur qui nous attend, la mort. Enfin pour certains auteurs, le temps vécu comporte également une dimension affective intrinsèque, qui pourrait mettre en marche le temps et qui se manifesterait notamment lorsque l'on est pressé de faire quelque chose ou de rencontrer quelqu'un ou encore lorsque l'on s'ennuie ou lorsque le temps se dilate ou se contracte sous l'effet d'une émotion.

L'expérience de l'espace

L'espace n'est pas ici à entendre du côté d'un espace objectif ou mathématisé.

Pour reprendre les mots de Binswanger : « *L'espace ne possède pas une structure simplement donnée, établie une fois pour toutes ; mais plutôt il acquiert cette structure grâce au contexte général de sens, à l'intérieur duquel son édifice se réalise* » (15). Plusieurs phénomènes peuvent être liés à cet espace vécu. Il peut apparaître rétréci, élargi, sans obstacles ou encore sans reliefs. Il semble également en lien avec notre attention. Par exemple, Husserl remarque que l'attention se porte généralement à ce qui est loin. Par un processus de *déséloignement* nous avons tendance à rapprocher la distance entre la chose et nous. Ainsi ce qui est loin est proche mais à l'inverse ce qui est proche apparaît souvent éloigné de notre attention.

Les vêtements que nous portons par exemple sont au plus près de nous et pourtant nous n'y prêtons pas attention la plupart du temps.

De tels phénomènes peuvent être observés dans la clinique. Le patient en phase maniaque verra par exemple son espace rétréci dans une sorte de proximité immédiate avec toute chose. A l'inverse le patient dépressif fera l'expérience d'un monde trop lointain, toujours inaccessible. Comme nous le verrons par la suite, au travers des apports cliniques de la phénoménologie (cf 2.4), l'expérience de l'espace est en intrication directe avec celle du temps. La temporalité et ses troubles affectent directement la manière dont nous faisons l'expérience de l'espace.

L'expérience du corps

Nous nous contenterons ici de développer quelque peu le vocabulaire Husserlien autour de la constitution du corps par la conscience. Husserl, dans ses *Ideen II*, distingue deux modes d'apparaître du corps et, corrélativement, deux dimensions de l'expérience corporelle ; le « *Körper* » ou corps physique, inerte, chosifié et le « *Leib* », le corps vivant, la chair (10). Husserl illustre son propos avec l'exemple de la main droite qui viendrait toucher la main gauche. La main gauche apparaît, dans un premier temps de l'expérience, comme un *Körper*, comme un objet que je perçois avec ses caractéristiques (chaud, doux, lisse, etc...). Cependant, si l'attention est portée aux sensations localisées de la main gauche touchée par la main droite alors la main gauche apparaît comme chair vivante, comme un *Leib*. Il est en de même pour la main droite. Pour résumé, chaque partie est autant touchante, en tant qu'organe qui découvre les propriétés de la chose qu'elle touche, et touchée comme chair vivante.

Ce qui semble intéressant, et comme le rajoutera Merleau Ponty par la suite, c'est que si le corps ne peut « *jamais être "complètement constitué"*, c'est qu'il est ce par quoi il y a des objets. Il n'est ni tangible ni visible dans la mesure où il est ce qui voit et ce qui touche » (16).

« *En d'autres termes, le corps n'est pas seulement un objet visé intentionnellement et constitué par la conscience mais il est également condition de sa visée par la conscience* » (17).

Il peut exister dans l'expérience quotidienne ou l'expérience pathologique certaines perturbations dans la différenciation de ces entités. La douleur par exemple, peut venir donner un caractère étranger à notre corps, offrant alors une sorte de discordance entre le Körper et le Leib. Les phénomènes de négation d'organe dans le syndrome de Cotard pourraient également être appréhendé du côté d'une disproportion entre ces entités.

L'expérience d'autrui

Si la phénoménologie a pour ambition de penser ce qui nous apparaît dans notre expérience commune, il va de soi qu'elle doit s'attacher à la question d'autrui. En effet, notre expérience est d'abord expérience des autres. Lorsque nous agissons, parlons, et éprouvons des émotions et des désirs, nous sommes toujours déjà impliqués dans une relation avec les autres et nous considérons que leur existence va de soi.

Si l'on considère Autrui comme étant un « moi » pour lui-même, alors il apparaît comme une prolongation de mon propre moi, un autre moi, un alter ego. Pourtant il n'est pas moi et se situe à l'extérieur de moi-même, dans le monde. On pourrait alors le considérer seulement comme un des objets du monde. Ainsi, comme le propose la philosophie cartésienne classique, l'ego étant une intériorité pure, on ne peut donc pas rendre compte de l'expérience de l'autre.

La phénoménologie propose une autre approche de l'ego, notamment en se demandant comment se constitue un alter ego dans la conscience. Comment reconnaît-on autrui et non pas quelque chose ?

Husserl, grâce au concept d'*Intersubjectivité* détermine « *le sens d'être du monde objectif qui est d'être un monde commun où chaque chose est la même pour tous* » (18). Ce qu'on appelle objectif est en réalité ce qui est constitué comme objectif par tous les sujets dans l'intersubjectivité.

Husserl révèle ainsi la dualité entre le monde toujours donné à chacun d'entre nous comme étant le sien et le monde toujours visé par chacun d'entre nous comme le monde que j'ai en commun avec les autres. Chacun a le sien, mais chacun vise le sien comme celui qu'il peut partager avec les autres, son propre monde fait norme.

Ainsi l'opposition classique du *propre à soi* et de l'*étranger* n'est plus une opposition qui menace la cohésion du monde, elle est au contraire une des conditions d'appréhension du monde. L'étranger est plutôt ici une coordonnée de mon expérience du monde.

Introduisons pour finir deux concepts Husserliens pour mieux appréhender cette question d'Autrui, celui d'*Appariement* et d'*Appréhension*.

L'Appariement désigne le fait que, bien que nous ne puissions jamais percevoir le corps d'autrui comme le nôtre et réciproquement, nous associons pourtant l'un à l'autre comme étant deux exemplaires du même. C'est ce qui nous permet par exemple de reconnaître certaines expressions sur le visage de l'autre.

L'Appréhension représente les intuitions qui nous offrent un accès direct au vécu psychique d'autrui, notamment à l'aide d'indices de la physionomie, des gestes, de la parole. C'est une faculté intentionnelle de la conscience qui nous permet finalement de reconstituer, via des données médiateurs, les actes de la conscience d'autrui.

Dans certains troubles mentaux, notamment dans les troubles de l'humeur ou les troubles du spectre de la schizophrénie, il pourrait exister une perturbation de ce système.

1.2. Phénoménologie Heideggérienne

Il nous faut maintenant, dans ce travail de synthèse, accorder une place particulière à Martin Heidegger et son ouvrage maître publié en 1927, *Être et temps*.

Si ces travaux s'inspirent directement de la phénoménologie Husserlienne, ils vont radicalement se différencier de par leur dimension métaphysique (ou la question de l'être par l'être) et sacrifieront avec eux l'idéal Husserlien d'une philosophie comme science rigoureuse. En effet, Heidegger, en invitant le phénoménologue à reprendre une question fondamentale de la philosophie classique, à savoir la question du « sens de l'être », va donner lieu à un tout nouveau champ des possibles de la phénoménologie.

1.2.1. L'homme chez Heidegger

Que signifie « être » et surtout que signifie « être » pour un homme, voici la question Heideggérienne fondamentale. Si cette question se retrouve dès l'antiquité, notamment dans la philosophie aristotélicienne, Heidegger propose un prolongement de cette interrogation ontologique. L'homme a été longtemps défini comme un animal raisonnable, soit une espèce faisant partie du genre animal mais qui se distinguerait par cette spécificité que constitue la raison. En opposition à cette métaphysique évolutionniste ou darwiniste, Heidegger souligne le fossé qui séparerait le vivant de l'existant, autrement dit l'animal de l'homme.

« En effet, l'homme, selon Heidegger, n'est pas un vivant du genre animal dont la raison serait la différence spécifique d'avec les autres animaux, mais un être qui existe, un existant, dont le mode d'être se caractérise par son ouverture à l'être et qui, par suite, se distingue radicalement des autres êtres » (19).

Pour se familiariser avec le vocabulaire Heideggérien, il nous faut rapidement introduire la notion d'Étant. L'Étant désigne une chose qui est (le terme *chose* que l'on pourrait reprendre du vocabulaire Husserlien vu précédemment). Pour Heidegger, l'homme est un Étant particulier dans le sens où « il y va en son être de cet être » (20), où il est en permanence soutenu par l'ouverture à la question de son être.

Pour définir cet étant de l'homme qui s'interroge sur la question de l'être, Heidegger introduira le concept du *Dasein*, terme allemand qui désigne l'homme comme ouverture (*Da*) à la question de l'être (*Sein*). Ce terme a pu trouver de nombreuses traductions ou équivalences par la suite, allant de « l'existant », à « l'être-là », ou encore plus tard dans la phénoménologie psychiatrique par la « Présence ».

Si Husserl opérait un « retour aux choses », Heidegger opérera un retour à l'être.

L'impulsion décisive de sa philosophie est que « l'essence du *Dasein* repose dans son existence » (20). Ainsi l'homme ne peut plus être envisagé dans une sorte de fragmentation fournie par des analyses psychopathologiques ou biologiques mais seulement dans sa totalité ; son existence même portant en elle sa structure unitaire et fondamentale. Cette vision ontologique de l'homme vient alors déborder les cadres de la biologie, de la psychologie ou encore de la psychanalyse et apporte une toute nouvelle façon de concevoir l'homme en tant qu'existant.

1.2.2. L'analytique existentielle

Une analyse de ce *Dasein* tend à déterminer ce qui serait constitutif de l'expérience humaine. Il peut se caractériser par un certain nombre de propriétés permettant de définir ce qu'est « être » pour un *Dasein*.

La *Dasein* est tout d'abord un *être-au-monde*. Il n'y a plus d'existence sans monde, ni de monde sans existence. Le *Dasein* est toujours *au monde*, dans une *disposition* au monde, auprès de lui, et il n'y a de monde que pour le *Dasein*. L'être-au-monde est la manière dont nous résidons, dont nous habitons activement dans le monde. S'il y a une infinité de possibilités d'être-au-monde ou de *style* d'être-au-monde, il est par contre impossible de ne pas s'y rapporter.

L'être-au-monde est le mode d'être spécifique du Dasein et on pourrait l'entendre comme un élargissement du concept Husserlien d'intentionnalité réinterprété ici comme une manière de se-soucier-de. En effet, au quotidien, l'étant apparaît au Dasein dans ce que Heidegger appellera la *préoccupation* ou le *souci* et non à la suite d'une réflexion théorique. C'est par notre disposition que nous sommes ouverts au monde, nous sommes touchés, concernés par lui. Nous sommes toujours en relation avec lui.

Le Dasein est ensuite un *être-avec*, un *Mitsein*, soit l'idée d'une coexistence avec autrui dans le sens où l'homme est un être qui partage un seul et même monde donné les uns avec les autres. Toutes les choses renvoient tacitement à l'humanité et portent en eux la présence d'autrui. Le Dasein ne devient lui-même que dans la confrontation avec l'autre que soi, qui est aussi un autre soi-même.

Le Dasein est un *monde ambiant*. Cet espace, ce monde ambiant est tout ce qu'il y a autour de nous, tout ce qui nous environne avec quoi nous sommes en *commerce*.

« *L'espace n'est compréhensible qu'à partir de la « mondanéité » parce que, selon Heidegger, l'espace est dans le monde et non le monde dans l'espace » (21).*

Le Dasein est une *temporation*. Il n'est pas seulement dans le temps mais est tissé par celui-ci, il est temporel dans son essence même. Le Dasein est un être transcendé par la temporalité. Par cette structure du Dasein, « *l'homme est toujours en avant de lui-même sous la forme d'un projet, et en arrière de lui-même sous la forme de l'avoir-été... son être est un être-possible et que contrairement à la chose qui est condamnée à être ce qu'elle est, il lui incombe de choisir l'existence qui sera la sienne » (2).*

Le Dasein est un *être-pour-la-mort*, soit un être toujours confronté, coordonné à l'idée de sa propre mort. C'est aussi devant la perspective de sa finitude que le Dasein peut se ressaisir, se réapproprier son existence.

Le Dasein est un *comprendre (Verstehen)* ou son équivalent français un *entendre*. Il faut là immédiatement distinguer ce terme du sens commun. Il évoque ici la prise en charge des possibilités du Dasein dans une situation donnée, à l'exacte mesure de son *pouvoir être*.

« *L'entendre intervient donc dans la constitution même du Dasein qui « est à chaque fois ce qu'il peut être et sa manière d'être, sa possibilité » (22).*

Ainsi, le Dasein est aussi un *être affecté*, notamment par l'angoisse devant la question de l'être,

de la finitude et du champ des possibles du Dasein dont l'homme se trouve responsable (*être-jeté*).

Le Dasein est une *Mienneté*, c'est-à-dire un rapport de soi à soi. « *L'être de cet étant est à chaque fois mien* » (20). Ce soi s'éprouve dans l'expérience concrète sans cesse renouvelée et rassemblée sur un mode narratif par le Dasein.

Cette possibilité fondamentale de se rapporter à soi-même peut se présenter sous des formes très différentes et Heidegger, avant sa relecture par les psychiatres phénoménologues, évoquait déjà des désordres possibles du Dasein.

Il évoquera notamment la possibilité d'une « *existence inauthentique* » que le Dasein est amené à prendre pour fuir sa condition, sa finitude et se dégager de soi en s'abandonnant à la dictature du *On*. Le *On* chez Heidegger représente l'opinion, l'autre. Par le *bavardage*, le *On-dit* ou la *curiosité* (fuite dans le monde sans retour à soi), le Dasein « inauthentique » se réfugie dans des artefacts pour ne pas se saisir de sa condition même de Dasein. Au contraire, le Dasein *authentique* ne se dissimule pas sa propre situation, il est pour ainsi dire « jeté » dans l'existence sans savoir pourquoi, et doit porter en lui seul la responsabilité d'exister. Il est important de noter qu'il n'y pas de connotation morale dans cette approche Heideggérienne. L'inauthenticité est une tendance du Dasein à se comprendre lui-même à partir de ce dont il se préoccupe et non à partir de son *pouvoir être*. S'interprétant comme une substance, le *Je* se dilue le plus souvent dans le *On* de l'opinion commune.

Pour résumé le Dasein est « *cet être particulier et paradoxal, à qui son propre être importe, qui est confronté à la possibilité constante de sa mort, en a conscience, vit en relation étroite avec ses semblables et qui, tout en étant enfermé dans sa solitude, est toujours « au monde », auprès des choses* » (25).

Toutes ces propriétés sont des *existenciaux*. L'*analytique existentielle* ou *Daseinanalysis* est une analyse de ces existenciaux qui a donc pour but d'établir les déterminations fondamentales du *Dasein*. Comme Husserl, Heidegger s'intéressera donc aux notions d'Ego, d'Espace, de Temps, de Corporéité, d'Autrui.

1.3. Extensions théoriques et autres concepts

Les Phénoménologies Husserlienne et Heideggérienne ont par la suite connu de nombreux successeurs outre-Rhin ainsi qu'en France. On peut citer les noms de Max Scheler (1874-1928), Roman Ingarden (1893-1970), Eugen Fink (1905-1975), Jan Patocka (1907-1977), sans oublier Jean-Paul Sartre (1905-1980) dont *L'Être et le néant*, publié pendant la seconde guerre mondiale, en 1943, porte en sous-titre : *Essai d'ontologie phénoménologique* ; Emmanuel Levinas (1905-1995) à qui l'on doit d'avoir introduit la phénoménologie en France ; Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), l'auteur de la *Phénoménologie de la perception* en 1945 ; Henri Maldiney (1912-1913) ; Paul Ricœur (1913-2005), traducteur des *Idées directrices pour une phénoménologie* de Husserl alors qu'il était dans un camp de prisonnier en Allemagne ; Michel Henry (1922-2002) ou enfin Jacques Derrida (1930-2004).

Leurs divers travaux mériteraient des développements à part entière que nous avons choisi de ne pas réaliser ici au profit d'un travail que l'on veut synthétique et accessible. Ils seront cités cependant ici et là au travers de leurs analyses des concepts Husserlien et Heideggérien. Il est tout de même important de rappeler que la phénoménologie est un courant de pensée qui a pour une large part dominé le vingtième siècle et qui demeure encore aujourd'hui extrêmement vivant.

Nous voudrions tout de même ici préciser certains concepts de Paul Ricœur qui apparaissent particulièrement pertinents à la vue des études psychiatriques ultérieures d'Arthur Tatossian (psychiatre phénoménologue Français).

Ricœur distingue deux formes de l'identité humaine. D'une part, *l'identité numérique* qui permet la reconnaissance d'un individu unique par rapport aux autres et d'autre part *l'identité narrative* (24).

L'identité narrative est dialectisée autour de deux pôles (24) :

L'identité « Idem » ou *Mêmeté* désignant la permanence de certains traits d'un individu (données de l'état civil, données anthropométriques, certains traits de caractère, rôles sociaux) qui permettent à l'autre de le reconnaître ;

L'identité « Ipse » ou *Ipséité* désignant elle le pôle plus profond de notre identité, c'est à dire ce qui persiste chez nous au cours de notre existence et ce malgré les fluctuations de nos états.

Par Ipséité, ou autre nom du « soi », il faut entendre ce qui assure notre continuité, la permanence de notre subjectivité, un pôle d'appartenance du soi à soi, toujours là « *quand bien même tout le reste aurait pu changer* » (25) , « *l'unité formelle de l'expérience, sa structure de contenance indépendamment de ses contenus* » (25).

L'identité narrative est ce qui fait le lien entre ces deux pôles, *Idem* et *Ipse*. Elle est une « *identité biographique* » (25) installant « *le sujet dans le temps ou, mieux, le temps dans le sujet* » (25). L'identité narrative est cette caractéristique essentielle de notre identité, la possibilité d'être racontée, d'en faire un récit.

C'est cette identité narrative, et notamment par son Ipséité, qui pourrait être en jeu dans certains troubles psychiatriques (notamment dans les troubles du spectre de la schizophrénie) où il n'y aurait plus tout à fait la possibilité de se raconter, de venir inscrire des événements qui feront récit en nous, de maintenir une continuité historique du Soi.

II. Phénoménologie psychiatrique

2.2. Approche historique

Le concept de Phénoménologie est entré dans le domaine psychiatrique dès 1913 sous l'influence de Karl Jaspers dans son impressionnant *Traité de Psychopathologie Générale*. En reprenant l'expérience (dans son sens Husserlien) comme caractéristique centrale de ce à quoi nous avons à faire en tant que psychiatre, il voulait pouvoir fournir une description la plus fine possibles des vécus conscients des patients psychiatriques afin de restituer de la compréhension là où l'incompréhensibilité régnait jusqu'alors. S'il apparaît régulièrement comme un des précurseurs de la Phénoménologie psychiatrique, elle prendra par la suite d'autres envergures. C'est l'année 1922 qui marquera le début du tournant psychiatrique de la phénoménologie. En effet, le 25 novembre de cette année lors de la 63ème séance de la Société Suisse de Psychiatrie à Zurich, Eugène Minkowski, psychiatre Français, présentera son étude d'un cas de mélancolie schizophrénique en évoquant les troubles du temps vécu (concept que nous développerons par la suite) et Ludwig Binswanger, psychiatre Suisse, présentera un exposé sur la phénoménologie Husserlienne et ses implications psychopathologiques.

Cette journée d'étude laissera apparaître deux types de psychiatrie phénoménologique.

D'une part, plusieurs psychiatres comme Minkowski, Straus et Von Gebsattel ne feront qu'accessoirement appel à la phénoménologie philosophique (et sa dimension anthropologique) et insisteront plus volontiers sur la portée purement descriptive d'une certaine approche des vécus conscients du sujet, déclinant alors leurs compétences étiologiques aux approches psychanalytiques ou somatologiques. Dans cette perspective, ils se rapprocheront finalement d'une forme spontanée de la psychiatrie phénoménologique comme elle a peut-être toujours existé. Ce premier abord de la phénoménologie psychiatrique est dénommé par Tatossian comme la *phénoménologie descriptive* (11).

D'autre part, Ludwig Binswanger et Medard Boss se saisiront rapidement de l'intérêt, pour la psychiatrie, des travaux de la phénoménologie et opèreront quant à eux à un déplacement de cette *phénoménologie descriptive* vers une *phénoménologie génétique* (11). Binswanger centrera son intérêt sur « *la trajectoire propre de l'individu concret plutôt que sur les traits supra-individuels des syndromes psychopathologiques* » (11) et orientera son travail sur une compréhension phénoménologique des psychoses en gardant le souci de leur historicité, de leur intrication avec la biographie chez le sujet. Entre 1933 et 1958, il développera de nombreux travaux qu'il placera, à partir de 1943, sous la bannière de la *Daseinsanalyse*.

Viendra, ensuite, le moment des disciples comme Roland Kuhn en Suisse, Hubertus Tellenbach en Allemagne, Arthur Tatossian en France, Jacques Schotte en Belgique ou Kimura Bin au Japon.

2.3. La Daseinanalyse

En s'inspirant directement des travaux de Husserl et surtout ceux de Heidegger (dès sa lecture d'*Être et Temps* en 1927), Ludwig Binswanger (1881-1966) reprendra la Daseinanalyse Heideggérienne (qui a pour objectif d'établir les déterminations fondamentales (existenciaux) du Dasein) pour en livrer une version que l'on pourrait qualifier de médicale ou psychiatrique. Cette Daseinanalyse aussi dénommée *Analyse Existentielle* tend à décrire les phénomènes se rapportant à un Dasein singulier en s'orientant à partir des existenciaux mis en évidence dans *Être et Temps*. Ceci implique une nouvelle dimension du malade car la Daseinanalyse part du principe que le malade est un Dasein (un être qui est en question dans son être), un mode d'être, une modalité d'existence, une *Présence* (traduction la plus souvent utilisée), qui est donc susceptible de tomber dans des modes d'existence particulières. Binswanger ne réduit finalement plus les troubles dits « mentaux » à la « psyché » mais bien à des troubles du Dasein (ou troubles de l'existence).

Ainsi, il ne s'intéresse plus à comprendre la maladie mais à comprendre le malade lui-même en tant que Dasein, dans sa manière même d'être-au-monde.

« La Daseinanalyse appréhende les états psychiques comme transformation de la structure apriorique de l'être au monde et ce faisant mettait explicitement hors de jeu leur aspect pathologique » (11).

Plutôt que de s'intéresser aux causalités psychopathologiques ou organiques, Binswanger tentera de *« ressaisir l'être en fonction de ses déterminations fondamentales telles que le temps, l'espace, le rapport à autrui, le rapport à la réalité, la fuite dans l'imaginaire, sans oublier les déterminations qui relèvent de la facticité de l'existence comme l'hérédité » (19)* ou encore la corporéité.

La Daseinanalyse n'est pas une technique thérapeutique à proprement parler mais plutôt une manière d'approcher et comprendre nos patients, et ce parallèlement à la nosologie psychiatrique.

Pour illustrer plus précisément la pensée de Binswanger, nous citerons ici un passage du *Cas Susan Urban* (1957), œuvre clinique majeure de la phénoménologie psychiatrique de l'auteur :

« Pas plus que la clinique ne peut élucider le pourquoi, au sens de la connaissance objective, en mettant en œuvre tous les essais psychologiques, caractérologiques et biologiques, pas plus ne s'épuise la tâche de la psychiatrie en tant que science. Comme telle, il lui faut tenir compte du fondement ontologique qui soutient ses dires. Les aptitudes, les particularités mentales, l'âme enfin (au sens de la psychopathologie et de la psychopathologie), le caractère, la personne, la personnalité, l'instinct, etc..., tout cela manque d'un fondement ontologique. Ce fondement nous l'avons trouvé dans l'analytique de la présence à l'être et au monde de Heidegger. C'est sur elle que s'est construite l'analyse en tant que science phénoménologique de l'expérience vécue. Sa tâche consiste à montrer la particularité de la structure à priori de la présence qui rend possible tous ces phénomènes étranges que, cliniquement, nous diagnostiquons comme symptômes schizophréniques et psychose schizophrénique en tant que telle » (28).

Medard Boss (1903-1991), collègue de Binswanger participera également grandement à la création et au développement de cette pensée, en proposant un lien direct avec les travaux de Heidegger (avec qui il animait un séminaire pendant une dizaine d'années), vis-à-vis desquels Binswanger proposait plus de libertés théoriques.

Malgré une certaine rivalité, on retrouve chez l'un et l'autre cette volonté de faire de la phénoménologie le souci de comprendre les maladies mentales à partir de l'analyse existentielle de Heidegger et donc à partir de concepts tels que l'existence, la spatialité et la temporalité, le projet, l'angoisse etc...

2.4. Les principes d'une phénoménologie psychiatrique

A contrario d'une psychiatrie élaborée sur un modèle ultra médical, la phénoménologie psychiatrique s'est érigée comme une tâche philosophique que le psychiatre doit effectuer lui-même. Tout en étant compatible avec la nosographie psychiatrique et sans en perdre sa dimension historique, la phénoménologie s'est réapproprié la notion de symptôme en souhaitant reconduire son regard sur les phénomènes, sur les vécus, les modalités d'existence des patients tout en interrogeant également l'expérience du psychiatre en question, et ce dans un fondement d'une anthropologie existentielle.

2.4.1. La distinction du symptôme et du phénomène

Le symptôme en psychiatrie et les limites de l'approche empirique

Nous reprendrons ici les développements d'Arthur Tatossian dans sa *Phénoménologie des psychoses* autour du symptôme psychiatrique (11,27).

Dans la démarche médicale classique, le symptôme tel qu'il est défini consiste en une délimitation externe de la maladie, une manifestation d'un phénomène pathologique. Cependant, nous verrons que l'application de cette définition du symptôme en psychiatrie se confronte à des impasses et des limites majeures et qu'il existe des points de discordance non négligeables entre symptôme somatique et symptôme psychiatrique.

D'une part, ces deux types de symptômes se différencient par leur portée et leur rapport au vécu qui leur est associé. En médecine somatique, le symptôme relève d'un indice direct, immédiat et constitue une fin en soi sans réelle nécessité d'une investigation du vécu du patient. En psychiatrie, à l'inverse, le symptôme apparaît seulement comme un indice indirect du vécu auquel il est associé. Comme le souligne Griesinger: « *deux individus peuvent dire ou faire exactement la même chose* », « *par exemple exprimer leur croyance à l'influence des sorciers ou la crainte d'être damnés pour l'éternité ; l'observateur qui sait ce que cela veut dire déclarera l'un des individus atteint l'autre sain d'esprit* » (29). Blankenburg évoque, quant à lui, la « *polyvalence diagnostique du dire ou faire la même chose* » (30).

Le symptôme psychiatrique apparaît comme finalement peu spécifique par sa position intermédiaire par rapport au vécu du patient.

D'autre part, le symptôme somatique, le plus souvent sous-tenu par une corrélation anatomo-clinique, permet d'inférer un processus pathologique sous-jacent au symptôme observé (par exemple la présence d'un souffle cardiaque sous-tendu par l'atteinte d'une valve cardiaque). En revanche, le symptôme psychiatrique est limité à son champ descriptif (il ne dit pas grand-chose de plus que ce qu'il décrit) et c'est seulement son inscription dans un « tout » c'est à dire par sa fonction métonymique qu'il peut se découvrir.

Enfin, si le symptôme somatique apparaît plus objectif dans son observation, le symptôme psychiatrique relève directement de son interaction avec l'observateur. Comme le souligne Griesinger, on « *hésitera à localiser le symptôme psychiatrique comme attribut inhérent à l'observé, construction projective de l'observateur ou, ce qui est sans doute le plus vrai, caractéristique d'un certain état d'interaction communicative entre eux* » (29).

La résultante de ces points de discordance entre symptôme psychiatrique et symptôme médical à proprement parlé aboutit à ce que Jaspers formule en 1920 : « *l'incompréhensibilité du tableau psychiatrique* » (31). Le clinicien demeure en permanence à l'extérieur, distancié du tableau psychiatrique ce qui aboutit à une « *frustration de la compréhension* » (31).

Ainsi, la psychiatrie se retrouve devant l'impasse de l'approche empirique du fait psychopathologique.

Pour Jaspers, il s'agit finalement de cette incompréhensibilité en elle-même qui est l'objet d'étude de la psychiatrie. Rétablir la compréhension de ces vécus incompréhensibles (dont nous avons tous fait l'expérience clinique un jour ou l'autre) constitue le projet de la phénoménologie psychiatrique.

2.4.2. Le phénomène et l'expérience phénoménologique

La phénoménologie se proposant comme une étude des phénomènes (au sens Husserlien et Heideggérien du terme), la phénoménologie psychiatrique propose donc une autre expérience face à nos malades en distinguant le symptôme du phénomène. Le phénomène doit ici être bien compris comme l'*apriori*, comme « *conditions de possibilités de ce qui est rencontré* » (11) ; « *a priori directement donné dans l'expérience psychiatrique et non pas atteint médiatement et réflexivement par un processus d'interprétation et d'inférence* » (11).

Quand des patients mélancoliques rapportent une modification de leur vécu spatial ou temporel, nous pouvons les appréhender en tant que symptômes, soit ce qui se manifeste de la maladie, ou en tant que phénomènes, soit quelque chose où se manifeste un caractère d'être de la Présence mélancolique.

Qui plus est, nous faisons régulièrement une expérience encore plus globale de nos patients. Si le diagnostic repose en général sur une délimitation externe et donc symptomatique de nos patients, un autre type d'expérience est régulièrement en jeu.

Nous l'expérimentons lorsque, par exemple, nous saisissons d'un seul « coup d'œil » que nous avons à faire à un patient schizophrène, mélancolique ou encore maniaque, lorsque nous saisissons une certaine « impression » ou « tonalité » se dégageant nos patients et nous orientant alors sur le tableau clinique en question. Dans ce type d'expérience nous appréhendons finalement les modifications structurales de l'être au monde de nos patients.

Ce type d'expérience a été identifié par de nombreux auteurs, Rümke parlerait de « *vécu de précoce* » (11), Minkowski, du « *diagnostic par pénétration* » (32), ou encore le « *diagnostic atmosphérique* » (11) de Tellenbach.

La méthode phénoménologique vise donc à saisir les soubassements de telles expériences et, par là même, à ouvrir un nouvel horizon de compréhension des troubles psychiatriques. Si la phénoménologie ne prétend pas expliquer l'expérience psychiatrique, elle tend à l'éclaircir.

En faisant cette expérience de globalité, de la Présence, de l'être-au-monde rencontré chez l'autre, nous ne saisissons pas qu'un symptôme mais bien la maladie elle-même telle qu'elle se phénoménalise chez un individu. Selon la formule de Minkowski, « *nous ne voyons plus de l'extérieur* » mais « *de l'intérieur* » » (32).

« *Lorsque nous saisissons ce tout, ce n'est plus le ralentissement psychomoteur d'un mélancolique que nous saisissons, mais le mélancolique de ce ralentissement psychomoteur, ce n'est plus le maniérisme schizophrénique, mais le schizophrénique de ce maniérisme* » (33).

Ainsi l'expérience phénoménologique a pour ambition de montrer qu'il y a dans l'expérience psychiatrique plus que l'empirisme commun. Car c'est bien dans cet empirisme commun où s'opère la réduction diagnostique, c'est-à-dire où le mode de présence est réduit au symptôme. Pour la phénoménologie, il y a également, dans l'expérience psychiatrique, une dimension transcendante, eidétique ou apriorique, a priori qui est nous donné directement dans l'expérience. Cela se conçoit évidemment par les théories Husserliennes et Heideggériennes vues précédemment.

C'est parce que le soi et le monde sont inséparables, c'est parce qu'ils sont des pôles équiprimordiaux de l'expérience et que la conscience est intentionnelle, que par l'Épochè phénoménologique, peut nous apparaître quelque chose en plus, à savoir l'essence de l'expérience, la Présence, la nôtre mais également celle de nos patients dans une certaine intersubjectivité.

L'expérience du psychiatre consiste donc à dévoiler les implications transcendantales (les phénomènes) des comportements empiriques pour ensuite les fondre avec ces données empiriques.

La phénoménologie psychiatrique est donc définitivement à placer du côté du « comment » (conditions de possibilités) plutôt que du « pourquoi » afin de définir non ce que les choses mais comment elles se dévoilent à nous au cœur de l'expérience psychiatrique.

Nous irons donc identifier d'une part les vécus de la manière la plus fine possible pour ensuite en dégager les structures constitutives de l'expérience.

Il n'est pas pour autant question de reléguer la sémiologie au second plan, d'autant plus que les patients eux même font en permanence cette double expérience, empirique et transcendantale. Ainsi, les phénoménologues reconnaissent pour autant cette dualité dans l'expérience psychiatrique. Minkowski évoquait l'aspect idéo-affectif, d'ordre symptomatique, empirique (par exemple, la tristesse et les idées délirantes mélancoliques) et l'aspect temporospatial d'ordre structural (les troubles du temps vécu et le l'espace vécu). Blankenburg distinguait lui les aspects des comportements et les aspects de vécu.

2.4.3. L'attitude phénoménologique

En reprenant la méthodologie Husserlienne et Heideggérienne, la psychiatrie phénoménologique va donc inventer ou du moins décrire une nouvelle façon d'être auprès de nos malades. La phénoménologie Husserlienne nous a appris avec son Épochè et ses méthodes de réductions à mettre hors-circuit l'anté-prédicatif, à suspendre notre jugement et nos thèses de réalité. En tant que psychiatre, il faut bien évidemment entendre ici une mise hors circuit de nos préjugés théoriques silencieux car comme le dit Blankenburg : *« la théorie se dissimule déjà le plus souvent dans les catégories avec lesquelles nous décrivons le perçu, avec lesquelles nous ne commençons pas par le décrire mais l'avons déjà auparavant appréhendé »*

Ainsi *« l'effacement du phénoménologue est d'abord une nécessité méthodologique »* (11). Dans la Daseinanalyse Heideggérienne puis Binswangerienne, nous avons vu que nous faisons l'expérience de l'être-au-monde de nos patients dans un espace intersubjectif commun. Pour Binswanger, il s'agit de se mettre en *« tonalité de présence »* avec nos patients

pour saisir leur expérience, leurs vécus, leur réalité. Il s'agit d'entrer dans leur Monde pour saisir de l'intérieur le sens des phénomènes. Le patient n'est alors plus un cas clinique mais un partenaire de cette compréhension.

Medard Boss décrira également la relation spécifique du médecin et de son malade en recourant à la conception Heideggérienne de la *Sollicitude* telle qu'elle est exposée dans *Être et Temps* (20). En effet, Heidegger distingue deux manières de se rapporter à autrui, celle de la *sollicitude substitutive* et celle de la *sollicitude décevante*.

La première consiste à assister l'autre en le prenant en charge. On se substitue à l'autre pour lui ôter son « souci » et il est alors dans une relation de dépendance vis-à-vis de nous-même. Cette modalité relationnelle est parfois nécessaire dans les premiers temps de la prise en charge d'un patient, prenant particulièrement forme dans les hospitalisations sous contraintes ou encore la sédation ou la contention.

La seconde consiste à restituer le « souci » à l'autre. Nous assistons l'autre en vue de lui permettre de prendre en charge lui-même sa propre existence, de retrouver son *pouvoir-être* existentiel et ainsi de retrouver la possibilité d'une existence authentique.

La psychothérapie intervient alors au cœur du vécu de conscience de l'autre et de son monde, au plan existentiel de la rencontre. Le thérapeute s'attachera à débloquent l'ouverture originnaire au monde du patient et libérer les potentialités inscrites dans le Dasein. D'autre part, la phénoménologie conçoit une certaine humilité dans la démarche thérapeutique entendant qu'elle possède ses propres limites et qu'il persiste une dimension d'obscurité aussi bien du patient que du médecin. Comme l'écrivait Oury, la rencontre avec autrui c'est aussi « *s'apercevoir qu'il y a quelque chose d'indépassable, d'irréductible - à respecter - qu'on peut appeler son opacité, l'opacité d'autrui* » (34).

Si, comme dans la psychanalyse, la relation duelle, l'écoute, la cure par la parole et le déploiement de l'historicité sont conservés, l'engagement du thérapeute phénoménologue auprès du patient est, quant à lui, total, dans une dimension de partage comme forme fondamentale d'être avec l'autre. L'alliance thérapeutique de la phénoménologie psychiatrique se base sur une intersubjectivité à partir d'une coprésence, d'une réciprocité humaine dans la dissymétrie de leur position et leur commune humanité. Binswanger parlera de la réalisation d'un « *être-l'un-pour-l'autre* » pour désigner le fait que, dans la psychothérapie, deux hommes se tiennent l'un en face de l'autre, se réfèrent l'un à l'autre, s'expliquent l'un avec l'autre dans un accordage relationnel subtil.

La notion de « *relation compréhensive* » (35) permet une synthèse de ces différents éléments, elle peut être définie comme un « *abord non analytique centré sur l'idée que nous faisons toujours une expérience de totalité de ce qui s'éprouve et aussi une expérience de qualité fondamentale. Ces éléments résonnent en nous et le regard réflexif (interne) de ce que nous éprouvons est cette attitude compréhensive* » (35).

Nous pourrions résumer une telle définition à travers trois positionnements (27) :

- Un abord non analytique des phénomènes étudiés, justifiant d'engager la relation à autrui en suspendant tout un ensemble d'attitudes obstruant l'accès à la « chose elle-même », notamment toutes théories ou concepts préétablis ;
- Une place de choix réservée à l'éprouvé, comme ouverture pathique à autrui. La phénoménologie privilégie un abord intuitif et pathique (c'est-à-dire du *sentir*) d'autrui. Cet « éprouvé de l'autre en moi » ouvre sur un espace intersubjectif commun (le *mitsein* ; tout existant est un coexistant) ;
- Un regard réflexif vis-à-vis de cet éprouvé, car c'est en définitive cela qu'il s'agit de saisir, cet « éprouvé de l'autre en moi » dans sa forme particulière (dans sa temporalité, sa spatialité). C'est ce que désigne la Présence, l'être-au-monde, aspect de l'expérience anté-prédicative, pré-objective.

2.4.4. La question de la norme en phénoménologie

La question de la norme est une interrogation délicate de la phénoménologie.

Dans un premier temps, par la réduction phénoménologique et donc la suspension de toutes thèses de valeur, la phénoménologie peut sembler indifférente à la distinction du normal et du pathologique. Même si on retrouve fréquemment les termes de « désordre » ou « d'altération » du Dasein ou de l'être-au-monde, ils ne sont pas réduits à un caractère pathologique et peuvent être appréhendés et retrouvés autant du côté de l'homme « sain » que de l'homme « malade ». Les notions de normes idéales ou statistiques apparaissent alors « *extérieures au vécu phénoménologique et la phénoménologie décline toute compétence à l'estimation du caractère pathologique d'un vécu* » (11)

Dans un second temps, si norme il y a à chercher en psychopathologie, elle n'est en tout cas pas à regarder du côté du comportement matériel, car tout comportements « déviants » pourrait être potentiellement retrouvé chez n'importe quelle être humain. Ce qui fait le caractère anormal ou pathologique du comportement arrive dans la mesure où celui qui le présente ne peut pas ne pas le présenter.

Si norme phénoménologique il y a, elle est donc à regarder plutôt du côté d'une pathologie de la liberté humaine. Ainsi, si il existe des invariants cliniques dans les pathologies psychiatriques et ce malgré d'éventuelles différences socio-culturelles, il s'agit non pas de comportements matériels mais bien « *des conditions de possibilités immanentes à l'être-humain : mondanéité, spatialité, temporalité, modalité d'auto-compréhension de la Présence humaine* » (11).

2.4.5. L'analyse existentielle

En s'appuyant sur la démarche Husserlienne ou Heideggérienne, il nous apparaît alors possible de venir décrire au plus proche le vécu de nos patients. Il s'agit d'une part de décrire leur expérience perceptive dirons-nous mais surtout d'en dégager les structures de leur expérience même, de leur expérience sensible du Monde, de leur Présence.

Pour rappel, « *le concept phénoménologique de présence signifie ainsi que dans notre rapport quotidien au monde, le sens de soi et le sens de notre immersion dans le monde sont inséparables. Nous résidons activement dans les choses* » (36).

Si nous nous situons dans une perspective Husserlienne, nous pouvons par exemple étudier l'accélération du monde d'un patient maniaque (observé dans sa tachypsychie, son hypersyntonie etc...) en utilisant la méthode de la variation imaginative afin de mettre en lumière, par exemple, un changement des structures temporalisantes de la conscience.

En se situant dans une perspective Heideggérienne, nous dirions que ces symptômes n'apparaissent plus comme un trouble de la perception au sens classique mais bien comme un aspect singulier du Dasein, un aspect singulier de mondanéiser, de sentir le monde. En quittant les catégories de la science empirique, on ne vient plus décrire le monde du patient maniaque selon les catégories de la perception mais selon les membres structuraux de l'être-au-monde au premier rang desquels figurent la spatialisation et la temporalisation. On pourrait parler alors d'une anthropologie existentielle.

C'est en se situant sur le plan des « contenants » plus que des « contenus » du psychisme, que la phénoménologie entrevoit une possibilité nouvelle de compréhension des troubles mentaux. Le phénoménologue va donc s'atteler à la description des structures de l'expérience et de l'être-au-monde du patient. Il proposera une lecture des « manières d'être » impliquées dans une situation donnée puis tentera de livrer une interprétation des existentiels impliqués.

Ainsi, le phénoménologue existentiel devra analyser de quelle manière le Dasein de son patient souffre de son existence, de sa responsabilité à la mener et de son inscription dans celle-ci, de sa finitude, de sa Mienneté, de son Intersubjectivité etc...

Il retrouvera alors les objets d'études Husserlien et Heideggérien, auxquels figurent au premier plan, le Temps et l'Espace (et nous verrons qu'ils apparaissent de manière centrale dans la clinique) mais aussi celui du Corps, d'Autrui ou encore de l'Identité.

La Daseinanalyse peut alors tenter d'explicitier les thèmes existentiels, les directions de sens et tout ce qui dans ces existentiels pourrait enliser le rapport au monde et aux autres.

2.5. Les apports cliniques : la phénoménologie des psychoses

Arthur Tatossian publie, en 1969, *La phénoménologie des psychoses*, constituant encore aujourd'hui une référence de la phénoménologie psychiatrique. Si, par la suite, la phénoménologie a pu s'intéresser ici et là à tous les phénomènes psychiatriques, elle se trouve dans son histoire profondément corrélée à celle des psychoses. Si les grands auteurs allemands ont su en dégager de nombreux principes phénoménologiques, Tatossian avec son ouvrage a également fait de la psychose une porte d'entrée favorable à l'explicitation de la phénoménologie psychiatrique.

Par choix, et en y associant d'autres auteurs, nous reprendrons de manière non exhaustive les apports cliniques de la *Phénoménologie des psychoses* en ce qu'ils constituent les grands exemples de la phénoménologie psychiatrique ; à savoir ; l'aliénation schizophrénique, la mélancolie, la manie, et enfin le délire.

Évidemment, un travail à part entière pourrait être consacré à l'ensemble des travaux phénoménologiques autour de la psychose et nous ne traiterons pas ici d'autres études qui mériteraient notre attention comme celles sur les hallucinations ou encore la corporéité et ses phénomènes. Enfin, nous ne traiterons pas d'autres entités psychiatriques comme les troubles de la personnalité, les syndromes de stress post-traumatique ou encore les troubles anxieux qui bénéficient de peu de travaux, quoique riches, en phénoménologie.

2.5.1. La schizophrénie

L'autisme comme phénomène

L'autisme, dans la psychiatrie classique de Bleuler, se définit comme une « *prédominance de la vie intérieure et (...) détachement actif du monde extérieur* » (37).

En tant que symptôme, l'autisme semble fortement limité aussi bien par sa portée que sa faible spécificité (le mélancolique pourrait bien apparaître comme le plus autistique des malades au sens symptomatique du terme).

Cependant, s'il apparaît comme un symptôme « médiocre », il pourrait s'avérer être un bon phénomène selon Tatossian (38).

Dans son ouvrage *La Schizophrénie* (39), Minkowski va proposer une approche radicalement nouvelle de la question de l'autisme dans l'aliénation schizophrénique constituant alors un point de départ fécond de l'analyse phénoménologique.

Minkowski va s'intéresser à l'essence de la schizophrénie en ce qu'elle est constituée d'une « *perte du contact vital avec la réalité* » (39), et une perte de la « *catégorie du sentir* » (« sentir » qui constitue pourtant la « *source et la mesure qu'aucune opération intellectuelle ne saurait préciser* » (32)). Par ailleurs, il va remettre en question la notion de repli autistique (prédominance la vie intérieure) pour décrire plutôt les « *activités autistiques* », constituant des « *actes sans lendemain* » qui « *jurent avec la situation* », des « *actes figés, ne cherchant pas à aboutir* » (39).

Autisme riche et autisme pauvre ; rationalisme et géométrisme morbide

Minkowski va par la suite distinguer l'« *autisme riche* » et l'« *autisme pauvre* » (39).

Dans l'autisme riche (ou « *forme plastique* » d'autisme), le sujet va tenter de préserver une « *apparence humaine* » par un surinvestissement intellectuel venant suppléer au « sentir » perdu (39).

Dans cette forme d'autisme riche, on voit apparaître le « *rationalisme morbide* » ou encore le « *géométrisme morbide* », soit une « *compensation phénoménologique* » (39) où le sujet va tout rationaliser ou se saturer de facteurs d'ordre spatial au détriment d'un dynamisme vital.

« *A la place de la vie apparaît une formule abstraite qui détermine une attitude profondément morbide de l'individu* » (39).

Binswanger et les formes manquées de la Présence

En 1956, Binswanger, dans un essai intitulé *les Trois formes manquées de la présence humaine* (40), s'intéressera particulièrement à la schizophrénie et aux phénomènes qu'une telle entité produit. En réinscrivant ce qui apparaît chez le malade dans le flux de son être-au-monde, dans son histoire, dans le cours de son existence, non pas comme simple symptôme mais comme phénomène, la maladie mentale va alors apparaître pour Binswanger comme un développement exagéré d'une des modalités de Présence humaine, dont il distingue trois formes : la distorsion, la présomption et le maniérisme. Ces formes de présences manquées constituent des phénomènes de disproportions anthropologiques.

La présomption

Cette forme de Présence manquée désigne la construction d'un « *idéal présomptueux* » (40), trop haut par rapport à la base d'expérience du sujet. On peut l'observer chez nos patients qui inaugurent leur première décompensation psychotique par une conversion religieuse (sans fondement spirituel antérieur), ou bien ceux qui entament de hautes études ou projette une profession grandiose (sans rapport avec des aptitudes quelconques). Quand un patient monte là où « *on ne peut plus ni avancer ni redescendre et où l'on ne peut que rester suspendu ou tomber* » (29), il se produit alors « *un déplacement de la proportion anthropologique en faveur de la direction de signification verticale de la Présence humaine* » (29). Cela peut conduire naturellement au « vertige », prélude à de possibles chutes dramatiques, jetant une lueur de compréhension de certaines phases d'effondrement voire de comportements suicidaires.

La distorsion

La distorsion, deuxième forme de Présence manquée est une forme de Présence gouvernée par le primat de l'« *ustensilité* » (40). Elle se caractérise par un abord de soi et du monde au travers des préoccupations pratiques et utilitaires. Autrui et soi-même sont utilisés comme « outil ». Binswanger, fera l'étude de cas d'un père schizoïde qui offre un cercueil comme cadeau de Noël à sa fille cancéreuse.

Le patient dépasse ici les limites de « *l'être en commun* » (40) en réduisant les éléments de la situation à une ustensilité pure et simple et sans accéder pour autant à ce à quoi renvoie l'outil comme tissu de compréhension propre au monde humain dans lequel il prend place. « *Le Distors réduit la situation, à un thème général, à une idée, à un concept, à une définition qui devient « thème absolu » poussé sans limites jusqu'à l'inconséquence, jusqu'à la rupture de l'expérience naturelle* » (38).

Le maniérisme

Le maniérisme est l'action de s'élever mais grâce à l'autre, ce n'est pas une croissance propre du soi mais une croissance instrumentale donnant lieu à une manière d'être non naturelle, inauthentique, guindée (au sens presque nautique du terme, « hissement de la voile »). Le Maniééré cherche un modèle où prendre appui, modèle établi dans la quotidienneté de la sphère de l'On (Au sens Heideggérien du terme, comme type général, disponible dans la sphère sociale et dans l'opinion publique). Il plagie un modèle qui n'est pas soi, puisé outrancièrement et aveuglement dans le répertoire social et déconnecté de toute assise transcendante (d'un retour à un être soi).

Cette description ne laissera pas indifférent tout psychiatre qui a déjà fait l'expérience d'un patient présentant de tels phénomènes, notamment d'un patient souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie présentant des comportements guindés, rigides voir pseudo-obsessionnels utilisant parfois un langage soutenu ou de convenance non toujours approprié. Le Maniérisme doit ainsi se laisser comprendre comme un déséquilibre entre « Être-Soi » (structure apriorique de l'expérience) et « Être-on ».

S'il existe chez l'être sain, un équilibre entre l'être-On et l'être-Soi, le maniérisme apparaît comme une disproportion anthropologique entre ces deux entités.

Cette disproportion apparaît spatialement comme division de la présence (dans le sens où l'adoption du ou des rôles est déconnectée de toute assise transcendantale), et en cela, il se rapproche de la dissociation schizophrénique.

La présence maniérée trouve alors une pseudo-autonomie grâce à l'appui du On dans lequel elle croit trouver un sol.

Ces trois formes de présence manquée ne s'excluent pas et peuvent cohabiter chez le même sujet. Ce ne sont pas des phénomènes radicalement nouveaux mais bien des possibilités d'être immanentes au Dasein. L'essence de ces formes est à chercher « *au-delà de la distinction de la psychose, de la psychopathie et de la normalité* » (38).

Dans la schizophrénie, elles se présentent finalement souvent sous des formes, qui précèdent, non toujours chronologiquement, « *le vide, la rigidification et la dissociation schizophrénique* » (38).

« *La Présomption comme formation d'un idéal présomptueux marque le début de la rigidification et du blocage de la Présence, tandis que la Distorsion, en labélisant les connexions de renvois, supprime la stabilité du monde nécessaire à la formation et au maintien d'un soi dans son historicité comme dans son rapport à autrui. Le maniérisme, par sa répétition inlassable d'un reflet illusoire de soi, mène au vide schizophrénique et à la dissociation en déplaçant la proportion anthropologique du soi vers l'On comme type général* » (38).

Ces formes de Présence rompent avec l'expérience naturelle ou l'évidence naturelle de Blankenburg et « *ne laissent pas-être le monde, le soi et les choses tels qu'ils sont* » (29).

La perte de l'évidence naturelle de Blankenburg

Blankenburg évoque la « *perte de l'évidence naturelle* » (30) notamment chez les patients hébéphrènes, c'est-à-dire la perte du sens commun et du jeu social.

L'évidence naturelle est un sol sur lequel s'appuie la Présence humaine, elle est faite de cette « *masse anonyme et muette d'évidences toujours déjà présentes* » et permet la « *continuité historique du Soi* » et la « *continuité inter-subjective* » (32).

On notera ici une différence fondamentale entre l'époché phénoménologique et finalement l'époché schizophrénique. Si le phénoménologue, comme nous l'avons vu chez Husserl, « *lutte à tout moment contre sa pente vitale à l'attitude naturelle et ses évidences...le schizophrène essaie désespérément d'y retourner* » (38). La schizophrénie s'apparente à une réduction phénoménologique sous contrainte.

La transformation du rapport au monde

Heidegger définit l'évidence naturelle comme l'ensemble « *de conjointures et de renvois, à l'intérieur desquels le Dasein évolue* » (27). Elle se construit sur des « *significativités* » construites à travers l'histoire. Chez l'hébéphrène, ces significativités se perdent, les conjointures et renvois s'atténuent, s'imprécisent, et s'enchevêtrent les uns aux autres. Le patient hébéphrénique se retrouve perplexe face au monde, ayant perdu le « *commerce des rencontres quotidiennes* ». Tout ce qui est normalement impensé le devient alors. Tout ce qui, normalement, « *va de soi* » se problématise.

Pour résumer, il s'effectue une perte du rapport pré-intentionnel au monde et à soi opéré habituellement par les synthèses passives de la conscience.

Cela entraîne le plus souvent une hyper réflexivité de la pensée du soi sur soi. Cette hyper réflexivité de la pensée vient ensuite « *figer* » le sujet dans l'asthénie et l'apragmatisme psychotique.

On voit bien ici comment cette nouvelle approche de la psychose par les phénomènes vient en redessiner ses contours. Classiquement, on interprètera par exemple les difficultés de réalisation des tâches quotidiennes des patients schizophrènes comme une marque d'un retrait autistique, d'un retrait sur eux-mêmes. La phénoménologie propose là un autre angle de description en évoquant finalement un sujet trop exposé au monde, trop dépassé par le monde ne pouvant justement pas revenir à lui-même.

La temporalisation

Dans la psychose, si le temps empirique n'est pas perturbé (les patients peuvent la plupart du temps se repérer, s'orienter dans le temps « objectif »), le temps transcendantal est quant à lui altéré. Passé, présent et avenir ne sont que les produits d'une genèse transcendantal du temps tel que nous l'avons vu sous les termes de rétention, impression et protention. Dans la psychose, le sujet peut faire des expériences mais celles-ci ne se sédimentent pas comme d'habitude. Les rétentions, les impressions et les protentions ne s'associent plus de façon cohérente et ne permettent plus l'émergence du sentiment d'agentivité. Le temps est alors non seulement découpé en moments incohérents les uns avec les autres mais ne permet plus de se sentir l'agent de son vécu. Le sujet est alors amené à vivre « au jour le jour » dans une perpétuelle discontinuité.

La transformation du Je et de son autonomie

L'évidence naturelle permet normalement au sujet de sentir le sentiment de confiance basale (confiance en la confiance de soi) et il peut s'appuyer dessus pour construire une autonomie, un *Je* qui s'émancipe.

Dans la perte de l'évidence naturelle se construit une transformation de l'autonomie du *Je*, du *Soi*. Le *Je* transcendantal s'épuise à préparer sans cesse son propre fondement dans ce qui normalement « va de soi » et donc s'épuise à « être soi ».

La transformation de la constitution intersubjective : le rapport à l'Autre

Le problème de la constitution du *Je* débouche véritablement sur celui du rapport à Autrui et de l'intersubjectivité. « *La relation à l'Autre se constitue par une oscillation subtile entre affirmation de soi et abandon de soi, témoin d'une souplesse auquel l'individu hébéphrène n'a pas accès* » (27).

Autrui apparaît finalement comme constitué et constituant dans l'intersubjectivité. Le trouble de l'intersubjectivité rencontré dans la schizophrénie n'est finalement pas une altération isolée mais plutôt « *une disproportion entre constitution d'autrui par l'Ego et constitution de l'Ego par Autrui* » (38). Dans l'hébéphrénie, la raison de la perte de l'évidence naturelle est que l'ego ainsi constitué ne peut plus se mettre à la place de l'alter ego. Ainsi ces patients, ne peuvent plus « s'entendre avec l'autre ». Ils alternent alors entre deux positions rigides, soit en se soumettant et en copiant servilement Autrui, soit en le refusant totalement.

On observe bien chez des patients hébéphréniques qui oscillent entre assumer le modèle d'autrui de manière stéréotypé (pouvant aller jusqu'à l'échopraxie ou l'écholalie) ou au contraire se retirer autistiquement jusqu'au négativisme.

Ipséité, Agentivité et trouble du Soi

Comme nous l'avons vu, pour qu'il existe un récit de soi, une identité narrative, il faut que l'identité prenne une dimension stable, une contenance, un sentiment de continuité de soi, soit l'Ipséité. Dans la schizophrénie, il y a perte de cette ipséité, elle est mise à nu et alors privée de toute propriété durable.

Des articles plus récents, portés par des auteurs d'inspirations phénoménologiques (Sass et Parnas (36)), reprennent cette notion en en faisant un trouble fondamental dans la schizophrénie. Le trouble de l'ipséité s'inscrit ici dans un trouble du soi, du soi minimal (dans ce qui permet un pôle d'appartenance au soi quand bien même tout le reste aurait changé).

Dans un autre aspect d'une altération du soi minimal dans la schizophrénie, Shaun Gallagher évoque lui un trouble de l'agentivité (41,42), notamment de l'agentivité préréflexive ou de bas niveau, c'est-à-dire le sentiment de se sentir à l'origine de ses propres actions ou pensées. Dans l'expérience normale, « *il n'y a pas de distance expérientielle entre vivre une expérience et le sens de soi* » (43) . Dans la schizophrénie, on noterait une altération de la « mienneté » de l'expérience, la personne ne s'éprouvant plus comme le sujet qui fait lui-même l'expérience du monde.

2.5.2. La Mélancolie

Nature du trouble affectif dans la mélancolie

La question de l'humeur est une question centrale en psychiatrie et de nombreux commentaires ont été fait concernant la difficulté à appréhender et définir cette notion. Pourtant, l'humeur, sa perception et son ressenti est au cœur de l'expérience psychiatrique et de l'expérience humaine en générale. Ainsi, on comprend aisément que la phénoménologie se soit saisie en profondeur de cette question.

Il nous faut tout d'abord élaborer une étude critique des rapports de l'affectivité et de la souffrance mélancolique, permettant par la suite de mieux en comprendre sa phénoménologie. La psychopathologie clinique allemande a longtemps considéré comme spécifique de la mélancolie la *tristesse vitale*, c'est-à-dire une tristesse localisée dans le corps propre. Les auteurs français parleront eux de tristesse *cénesthésique* ou encore de *souffrance morale*. Dans tous les cas, c'est la *vitalisation* de la tristesse qui est en jeu.

Il faudrait ensuite distinguer l'humeur du sentiment comme le propose Glatzel. « *Alors que le sentiment est une action, un mouvement affectif, une réponse à et vers quelque chose et surtout quelqu'un, l'humeur a un trait de passivité, elle est un état, ôté à la volonté du sujet* » (44).

Si la tristesse est peut-être à regarder du côté du sentiment, la mélancolie, elle, apparaît bien comme un trouble de l'humeur.

Minkowski établit également cette différence en opposant ce qu'il appelle *l'affectivité-conflit* (en rapport avec le sentiment) et *l'affectivité-contact* (en rapport avec l'humeur) (45). L'altération de l'humeur dans la mélancolie relèverait d'une altération de cette affectivité-contact, qui serait une catégorie fondamentale du vécu, du sentir, d'une possible résonnance avec le monde.

Si le sentiment s'ouvre aisément à une compréhension psychologique au sens où il s'inscrit dans le temps biographique de l'individu ou son devenir, l'humeur quant à elle possède une dimension anhistorique et pré-individuel.

Si la tristesse comme sentiment est en mouvement avec son histoire, la souffrance mélancolique est quant à elle immobile, elle est une impossibilité. Il y a une *immobilisation du vivre*.

On entend déjà par cette redéfinition de l'humeur comment cette impossibilité relève d'une altération du temps vécu.

De l'altération du temps vécu aux anomalies constitutives du temps

Si nous reprenons le concept phénoménologique du temps vécu, c'est-à-dire le temps pathique, élémentaire, immédiat et immanent, il apparaît alors figé, stagnant dans la mélancolie. Pour reprendre les mots de Tatossian, il y a une « *perte de synchronisme avec le temps du monde* ». Ce temps vécu « *n'est plus régi par le primat de l'avenir dont le vécu est perdu* » (44). C'est-à-dire que cette stagnation du temps vécu entraîne alors une *inhibition du devenir*. Chez le patient mélancolique, la temporalité est dominée par le passé (souvent cristallisé autour d'un épisode traumatique) alors que l'avenir apparaît toujours obstrué.

Binswanger distingue d'ailleurs deux formes canoniques de la temporalité mélancolique. D'une part, la *rétrospection mélancolique* constituant une temporalité ancrée dans le regret et s'exprimant au futur antérieur (« si j'avais fait ça, il se serait passé ceci... ») et par le sentiment de culpabilité majeure bien connue dans la mélancolie. Et d'autre part, la *prospexion mélancolique* qui signe l'avenir obstrué, bouché de l'existence. La prospection du futur apparaît comme perdue, impossible (46).

La temporalité mélancolique constitue donc un éternel retour en arrière où seul le processus de la rétention est à l'œuvre alors que les protentions se confondent dans la rétention même pour apparaître seulement vides.

La rétrospection et la prospection mélancolique transforment la temporalité mélancolique en un éternel retour en arrière, où seule la rétention est à l'œuvre en permanence et où toutes les protentions, confondues avec elle, sont vides

Par-delà ces anomalies du temps constitué, Binswanger ira plus loin dans son analyse en évoquant des troubles du temps constituant. Pour Binswanger il faut étudier « *les moments structuraux... responsable de défaillance du survenir* », où « *la réasibilité du cours de la vie est mise question* » à l'inverse de la proposition selon laquelle « *le monde réel existe seulement avec la présomption qui se dessine constamment que l'expérience continuera constamment à s'écouler dans le même style constitutif* » (15).

Pour Binswanger, cette dissonance du temps est constituée par un manque d'accord entre le *Je* empirique et le *Je* transcendantal. Ce désaccord entre ces deux *Je* fait alors apparaître l'*Ego pur*, « *instance critique et régulatrice, dépourvue de contenu propre et normalement silencieuse* » (46). Cet *Ego pur* ne peut pas s'appuyer sur la continuité de la Présence, il est anhistorique. L'*Ego pur* ne peut plus concilier l'expérience empirique ou mondaine, factuelle avec l'expérience transcendantale. Pour Binswanger, c'est cet *Ego pur* qui est le fondement des troubles de l'humeur. A contre-pied de nombreux contemporains, il fait donc des troubles de l'humeur une entité à ne pas prendre du côté de l'évènement et du réactionnel.

Le typus melancholicus de Tellenbach

H. Tellenbach, psychiatre et phénoménologue allemand, va lui questionner la genèse biographique de la mélancolie, notamment le conditionnement de la mélancolie par la personnalité, la constitution ou encore l'hérédité. En partant des altérations de la temporalité et de la spatialité chez le patient mélancolique il se demandera « *quel type d'existence humaine comporte une inclinaison particulière à devenir mélancolique ?* » (47).

Comme nous l'avons vu, « *la temporalité mélancolique renvoie finalement à une certaine façon d'être soi dont le problème majeur va être le changement* » (46). Corrélativement à cette impossibilité du changement, la principale caractéristique du sujet enclin à la mélancolie va être l'esprit d'ordre tant sur le plan spatial que temporel.

Tellenbach décrit ainsi le mélancolique comme méticuleux, préoccupé, souhaitant toujours bien faire, d'une humeur grave ou équilibrée, bon compagnon, symbiotique mais surtout « *plein d'une exigence jamais achevée signant une existence dans une temporalité « non cyclique » dans laquelle le risque de la dette (rémanence) ou de l'enfermement (includence) est toujours présent et peut précéder la chute dans la mélancolie* » (46). Si Tellenbach évoque une vulnérabilité, une prédisposition à la mélancolie, elle ne se situe pas dans le champ somatique ou psychologique mais serait plutôt d'un ordre anthropologique. Pour mieux comprendre cela, introduisons la notion d'*endogène*, telle qu'elle est vue par les phénoménologues. L'*endogène* apparaît chez Tellenbach comme un champ étiologique à part entière, une troisième voie différente des champs somatique ou psychologique.

L'endogène peut être compris comme « *le champ de compréhension global de la genèse de la crise chez un patient et des liens entre la personnalité et les crises* » (46). L'endogène est ce qui est stable chez un individu, c'est une « *empreinte donnée à l'avance à l'individualité* » (46). L'endogène est antérieur au somatique et au psychologique, c'est lui qui les rend possibles mais il est en même temps postérieur à ces derniers car il peut être pénétré, influencé par l'environnement. L'endogène est préverbal et prépersonnel. Il est contenu dans l'interaction réciproque sujet- monde et non dans le sujet psychologique ou somatique.

Les principales caractéristiques de l'endogène sont (46) :

- La rythmicité (rythme circadien, cycle menstruel, saison) ;
- L'impossibilité d'en avoir une compréhension psychologique ou discursive ;
- La réversibilité : chacune de ces altérations est au moins partiellement réversible ;
- Son aspect global : chacune des manifestations de l'endogène ou de ses altérations renvoie à l'ensemble de celui-ci ;
- Son aspect génétique ou héréditaire ;
- Son lien avec les phases maturatives de la vie : adolescence, méno-/andropause .

L'endogène est particulièrement saisi et altéré dans la pathologie psychiatrique.

Pour Tellenbach, le typus melancholicus n'est donc pas génétiquement déterminé, il est une modalité d'expression de l'endogène. « *C'est une réponse figée, systématique et caricaturale, à l'interaction réciproque entre un génotype et des forces situationnelles, c'est-à-dire environnementales et extérieures au sujet* » (46).

Encore une fois, il ne s'agit par d'une relation causale d'ordre logique mais plutôt d'une corrélativité de l'homme et du « climat ».

2.5.3. La Manie

Le monde maniaque

Binswanger, dans son ouvrage *Sur la fuite des idées* (15), puis dans *Mélancolie et Manie* (13) va particulièrement s'intéresser à l'homme maniaque dont le « *bond* », le « *saut* » constitue l'essence. Si la fuite des idées renvoie cliniquement à « *un trouble quantitatif exprimé par le flux de pensées et de paroles prononcées ou écrites* » (44), Binswanger dégage ici un style qualitatif d'être-au-monde « *bondissant* », se débarrassant ainsi du sérieux de la vie dans un monde sans obstacles.

Binswanger tentera de décrire, de l'intérieur, l'existence *sautante* du maniaque à partir de l'analyse de certains existentiels notamment la *temporation* et la *spatialisation* de l'être-au-monde, son rapport à Autrui

La temporalité, la mouvance de l'être-au-monde

Binswanger, tout comme Minkowski, Straus ou Von Gebsattel fait comme premier constat que le maniaque apparaît comme pur présent. La rétention et la protension sont défailantes dans l'être au monde maniaque et il est alors énucléé de la structure globale du temps vécu, de son temps constituant (c'est-à-dire un temps prenant ses assises dans le passé et tourné vers l'avenir projeté). Ainsi, le maniaque est entièrement « livré » au présent, il est ce que le présent fait de lui, il « *glisse dans le temps* » (15) vivant une chaîne de présences isolées les unes des autres dans une « momentanéisation absolue ». Cela aboutit à une inauthenticité de l'existence, inauthenticité à entendre dans son sens Heideggérien, soit la disparition du Soi, « *totale contingence, toute livrée à l'influence des choses ou des personnes rencontrées* » (44).

A noter que Von Gebsattel voit dans la manie un « *type de réaction à « l'existence dans le vide » du mélancolique* » (44).

« *Voilà une patiente qui va mettre presque un quart d'heure pour aller de la porte de notre bureau à la porte de sortie de l'unité, pourtant située seulement quelques mètres plus loin. Après d'interminables remarques sur nos tenues, nous la voyons arpenter maintenant le petit couloir de façon tourbillonnante, aimantée par les affiches posées sur les murs, aspirée par les personnes rentrant dans l'unité dont chacune reçoit un petit mot plus ou moins gentil, papillonnant par ailleurs avec les soignants passant par là, virevoltant de l'un à l'autre dans l'insouciance la plus totale. C'est l'impression d'une danse, d'une danse, plus que sautante, tourbillonnante qui émane sans doute de ce genre de scène, si courante en présence de sujets maniaques* » (33).

L'espace

La question de la temporalité vient en éclairer une autre avec laquelle elle s'articule : celle de l'espace vécu. L'espace du maniaque est tout d'abord rétréci ou du moins le maniaque se trouve dans une proximité permanente par rapport aux choses. Tout est proche, à portée de main, sans obstacles : « *le monde, trop petit pour l'expansion de l'être, rapproche ses distances* » (15). Il y a une radicalisation du processus de déseloignement chez le maniaque. D'autre part, tout y perd son relief, le maniaque est saisi par un éventail de renvois infinis, fugaces et interchangeables. L'espace maniaque est donc facile, improblématique, d'où cet abord en général selon une humeur optimiste.

Autrui, corporéité et échec de l'apprésentation

Comme l'espace, autrui est également pris dans cet appauvrissement du relief. Comme le souligne Tatossian : « *Le maniaque est de plain-pied avec tous et ne varie pas son approche selon la dignité sociale de l'autre* » (44). Le maniaque saute au-dessus de l'expérience et de la rencontre. On peut observer directement ce phénomène auprès de nos patients maniaques chez qui le tutoiement apparaît facilement et dont les entretiens pourraient perdurer indéfiniment si nous n'y mettons pas justement d'obstacles. Le contact est bien possible avec le maniaque mais, en regard des altérations du temps vécu, il se trouve toujours « momentanisé », instantané, il n'y a plus de durée vécue en lui. Aux travers de ces nouvelles analyses on peut alors réentreprendre le temps de la syntonie observé dans la clinique du maniaque. Si la syntonie dans son essence, est de se satisfaire dans le présent, on peut alors parler d'une syntonie maximale dans l'être-au-monde maniaque.

Binswanger reprend également le concept d'Apprésentation de Husserl, soit « *ce qui s'ajoute à la présentation corporelle de l'autre et qui fusionne avec celle-ci en une seule unité de sens de la perception d'autrui* » (13). Chez le maniaque, il y aurait défaut de l'Apprésentation ; « *le maniaque manque la constitution de l'alter ego car il échoue lui-même dans l'apprésentation de son égo propre* », l'isolant alors dans la « *fête solitaire* » (48).

Dans cette même logique, « *le maniaque est dépossédé de son corps qui reste à la totale disposition des choses qui le saisissent* », il y a « *perte de la projection de la corporéité dans le monde* » (44).

2.5.4. Le délire

De la psychologie compréhensive à la phénoménologie

Si le délire est souvent considéré comme le phénomène fondamental de la folie, il a connu de nombreuses acceptions au cours de l'histoire du savoir psychiatrique. Il a pu être assimilé à une fausse croyance, un trouble du jugement ou encore dans des acceptions plus moralistes à un mensonge. Jaspers réalisera, dans son traité de *Psychopathologie Générale* (31), une très belle synthèse autour de ces questions et présentera les grands axes du délire et de la conscience délirante ; et ce dans une certaine amorce de la phénoménologie conçue alors comme une méthode, parmi d'autres, de recueil de données sur les vécus psychiques conscients des malades mentaux. Jaspers fait de l' « *incompréhensibilité le critère du délire vrai* » (49).

Pour reprendre les mots d'un de ses successeurs, Schneider : « *là où il y a vraiment délire, la compréhension à partir du caractère cesse et, là où on peut comprendre il n'y pas de délire* » (50). Jaspers reprochait même à Freud de proposer des relations de pseudo-compréhension voir de proposer ces dernières comme relations causales.

D'autre part, Jaspers distingue le délire par son « *incorrigibilité* » (31), c'est-à-dire que rien ne peut corriger le contenu du délire (que ce soit dans l'expérience ou dans le raisonnement) et que le délirant est évidemment certain de ce qu'il affirme. Il distinguera trois attributs autour de cette incorrigibilité : la conviction extraordinaire qui y est attachée, l'ininfluçabilité et l'impossibilité du contenu.

Tatossian quant à lui viendra remettre en question cette incompréhensibilité du délire. En effet, pour lui, la notion de compréhension n'est pas la donnée ultime qu'en faisait Jaspers et semble fortement soumise à l'observateur lui-même jugeant du caractère compréhensible ou non.

Si le délire apparaît incompréhensible en termes psychologiques, il est pour autant compréhensible, d'un point de vue phénoménologique.

Tatossian comme Binswanger fait du délire une forme particulière du « comprendre heideggérien ».

En reprenant le « comprendre heideggérien » comme « *constitutif de la présence humaine qui ne peut pas ne pas comprendre ce qu'elle rencontre parce qu'elle baigne dans une complicité préréflexive avec lui* » (51), le délire est alors une possibilité immanente à l'être humain, il ne fait « *que développer des possibilités essentielles présentes dans l'être humain et ce qui y change n'est pas l'ordre constitutif de cette vie mais la façon dont elle se déroule* » (51).

Dans un souci phénoménologique, la question de Tatossian n'est finalement pas de décrire les idées délirantes comme symptômes mais comme des phénomènes, et nous devons donc nous demander comment reconnaît-on un homme délirant ?

Pour cela, il nous faut réaliser (avec Husserl) une eidétique du délire, il faut en dégager les essences pour retrouver la structure de cette conscience délirante. Car le délire n'est pas seulement un discours délirant mais bien le discours d'une conscience délirante, elle-même conscience d'un être-au-monde singulier.

« *De ce point de vue, rechercher l'essence du délire signifie tenter de dégager la structure intentionnelle de la conscience délirante d'un sujet et même d'un sujet qui, loin d'ignorer totalement sa folie, la connaît comme telle dans un coin de son être* » (52)(53).

Le monde et la conscience délirante

Pour Tatossian, la conscience délirante doit être avant tout envisagée comme elle se présente, c'est-à-dire comme une conscience connaissante. Si elle est connaissante, pourquoi la tient-on alors comme pathologique ?

Tatossian reprendra l'incorrigibilité de Jaspers de cette conscience délirante, préférant le terme d'*infaillibilité* (où incapacité de se tromper de la conscience délirante) et peut se demander par suite comment elle peut être infaillible. Pour Tatossian, la réponse doit être cherchée du côté du statut particulier de l'objet de la conscience délirante qui n'est ni réel, ni irréel, mais neutre.

L'objet de la conscience délirante n'est pas assimilable aux réalités naturelles d'une conscience qui se tient dans l'attitude dite naturelle. Au contraire la conscience délirante se tient sur un autre plan, celui de la réduction phénoménologique, c'est-à-dire celui où les objets et leur existence ou non sont mis en suspens, sont neutralisés. On parle alors de « *conscience neutralisée* » (52).

Cette conscience pourrait être assimilée à celle du spectateur d'un film ou d'une pièce de théâtre ou à celle du phénoménologue lui-même (même si sa démarche répond alors à d'autres motivations). Les jugements délirants ne portent pas fondamentalement sur le monde extérieur, sur le monde de la vie mais bien sur le monde intérieur immanent à la conscience.

« *Dans cette perspective, de même que le phénoménologue revendique la certitude absolue pour toutes ses connaissances relatives à ses vécus de conscience, de même le délirant est habité par une certitude inébranlable liée à la neutralité des objets sur lesquels portent ses affirmations et qui relèvent du champ immanent de la conscience* » (52).

Tatossian, fait d'ailleurs la remarque intéressante que cette « neutralité » du monde délirant est finalement bien observé dans la clinique. En effet, les idées délirantes donnent rarement lieu à des motifs d'action par la suite, il y a peu de prolongement pratique dans le monde réel du monde du délire. Ces mondes sont séparés. Il existe « *une étonnante étanchéité de la praxie et des idées délirantes* » (54). Bien entendu, on observe parfois des troubles du comportements ou des passages à l'acte graves mais ils sont entendus par Tatossian comme des exceptions qui confirment la règle.

Le monde délirant ne doit pas être compris de manière simplement négative par rapport au monde réel que le délirant ignorerait mais comme un monde qui englobe le monde réel.

Tatossian comme Klaus Conrad note dans la transformation délirante du monde une sorte « *de retour à une conception géocentrique du monde* » (52).

La conscience délirante est au centre du monde de telle sorte que tout se rapporte à elle.

Cela ne signifie pas que l'homme délirant ait oublié l'héliocentrisme du monde mais est « *plutôt comme un homme qui connaîtrait et comprendrait la vision héliocentrique du monde mais (qui) croirait avoir découvert derrière elle une vision plus générale et englobant la première* » (51).

Enfin, la conscience délirante est éminemment solitaire, elle constitue son monde de manière idiosyncratique voire solipsiste. Dans cette conscience, il n'y a pas de place pour autrui, ou du moins s'il apparaît c'est sous la forme d'un pseudo-autrui.

« *La subjectivité délirante se distingue par son incapacité à saisir autrui comme un alter ego* » (52).

Cet échec oscille entre deux pôles, soit la subjectivité manque autrui, en se construisant comme chose matérielle (en se chosifiant elle-même), donc en révoquant par là sa subjectivité, soit elle se retrouve sans autrui quand c'est lui qu'elle chosifie.

La genèse du monde délirant, l'être-au-monde en question

Si nombres de phénoménologues et cliniciens se sont attachés à distinguer le délire à proprement parler, des vécus délirants primaires tels que la perception délirante, ou l'impression délirante, Binswanger évoquera une « *atmosphérisation* » délirante dans la naissance de l'expérience délirante.

A partir de sa lecture d'Heidegger, Binswanger évoquera le projet-de-monde comme là où le sujet organise son être-au-monde à partir de la dimension du projet.

Dans l'expérience psychotique, le sujet devient « *l'objet d'un projet du monde, et pour ainsi dire la proie de ce dernier* » (55).

Prenons le fameux cas de Binswanger, celui de Susan Urban, pour illustrer nos propos (28) : Susan Urban a une soixantaine d'années lorsqu'elle développe un délire de persécution, suite à l'annonce brutale du cancer incurable de son mari. Binswanger décrit l'atmosphère délirante, qui précède le délire, comme un monde de terreur, dans lequel le Dasein est écrasé, possédé par le monde. C'est la structure même de l'expérience qui est atteinte, touchée, alors « *atmosphérisée* », c'est-à-dire atteinte dans sa manière pour le sujet de constituer son monde et sa signification. Le Soi perd ainsi son appui dans le monde et le délire peut s'apparenter à une tentative, une compensation pour rétablir la continuité du Soi.

Cette approche phénoménologique de la conscience délirante et de son appréhension délirante du monde permet de remettre en question la conception classique du délire comme croyance fausse.

En effet, la croyance n'est fausse que si on rapporte le délire au monde commun de la vie quotidienne mais elle ne l'est plus si elle se rapporte aux objets neutralisés de la conscience délirante.

2.6.Actualités et enjeux contemporains de la phénoménologie psychiatrique

2.6.1. La phénoménologie, au carrefour de la psychiatrie

Ne relevant d'aucune doctrine à proprement parler, et proposant plutôt ce geste méthodique à l'approche de nos patients, la phénoménologie peut tout à fait s'entrevoir à partir de ses nombreux rapports avec les autres « disciplines » psychiatriques.

Outil clinique, diagnostic, et recherche en psychiatrie

Comme nous l'avons développé précédemment (cf. 2.4) les apports cliniques de la phénoménologie psychiatrique ne sont plus à prouver.

De nombreuses entités, symptômes cliniques, issues de la psychiatrie dite classique (mais qui continuent à nourrir pourtant notre quotidien de clinicien) résultent finalement de la sédimentation de données issues de la phénoménologie dans son sens plein. La perte du contact vital avec la réalité ou encore la perte de l'évidence naturelle dans les troubles du spectre de la schizophrénie ont finalement été décrits comme des phénomènes avant d'en imprégner la symptomatologie, les signes objectifs de ces maladies.

Sur un premier niveau de lecture de la phénoménologie (comme l'entendait Jaspers, dirons-nous), cette dernière a donc pu participer à une description clinique très fine des troubles mentaux en construisant une méthode permettant de réaliser un recueil de données des vécus conscients des patients et est d'un grand recours dans l'établissement de diagnostics psychiatriques. En tant que science rigoureuse de l'expérience humaine, elle semblerait également fournir une méthode de choix pour la recherche en psychiatrie lorsqu'elle vise à caractériser les expériences vécues des troubles mentaux.

L'entretien d'explicitation, fondé par Pierre Vermesch, tend d'ailleurs, en s'appuyant sur la phénoménologie Husserlienne, à identifier précisément les contenus et les formes des moments expérientiels d'un sujet en lui demandant de se resituer dans l'évènement comme s'il vivait à nouveau cette expérience. Il repose sur une certaine méthodologie de questionnement ouvert et d'identification d'indices dans le discours du patient indiquant l'authenticité du vécu rapporté. L'attention du sujet est alors orientée vers les dimensions préconscientes de son expérience (temporalité, corporalité, intersubjectivité, affectivité, etc.).

L'échelle EASE (43), fait également partie des outils actuels de la phénoménologie psychiatrique. L'échelle EASE est une échelle développée par J. Parnas en 2005, étudiant les anomalies de l'expérience subjective reflétant des troubles de la conscience de soi. Elle repose sur une orientation phénoménologique proposant une description qualitative des phénomènes ayant pour point commun une déformation de la perspective en première personne soit tous les troubles mettant en jeu « *le sentiment propre à chacun d'être un sujet, un centre auto-coïncidant de l'action, de la pensée et de l'expérience* » (53). Elle est surtout destinée à une approche des patients avec un trouble débutant du spectre schizophrénique et permet, via un entretien semi-structuré, une approche clinique phénoménologique en étudiant un ensemble d'items phénoménologiques (angoisse ontologique, spatialisation de l'espace, hyper réflexivité, perte de l'évidence naturelle, rationalisme morbide, etc...). Après analyse systématique des données empiriques recueillies, l'échelle EASE apparaît d'un grand intérêt pour la description, le diagnostic et le diagnostic différentiel des troubles qui font partie du spectre schizophrénique. Des altérations du soi minimal dans les troubles du spectre de la schizophrénie ont notamment pu être mis en évidence grâce à des études utilisant cette échelle, montrant alors leur constance et leur forte spécificité (notamment vis-à-vis des troubles bipolaires) (56).

Phénoménologie et sciences cognitives : la neurophénoménologie

La phénoménologie semble compatible avec les sciences cognitives. En effet, les sciences cognitives décrivent la cognition (les processus de pensée) et les comportements et elles en recherchent les bases biologiques, notamment cérébrales. La phénoménologie pourrait apparaître complémentaire aux sciences cognitives, par exemple en complétant et révisant les modèles cognitifs par la description des vécus, et en proposant des hypothèses de recherche en visant à corréler les structures des vécus avec leur bases biologiques potentielles.

Cependant la phénoménologie, et notamment la *neurophénoménologie* de Francisco Varela (1946-2001), propose un dépassement des positions cognitivistes classiques soit celle du *computationnalisme* et du *connexionnisme*. En effet, le *computationnisme* est aujourd'hui encore dominant en sciences cognitives et repose sur une analogie entre l'esprit et l'ordinateur avec comme substrat biologique, le cerveau. Ici, la pensée est un processus de traitement de l'information et le cerveau manipule les symboles constituant cette information, notamment grâce à des modules spécialisés dans certains traitements particuliers, en vue de résoudre un problème donné. Dans cette perspective, on pourrait estimer que tout trouble psychiatrique pourrait provenir d'une anomalie dans le traitement de l'information cérébrale en lien avec un défaut d'un ou de plusieurs modules cérébraux.

En se rapprochant déjà plus du connexionnisme, Varela proposera un modèle du cerveau construit comme une toile d'araignée, faites de réseaux interconnectés dont pourrait émerger un processus mental à un instant t.

Les processus mentaux ne proviendraient pas d'un traitement sériel de l'information par des modules cérébraux mais émergeraient par des relations réciproques entre certains éléments.

Cependant, c'est en créant la neurophénoménologie qui, comme son nom l'indique, vise à croiser les approches des neurosciences et celle de la phénoménologie, que Varela dépassera définitivement ces modèles cognitivistes. Dans cette neurophénoménologie, l'expérience vécue émerge d'une relation dynamique entre le cerveau, le corps et l'environnement. En tant que processus émergent, l'expérience possède également, en retour, une relation réciproque avec les systèmes qui lui ont donné naissance. En d'autres termes, si les systèmes influencent l'expérience, l'expérience influence les systèmes.

Étudier le fonctionnement cognitif d'un sujet selon Varela implique alors nécessairement de considérer à la fois le cerveau, le corps et le contexte mais aussi l'expérience vécue elle-même. Puisque ceux ne sont pas les neurones qui font l'expérience du monde mais un sujet plus complexe s'activant à un temps t selon une certaine configuration, l'expérience vécue par le sujet doit être prise en compte dans l'équation des neurosciences dans un couplage avec les données physiologiques. Avec son concept d'*Enaction* (57) Varela invite à adopter une « *une position de compromis entre la position cognitive classique où le monde préexiste au sujet et la position kantienne où le sujet crée le monde* » (27). Pour reprendre les mots de Varela, « *l'œuf et la poule se définissent l'un l'autre, ils sont corrélatifs* » (57). Ici, le sujet met en forme un monde mais qui lui préexiste quand même.

L'énaction implique donc un « aller et retour » entre contraintes extérieures et activité générée de façon endogène.

Ce couplage de l'expérience et des systèmes nécessite donc une approche des neurosciences évidemment mais également de la phénoménologie qui, depuis Husserl, propose une description rigoureuse de l'expérience.

Tout l'enjeu de la neurophénoménologie est de trouver une méthode opérationnelle pour croiser ces deux disciplines de la phénoménologie et des neurosciences. Varela pensait que la méthode à suivre pour ce couplage était celle de la co-générativité mutuelle, c'est à dire la mise en commun des deux analyses (on parle d'analyse en première personne pour la phénoménologie et d'analyse troisième personne pour les neurosciences) permettant de retenir comme vrai ce qui est partagé par les deux approches mais aussi de faire émerger de nouvelles hypothèses de chacune des analyses en observant les différences existantes entre elles

Plusieurs questions restent cependant en suspens avec ce modèle, notamment la méthode pour identifier de façon fiable les données de l'expérience (ou données en 1^{ère} personne). La méthode de l'entretien d'explicitation s'est proposée justement comme méthode fiable de mesure des données en 1^{ère} personne.

Phénoménologie et psychothérapie

Même si la phénoménologie ne constitue pas une technique thérapeutique en soi et dont aucune recette ne serait applicable en tant que telle, l'attitude permise par la phénoménologie permet, comme nous l'avons vu, de nous rendre plus accessible, plus *compréhensible* l'expérience de nos patients. D'une certaine manière, elle restaure la possibilité d'un dialogue avec eux, de par sa fonction communicative qui pourrait alors être envisagée comme psychothérapeutique.

Puisque le phénoménologue se délaisse de ses images conceptuelles de l'homme et du jargon théorique au profit de l'expérience de la rencontre, il est, de ce fait beaucoup « *plus proche de l'homme dans sa totalité, c'est-à-dire qu'il est avec lui dans une certaine ouverture* » (58). Lorsque nous rencontrons un patient, « *nous le rencontrons sur le plan de la présence humaine, comme un partenaire. Cette « partenariat » dans la présence n'est pas seulement une affaire humaine ou éthique mais une affaire strictement systématique, au sens de l'interprétation et de la communication phénoménologique de la présence* » (58).

De plus, en intervenant dans des moments défailants dans l'évènement existentiel, c'est à dire des moments d'impasse ou de fermeture de l'être, le phénoménologue existentiel tentera d'y rétablir une ouverture.

Enfin, l'« *éprouvé interne de l'autre en moi* » (35) vécu par le phénoménologue, par exemple une intégration passagère au Soi psychotique peut s'avérer souhaitable sinon nécessaire afin de rétablir chez l'autre « *un spectacle de soi-même* » (33). C'est seulement sur « *le fond des structures humaines communes* » (59) que nous pouvons nous faire spectateur du monde d'autrui pour l'emmener sur le théâtre de sa subjectivité.

Il existe toujours à ce jour un débat entre les phénoménologues sur la dimension thérapeutique de leur discipline. Certains estiment que la Dasein analyse ne suffit pas en soi à s'autoriser le titre de thérapeute. D'autres, envisagent qu'au-delà de l'approche psychopathologique fine que fournit la phénoménologie, elle peut nous amener à changer en profondeur nos pratiques psychothérapeutiques. Medard Boss avait d'ailleurs créé, en 1971, un « *institut de Dasein analyse pour la psychothérapie et la psychosomatique* » qui n'existe cependant plus aujourd'hui.

Phénoménologie et psychanalyse

Les rapports de la phénoménologie et de la psychanalyse apparaissent tout à la fois complémentaires et contradictoire au cours de l'histoire. Si Binswanger entretenait une relation amicale et professionnelle avec Freud, il s'est peu à peu éloigné des considérations analytiques. Phénoménologie et Psychanalyse se retrouvent cependant sur plusieurs points. Elles tentent toutes deux de se ressaisir de l'incompréhensibilité de la psyché humaine en s'intéressant à la vie subjective du sujet et apparaissent alors comme un recours humaniste, un secours pour aborder l'être humain.

Pour autant, elles diffèrent en de nombreux aspects. La phénoménologie s'est toujours plus ou moins défendu d'établir des liens de causalités, des étiologies psychogènes ou organiques contrairement à la psychanalyse.

De plus, dans cette perspective, la phénoménologie ne se saisit pas ou très peu de la question de l'Inconscient, du désir et de son articulation dans le langage. Il est d'ailleurs souvent reproché à la phénoménologie qui tend à décrire un vécu, une pensée « pure » de ne pas prendre en compte que ce qui peut être observé est avant tout un discours du sujet, un discours aliéné.

Nous dirons finalement que ces deux approches ne se positionnent pas tout fait vis-à-vis d'un même Réel, ne se situant pas au même endroit notamment vis-à-vis du langage (la phénoménologie entrevoit un accès possible à un monde pré-langagier contrairement à la psychanalyse Lacanienne par exemple).

2.6.2. La phénoménologie comme nouvelle épistémè

Dans les suites de cet exposé et dans ses possibilités d'ouverture nous devons maintenant dégager plusieurs aspects épistémologiques de la phénoménologie, autant dans son rapport à la connaissance même que dans ce qu'elle peut apporter à la clinique ou à la recherche en psychiatrie.

« La psychiatrie est en danger lorsqu'elle méconnaît sous prétexte d'objectivité et de positivisme ses origines dans l'expérience quotidienne et le monde vivant » (11).

L'idée première de la phénoménologie psychiatrique était finalement de revenir à cette expérience quotidienne de nos patients, de venir s'intéresser à leur vécu. Cette idée est née comme nous l'avons vu de l'incompréhensibilité du tableau psychiatrique et aux difficultés et impasses que montrait l'approche empirique ou symptomatique de ces tableaux. L'approche phénoménologie entendait finalement se ressaisir de cette incompréhensibilité.

Dans un deuxième temps, dans la perspective d'une phénoménologie génétique ou transcendante, l'idée de la phénoménologie était d'aller au-delà de la description de ses vécus pour envisager la structure même de ces derniers, la structure de l'homme dans ses rapports avec le monde, son monde.

La phénoménologie psychiatrique a ainsi permis l'émergence d'une sémiologie classique toujours en vigueur aujourd'hui notamment dans les troubles de l'humeur ou encore dans les troubles du spectre de la schizophrénie (perte du contact avec la réalité, etc...)

A l'heure actuelle, nombre d'études existent sur les phénomènes pré-délirants, et les premières expériences marquant le début d'un trouble du spectre de la schizophrénie.

En revenant à l'essence de ces vécus ayant pour dénominateur commun un trouble de l'expérience de soi, étudié notamment par l'échelle EASE, la phénoménologie apparaît comme un outil clinique tout à fait intéressant dans le diagnostic et l'analyse clinique de ces troubles.

Cependant, là où elle constitue un tournant épistémologique majeure est que la phénoménologie permet un dépassement du clivage habituel sujet-objet. Ce clivage est à l'œuvre partout, sources de conflits, d'un réductionnisme classificatoire et normatif parfois outrancier du sujet dans la psychiatrie actuelle (mise en exergue par le DSM) ou encore d'une certaine radicalité psychanalytique.

La phénoménologie, semble pouvoir faire émerger un pont entre ces différentes approches en dépassant cette scission dualiste sujet-objet. Pour bien comprendre cela, il faut bien envisager l'« expérience » non pas comme une simple donnée supplémentaire à un examen psychopathologique mais l'entendre comme la base même de toute connaissance. Il faut reprendre ici la notion de Monde, de Monde de la vie de Husserl (Lebenswelt). Le monde vécu de l'expérience se veut être antérieur à tout univers de discours spécialisé, il touche à la sensibilité, l'intimité du vivre du sujet qui est toujours en interrelation avec le Monde.

Il n'y a pas de primauté des substrats dans la phénoménologie, le sujet et l'objet sont toujours intimement liés, en interrelation, notamment par le caractère intentionnel de la conscience. Le problème disparaît dès lors que l'on ne considère pas le sujet qui fait face à un objet mais un Dasein qui existe sur le mode de l'être-au-monde.

Quand la phénoménologie psychiatrique s'attelle donc à décrire elle vient donc s'intéresser à cette expérience dans ce sens précis, elle vient envisager, décrire de manière la plus rigoureuse possible le monde du patient notamment dans ses invariants.

Une certaine phénoménologie psychiatrique traditionnelle tend à rester dans sa dimension existentielle en s'intéressant à notamment à la genèse de ces mondes constitutifs pathologiques, en les resituant dans un récit, dans « *l'histoire intérieure de la vie* » (58), de la vie intime, sensible, phénoménale, du sujet.

D'un autre côté, une nouvelle génération de psychiatres phénoménologues (et notamment de neurophénoménologues) tend à naturaliser la phénoménologie en montrant que la phénoménologie, plus qu'une approche subjective ou de la subjectivité, est un examen objectif des données subjectives.

C'est notamment le cas d'études portées par Nathalie Depraz ,Thomas Desmidt et Maël Lemoine (60), qui se saisissent directement de la méthode Husserlienne et notamment de la variation imaginative pour venir trouver de nouvelles essences aux phénomènes rencontrés, ici par exemple, en étudiant la structure du temps impliqué dans les émotions. Dans ces travaux, le vécu de surprise apparaît comme caractéristique principale, comme phénomène central de toutes émotions et ce selon une dynamique temporelle impliquant trois temps : l'anticipation, la rupture ou crise, et le contrecoup.

Pour aller plus loin, ces auteurs font ainsi l'hypothèse de la dépression comme émoussement général des réactions à la surprise, une hypo-réactivité émotionnelle. Parlant même de cardiophénoménologie (61), ils vont ensuite corrélér des données à la première personne (ces hyporéactions notamment à la surprise chez des patients déprimés) via l'entretien d'explicitation avec des données à la troisième personne (constituée ici par une hypo-réactivité de la physiologie cardiaque et cérébro-vasculaire). Ils montrent ainsi comme des données considérées parfois comme trop subjectives peuvent être confirmées par des données objectives.

Enfin, dans une perspective plus humaniste, que la phénoménologie a pu prendre au décours des âges (elle a pu être associée à l'antipsychiatrie ou encore la psychothérapie institutionnelle), elle permet, peut-être, une facilitation des processus empathiques et du contact, de pouvoir « regarder de l'intérieur » , et ainsi venir parler la même « langue » que le patient que nous rencontrons. En ne réduisant pas le sujet à une chose organique ou psychologique, elle permettrait, dans une certaine partenariat, une proximité dans la rencontre qui pourrait être thérapeutique.

III. Cas clinique

Mr G. est un patient de 52 ans hospitalisé depuis quatre ans dans une structure prenant en charge à long terme notamment des patients souffrants de troubles du spectre de la schizophrénie. Le patient a été rencontré à de multiples reprises lors d'un stage d'internat de six mois. Lors de notre dernière rencontre, il donnera son accord pour témoigner anonymement dans cet ouvrage de son histoire personnelle et de sa trajectoire de soins.

3.1.Présentation du cas :

Mr G est né en Corse du couple parental. Il est né à terme, d'une grossesse désirée et sans complications. Aucun retard du développement n'a été rapporté durant l'enfance.

Ainé d'une fratrie de deux, il a un petit frère. Ses parents se séparent quand il a cinq ans et il part alors vivre avec sa mère et son frère à Paris où ils rejoignent la grand-mère maternelle.

Son père, resté en corse, manager de boîte de nuit, et présentant une probable addictions aux jeux d'argents, aura deux enfants d'une autre union (un garçon et une fille). Sa mère de son côté, assistante de direction, aura une fille d'une autre union également.

La scolarité de Mr G est décrite comme difficile devant des troubles du comportement (refus de l'autorité, conduites d'opposition) et le développement d'une symptomatologie de TOCs (rituels de vérifications et de comptage) vers l'âge de 17 ans. Ces éléments entraineront des exclusions à plusieurs reprises et de multiples redoublements (deux fois la seconde et deux fois la première). Il finit tout de même à obtenir son Baccalauréat puis s'inscrit et obtient une licence d'économie.

A l'âge de 25 ans, devant une opportunité offerte par son père, il ira travailler pour une radio Corse comme ingénieur du son (métier qu'il apprendra sur le tas), ainsi qu'en tant que DJ dans des discothèques. Cette période est marquée par des consommations importantes d'alcool (dans des contextes festifs) et des consommations régulières de cannabis.

A l'âge de 26 ans, il présentera une première bouffée délirante dans un contexte de rupture amoureuse et de consommations de toxiques. On notera alors au premier plan des phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation, des idées délirantes de persécution, des phénomènes hallucinatoires, et un sentiment d'étrangeté, comme Mr G le rappelle : « mon cerveau était devenu fou ».

Pendant encore trois ans persisteront des symptômes à bas bruit, surtout marqués par le sentiment d'étrangeté du monde.

Entre ses 28 ans et ses 35 ans, on notera une stabilité clinique avec une reprise de son activité professionnelle.

A l'âge de 30 ans, il se met en couple avec une femme qui tombera enceinte de lui cinq ans plus tard. Il se séparera de cette femme après les premiers mois de grossesse.

La naissance de leur fille est corrélée à une recrudescence délirante marquée par des idées d'indignité, de culpabilité d'allure mélancoliforme. Dans ce contexte, Mr G tentera de réinvestir sa paternité et de se remettre en couple avec la mère de sa fille mais se sépareront de nouveau quelques mois plus tard.

A l'âge de 41 ans, il rencontre et se met en couple avec une autre femme qui aurait été victime d'attouchements pédophiles incestueux. Apparaît alors chez le patient la conviction délirante que sa fille aurait elle aussi été victime d'actes pédophiles, il ira lui dire qu'elle est « folle et malade ». Cela entraînera des idées culpabilisantes et d'autoaccusations majeures, croyant alors qu'il a traumatisé sa fille et qu'il est lui-même pédophile.

Un ensemble de scènes concomitant à cette période nous semble important à décrire ici. Son père, devant la détresse psychique de son fils, lui aurait proposé un comprimé de Zolpidem que le patient refusera. Il regardera également le film *Shutter Island* de Martin Scorsese (film se déroulant dans un asile psychiatrique et où il est question d'un mystère autour de l'existence de troubles psychiatriques chez le personnage principal, un détective enquêtant dans cet asile incarné par Leonardo DiCaprio). Mr G fera par la suite de ces événements charnières, des déterminants du reste de son existence. Il dira « si j'avais écouté mon père, si j'avais pris le Stilnox, si je n'avais pas vu ce film, rien de tout ça ne serait arrivé ».

Suite à ces événements, Mr G multipliera les hospitalisations dans des contextes de tentative de suicides (associé à un délire messianique et des idées délirantes de résurrection), d'automutilations, de symptômes mélancoliformes à tonalité délirante, et de recrudescence des TOCs. Puis vers l'âge de 47 ans, on notera une nette dégradation clinique avec incurie et clinophilie au premier plan, des pensées pseudo-obsessionnelles autour des traumas supposés, un parasitage de la pensée et une anxiété morbide majeure.

Il y a quelques années, Mr G développera même une symptomatologie évoquant un syndrome de Cotard avec une négation d'organe, « je n'ai plus de cerveau », « mon corps n'est plus mon corps » dira-t-il.

Mr G a pendant longtemps reçu plusieurs diagnostics, allant du trouble obsessionnel compulsif atypique, à la schizophrénie paranoïde ou encore un trouble bipolaire mixte.

Un bilan réalisé dans un centre expert schizophrénie conclura finalement à un trouble schizo-affectif avec évolution déficitaire et prédominance des épisodes dépressifs sévères mélancoliformes.

De multiples thérapeutiques seront entreprises, c'est-à-dire quasiment l'ensemble de la pharmacopée psychiatrique jusqu'à la sismothérapie sans efficacité notable.

Le bilan neurocognitif quant à lui relève un niveau intellectuel global dans la moyenne, un léger trouble mnésique verbal et visuel, un trouble de la flexibilité motrice et des cognitions sociales.

Les imageries cérébrales ne révéleront rien d'anormal.

A noter qu'il n'y a plus de consommations de toxiques depuis la naissance de sa fille.

Comme nous le disions, Mr G est maintenant hospitalisé depuis près de quatre ans dans une structure de psychothérapie institutionnelle où il bénéficie d'une sociothérapie, d'outils de réhabilitation psycho-sociale, d'un suivi médical régulier et d'un accompagnement soignant quotidien.

Sur le plan clinique, on note actuellement chez Mr G. la persistance d'un sentiment de culpabilité délirant autour des événements ayant eu lieu à l'âge de 41 ans : les comportements envers sa fille, la non prise du Stilnox, le film Shutter Island. Il les associe au début de sa maladie et ce déclenchement lui-même semble constituer le traumatisme fondateur de ses symptômes mélancoliques. Lors de nos rencontres, Mr G répète inlassablement ces mêmes ritournelles dans une certaine stéréotypisation de la pensée « si j'avais écouté mon père, si j'avais pris le Stilnox, rien de tout ça ne serait arrivé, si je n'étais pas allé voir le film Shutter Island, je serais encore le même aujourd'hui, celui que j'étais avant ». Pouvant parfois être critique vis-à-vis de ces éléments, il pourra dire « je sais que je suis bloqué dans le passé, les autres en ont marre d'entendre la même chose ».

Ce discours est associé à de nombreux symptômes négatifs, notamment un apragmatisme majeur, un émoussement affectif, un repli sur soi, de l'incurie, une clinophilie, dont il est parfois difficile de faire la distinction entre des aspects mélancoliques et des symptômes négatifs d'une schizophrénie.

Malgré l'éloignement engendré par la maladie, il reste en bons termes avec ses proches notamment sa fille avec qui il a des contacts réguliers ou encore ses parents.

3.2.Approches cliniques contemporaines

Plusieurs approches nous sont offertes par la psychiatrie contemporaine.

Nous pourrions envisager le diagnostic et la thérapeutique de Mr G sur le plan des neurosciences, en proposant par exemple une hypothèse dopaminergique de ses troubles, et en apportant alors un traitement adapté.

Nous pourrions également, avec le modèle cognitif, se pencher sur les troubles métacognitifs, les troubles de la cognition sociale ou encore les troubles neurocognitifs (altération des fonctions exécutives et mnésiques) rencontrés chez Mr G. C'est d'ailleurs cela qui aura été proposé par le Centre expert, préconisant alors un programme de remédiation cognitive adapté.

Dans une perspective psychanalytique, nous pourrions explorer les conflits psychiques inconscient de Mr G et en rechercher les manifestations. Nous pourrions par exemple évoquer un mécanisme tel que la Forclusion du Nom-du-père dans une perspective plus Lacanienne ou encore étudier les aspects pulsionnels et fantasmatiques qui semblent exister autour de sa fille et de la paternité.

Enfin, dans une analyse systémique, c'est-à-dire en repensant le patient au sein de son système, nous évaluerions la dynamique relationnelle de Mr G avec son entourage, l'impact de celle-ci sur sa symptomatologie et les possibilités de la modifier.

La phénoménologie propose quant à elle un autre angle d'approche. Sans se détacher de la nosographie contemporaine, et évitant au mieux de se situer sur un plan causal ou étiologique, elle propose de pouvoir restituer une compréhension dans cet enchainement de vécus qui peut nous apparaître hermétique. En s'intéressant aux phénomènes, au « Comment » de ce qui nous est donné dans l'expérience (à celle du patient mais aussi à la nôtre) plutôt qu'au « Pourquoi », en étudiant au plus près les vécus du patient mais aussi leur structure ou leur genèse, une nouvelle compréhension de ce que présente, de ce que vit Mr G semble possible. Si cela ne permet pas une thérapeutique à proprement parler, la phénoménologie psychiatrique semble apporter une nouvelle façon de comprendre de Mr G et ce sans le réifier, le chosifier à des théories préconçues.

3.3. Analyse phénoménologique

Première étape : la réduction phénoménologique ou Épochè

Plaçons-nous donc tout d'abord dans l'attitude phénoménologique qui, comme nous l'avons vu, préconise une réduction, ou Épochè, par laquelle nous mettons momentanément entre parenthèse toute théorie déjà donnée, afin de parvenir à une description des phénomènes.

Par cette attitude, qui une nouvelle fois demande un effort de la part du psychiatre, nous essayons de suspendre tout jugement, tout à priori sur Mr G et les théories préétablies auxquelles ils pourraient s'associer.

Ainsi nous mettons entre parenthèses son diagnostic de trouble schizo-affectif, toutes psychologisations autour de sa biographie ou son rapport à la paternité (voir ses fantasmes incestueux), la possibilité d'un dysfonctionnement neuro-anatomique etc... Finalement, nous suspendons toute théorie autour d'un moi empirique que nous pourrions rencontrer chez Mr G.

En ne réduisant pas Mr G, à son diagnostic, à sa description clinique classique ou en cherchant à plaquer spontanément des symptômes que nous avons appris sur d'autres patients, nous nous empêchons de recourir à des modèles (soit une manière consensuelle d'organiser nos connaissances) ou à fournir des hypothèses générales et nous tentons plutôt de revenir à la singularité du patient que nous avons en face de nous, ici Mr G.

Le résidu de cet Épochè est la découverte des phénomènes. Nous venons donc nous intéresser « aux choses mêmes », c'est-à-dire aux choses telles qu'elles se donnent. Ce qui nous intéresse ici chez Mr G, c'est sa conscience intentionnelle, c'est-à-dire comment prennent consistance pour lui, les choses, le monde, comment il est en permanence tendu vers le monde. Mr G est envisagé ici comme un Dasein que l'on rencontre, il est ici question de son être en tant qu'il existe.

Pour résumé, la réduction vise à saisir la vie intentionnelle du Dasein dans ces modes et ces processus de constitution, en mettant hors circuit toute théorie de réalité antérieure à celle-ci. Si cette attitude semble être celle du philosophe, le psychiatre parviendra rapidement à la conclusion qu'il est également contraint d'adopter cette attitude lorsqu'il souhaite rencontrer, comprendre son patient, au-delà de la superficialité d'une rencontre technique.

Enfin, l'autre aspect de cette première étape est la découverte de notre propre expérience face au patient et laquelle il est important que nous prêtions attention. Si les psychiatres phénoménologues parlent de diagnostic « atmosphérique », c'est avant tout qu'il est question d'une certaine tonalité se dégageant ici de Mr G. Lorsque l'on rencontre Mr G, on est avant tout saisi par l'altérité qu'il nous renvoie, l'impossibilité de mener un dialogue, de nous renvoyer à quelque chose de connu, de familier, la perte d'une certaine banalité de la rencontre.

Deuxième étape : La description des phénomènes

Tout ce qui est rencontré chez Mr G, comme son apragmatisme, son sentiment de culpabilité, ses idées délirantes, n'est pas seulement pris comme des symptômes renvoyant à des entités théoriques mais bien comme des phénomènes, signes des modalités d'existence, des modalités de la Présence, de l'être-au-monde de Mr G.

Plus que le sujet à proprement parler, c'est le type de monde dont il a affaire qui semble pertinent à étudier. Nous ne nous posons pas la question de savoir comment la symptomatologie rencontrée s'inscrirait dans son rapport à la nosographie, dans sa caractérologie, ses liens avec la personnalité, ou ses composantes héréditaires, seulement de quelle manière elle s'inscrit dans l'expérience de Mr G. Les symptômes psychopathologiques ne sont pas des événements « dans le monde » mais s'inscrivent dans le champ de l'expérience subjective du patient.

Dans cette perspective phénoménologique, nous pouvons donc nous atteler à décrire les grands champs de l'expérience de Mr G.

Nous pourrions commencer par décrire son expérience du temps. Mr G manifeste régulièrement un vécu de ralentissement, ralentissement observé tant sur le plan psychomoteur que par son apathie, son apragmatisme. Il y a une immobilisation du vivre. Le temps apparaît figé chez Mr G, ne pouvant se projeter dans l'avenir, et évoquant sans cesse le passé. L'envahissement psychique par ses ritournelles basées sur le discours du « si j'avais/si je n'avais pas....alors... » sont telles que l'avenir apparaît toujours obstrué. Ce renouvellement incessant du passé cristallisé autour de plusieurs épisodes traumatiques, ou du moins rationalisés comme tel, semble à l'origine des idées de culpabilité permanentes voir délirantes chez Mr G.

De même, dans son expérience de son corps et de l'espace, toute sa psychomotricité semble alourdie par une tonalité affective qui le fige sur place et le rend apathique. Une nouvelle fois, le temps semble prendre une place particulièrement importante ici.

Tout comme il n'a pas accès à l'avenir par le poids du passé, l'accès au lointain lui est hors de portée

L'inhibition du devenir apparaît alors central, touchant toutes les sphères de son expérience du monde.

Nous pourrions revenir ici sur les symptômes renvoyant à un épisode dépressif sévère voire mélancolique. Si la tristesse n'est pas au premier plan, du moins comme sentiment ou émotion, l'affectivité dans le sens d'une sensibilité, d'une intimité du vivre de Mr G est, quant à elle, bien touchée.

Nous pourrions également nous interroger sur l'expérience délirante de Mr G. Ces idées d'autoaccusations et de culpabilité prennent parfois une dimension délirante de par leur incorrigibilité ou leur infaillibilité, c'est-à-dire qu'elles ne se laissent pas instruire par les faits et l'envahisse alors dans l'intégralité de son rapport au monde.

Rien d'autre n'existe pour Mr G, que ces différents événements sur lesquels il revient sans cesse et ce malgré les témoignages rassurants (et discordants avec le récit du patient) par ses proches notamment son père et sa fille. Le caractère délirant se trouve ici dans la transformation que le délire inflige au champ de l'expérience de Mr G, comment il s'insère dans l'intimité du vivre, dans l'« horizon » de son monde et de sa subjectivité. Les jugements délirants ne portent pas fondamentalement sur le monde extérieur, sur le monde de la vie mais bien sur le monde intérieur immanent à la conscience.

Si Mr G ne présente plus de jour d'idées délirantes de persécution ou de grandeur mystique, il peut décrire l'expérience qu'il a pu faire lors de sa première bouffée délirante aiguë. Il évoque par exemple spontanément « un changement d'ambiance ». A ce moment-là c'est tout le monde qui devient menaçant, provoquant un sentiment de déréalisation. La phénoménologie s'intéresse particulièrement à cette dimension pré-délirante du monde que l'on retrouve chez nombre de patients au moment de leur déclenchement psychotique. Le délire qui s'en suivra (de grandeur, de persécution, mystique etc...) tout comme le délire présent (incurabilité, culpabilité) peut être envisagé comme une tentative de donner un sens aux événements pour que Mr G puisse maintenir son sens du soi et sa perception des autres. Le délire peut apparaître ici comme une possibilité immanente du Dasein de Mr G, comme une compensation phénoménologique.

Il aurait été intéressant de réaliser une analyse phénoménologique du Syndrome de Cotard que Mr G semble avoir présenté mais nous n'avons pas assez d'informations sur cette période et la mémoire de Mr G autour de ces événements reste confuse et imprécise.

Dans son rapport à autrui, Mr G semble très limité dans ses interactions sociales, et se trouve assez isolé au sein de l'institution. Les relations que l'on tente d'établir avec lui sont peu évidentes, ayant perdu dans un certain sens « les règles du jeu social » (ce que l'on pourrait associer à un trouble des cognitions sociales). Mr G rentre difficilement en communication avec Autrui, tant son monde est héliocentré. Il semble avoir perdu la banalité de la rencontre quotidienne, du commerce avec l'autre.

Troisième étape : la recherche de la structure et la genèse des phénomènes

En utilisant la méthode de la variation imaginative (ou variation eidétique) de Husserl, nous pourrions accéder à l'essence même des phénomènes c'est-à-dire à la continuité de leur invariants, à leurs conditions de possibilités. L'essence de ces phénomènes repose dans leur existentialité, leur manière d'exister.

Chez Mr G, si l'on cherche à faire varier les phénomènes rencontrés dans le ralentissement, les autoaccusations ou encore la culpabilité, ils semblent trouver leur essence dans la structure même du temps vécu, ici dysfonctionnel. On observe bien dans la structure même du discours de Mr G, conjugué au futur antérieur, et de ses « si ...alors » que la rétention est au premier plan dans son expérience du monde. Tout ce qui est possibilité libre se retire dans le passé, la rétention se confond avec la protention. On retrouve ici la rétrospection mélancolique constituant la temporalité ancrée dans le regret et la prospection mélancolique qui signe une prospection du futur perdue, impossible. Par cette dysfonction des structures temporalisantes de la conscience la temporalité de Mr G est un éternel retour en arrière.

D'autre part, tous les phénomènes renvoyant plutôt à des troubles schizophréniques, notamment les phénomènes dissociatifs et délirants, viennent à priori s'inscrire dans une dislocation de l'unité de l'expérience. La dissociation est une perte d'une relation évidente aux choses, évidence non pas sur le plan intellectuel mais pratique et pathique permettant le maniement de la banalité. On pourrait parler ici de la perte de l'évidence naturelle de Blankenburg ou la perte du contact vital de Minkowski. De même, l'asthénie que semble manifester Mr G peut être entendu du côté de cette rupture dans la continuité de l'expérience, Mr G s'épuise à réaliser tout ce qui normalement va de soi, notamment dans les actes de la vie quotidienne.

Enfin le délire s'inscrit également dans cette perte de l'unité-continuité de l'existence. Le délire est une tentative démesurée de rétablir la continuité de l'être que nous sommes, un sursaut pour colmater cette unité défailante de l'expérience.

Le délire peut être une tentative de donner un sens aux événements significatifs de la vie qui puisse aider la personne à maintenir son sens du soi et sa perception.

Chez Mr G, il y a faillite à établir la continuation de Soi, Soi permettant normalement de maintenir cette unité de l'expérience.

Cette continuité du Soi renvoie également à l'Ipséité, cette dernière représentant la pure continuité du soi. Chez Mr G, il y a eu, à de multiples moments, une rupture dans son identité narrative, il ne pouvait plus en quelque sorte maintenir une identité faisant sens.

Tableau 1 : Phénomènes et Essences

Description de l'expérience	Ralentissement psychomoteur ; Culpabilité et auto-accusations ; Déréalisation Vécu menaçant, d'étrangeté ; Délire Solitude
Structures de l'expérience	Dysfonction des structures temporalisantes Troubles de l'expérience de soi Perte de l'évidence naturelle Troubles de l'Ipséité (minimal self)

Enfin, dans une perspective plus Binswangerienne, nous pourrions tenter de repérer des moments constitutifs qui ont pu mettre en question la continuité même de l'expérience. Comme le dit Husserl, « *Le monde réel ne réside que dans la présomption constamment prescrite que l'expérience continuera constamment de se dérouler selon le même style constitutif* » (13).

C'est cette confiance transcendantale, cette confiance que l'on fera toujours l'expérience sur le même mode qui a pu être en question chez Mr G. Premièrement, lors de sa première bouffée délirante aigue où s'est produite une atmosphérisation particulière du monde puis lors de la recrudescence des symptômes à la naissance de sa fille ou autour des événements de la prise du Zolpidem, ou du visionnage de Shutter Island. Si dans une perspective psychodynamique, il nous faudrait, pourquoi pas, étudier les identifications en jeu au père ou à la fille, le psychiatre phénoménologue porte son attention sur les moments de rupture avec l'expérience quotidienne, naturelle, du monde, et met en arrière-plan son interprétation de la demande, le désir, la plainte du sujet. On pourrait parler de déviance existentielle à l'œuvre dans ces moments constitutifs.

Si l'on devait pousser l'analyse du cas, on pourrait même interpréter ce déclenchement psychotique, cette rupture dans le champ de l'expérience, comme à l'origine du tableau mélancoliforme de Mr G, lui qui aurait finalement perdu cette continuité de l'expérience, perdu ainsi le lien avec l'autre.

Discussion

Enfin, il faut maintenant interroger le sens d'une telle attitude et d'une telle analyse.

Le premier relève presque du bon sens, l'Epoché servant avant tout à venir accueillir ce qui se passe, ce qui se donne à nous. En se demandant ce que c'est Etre pour un individu ou plutôt un Dasein rencontré, nous pouvons peut-être retrouver le contact avec Mr G. Il serait difficile de qualifier précisément cette expérience tant elle touche au caractère intime de la vie du patient et du thérapeute. Mais disons que ce geste méthodique complémentaire à notre travail thérapeutique (quoique qu'il soit dans son orientation théorique) permet d'essayer de venir parler la langue de Mr G, de mieux décrire ce qu'il vit et ainsi peut être le comprendre. En jetant cette passerelle entre son monde et le monde commun, nous tentons de rétablir la communication.

Deuxièmement, dans une perspective narrative, tout l'objectif de la phénoménologie est aussi de pouvoir réinscrire le sujet dans son récit, dans les possibilités de son Dasein.

Enfin, si nous devons conclure ce cas, nous ne pourrions ne faire autrement que de noter qu'il est difficile finalement de ne pas venir regarder du côté de la théorie phénoménologique afin d'observer les choses, quitte à finalement perdre l'essence même de cette discipline. Le risque est alors d'effectuer une « *pathologie de la phénoménologie* » au lieu de constituer une « *phénoménologie de la pathologie* » (61). Est là toute la complexité de cette attitude, dans sa mise en œuvre comme dans ces perspectives.

Conclusion

La phénoménologie nous est apparue comme une philosophie remettant l'expérience vécue au cœur de toute connaissance possible, comme une « *philosophie du dévoilement de l'être, à la fois comme monde et comme différence* » (11). Elle nous permet semble-t-il de venir décrire, éclaircir et comprendre ce que veut dire *être* pour un homme, notamment à travers son expérience du temps, de l'espace, d'autrui ou encore du corps, mais aussi dans l'étude de la structure même de ces expériences.

La phénoménologie psychiatrique est avant tout une méthode fondée sur cette tâche philosophique, que le psychiatre doit réaliser lui-même, tout en ne perdant pas de vue la réalité clinique de sa pratique. Tout son enjeu est donc à la fois de venir considérer les aspects quotidiens du monde particulier qui se manifeste chez les patients souffrants de troubles psychiatriques ainsi que les fondements essentiels de ce monde sans y substituer des représentations théoriques préalablement développés.

Elle repose sur un certain geste méthodique, une attitude, que nous avons tenté de développer dans ce travail mais ne doit pas pour autant être appréhendé du côté d'une recette qu'il suffirait d'appliquer trait pour trait, prenant alors le risque d'éluder les principes même de cette discipline.

Au-delà de sa dimension technique, la psychiatrie phénoménologique propose un éclaircissement mutuel de la médecine et de la philosophie afin de revaloriser la subjectivité humaine et offrir une nouvelle façon de regarder, d'entendre nos patients.

Son intérêt majeur nous est finalement apparu dans sa dimension épistémologique, sa complémentarité avec les autres courants de la psychiatrie actuelle, sa pertinence pour la clinique, le diagnostic et ses perspectives en vue d'une nouvelle recherche en psychiatrie.

Si la phénoménologie est actuellement moins répandue, nous espérons que ce travail aura permis une meilleure compréhension et une porte d'entrée adéquate à l'initiation de nouvelles recherches et applications dans ce domaine.

En effet, de nombreuses recherches sont encore à effectuer, afin de mieux caractériser et déconstruire certains phénomènes se manifestant chez les patients avec troubles psychiatriques, permettant ainsi de poursuivre cette tâche originelle de la phénoménologie psychiatrique voulant remettre l'essence de l'être humain au centre de l'expérience psychiatrique.

Bibliographie

1. Husserl E, Élie H, Kelkel L, Shérer R. Recherches logiques. Recherches logiques ; 2. Paris, France: Presses universitaires de France, 1991; 1991. 288 p.
2. Casteban P. Qu'est-ce que la phénoménologie ? [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=110:2018-10-25-14-14-47&catid=3:textes-de-base&Itemid=20
3. Husserl E, Peiffer G, Levinas E. Méditations cartésiennes: introduction à la phénoménologie. Paris, France: J.Vrin; 1996. 256 p.
4. Farges J. Le phénomène Husserl : Retour au monde. Les Chemins de la philosophie. 2020.
5. Merleau-Ponty M. L'Oeil et l'Esprit. Gallimard. 1964. (Folio Essais).
6. Husserl E. La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale. Gallimard. 1989. (Collection Tel).
7. Husserl E, Bégout B, Kessler J, Depraz N, Richir M. De la synthèse passive: logique transcendantale et constitutions originaires. Grenoble, France: J. Millon, DL 1998; 1998. 431 p.
8. Depraz N. Le transcendantal et l'empirique : une 'insociable sociabilité'. L'épreuve de la surprise d'un transcendantal à l'autre. 2016;24.
9. Barbaras R. Introduction à la philosophie de Husserl. Les Editions de la transparence. 2008. 158 p. (Collection Philosophie).
10. Husserl E, Escoubas É. Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures. Paris, France: Presses Universitaires de France; 1982. 418 p.
11. Tatossian A, Naudin JP, Pringuet DP, Azorin J-MP, Tatossian JA de la postface, Samuelian J-CA de la postface. Phénoménologie et Psychiatrie. In: Phénoménologie des psychoses. Puteaux, France: le Cercle Herméneutique; 2002. p. 13-37.
12. Célis GR. Introduction à la phénoménologie. Cours de philosophie générale présenté à; 2010 Automne; Lausanne.
13. Binswanger L, Pélicier YP, Tatossian A, Azorin J-M, Totoyan Y. Mélancolie et manie: études phénoménologiques. Paris, France: Presses universitaires de France; 1987. 136 p.
14. Husserl E, Dussort H, Granel GP. Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. Paris, France: Presses universitaires de France; 2002. 205 p.
15. Binswanger L, Dupuis M, Neuss C van, Richir M. Sur la fuite des idées. Grenoble, France: J. Millon; 2000. 327 p.
16. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 2005. 537 p. (Tel).
17. Gennart M. Corporéité et présence. Jalons pour une approche du corps dans la psychose [Internet]. 2013 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=66:cabestan-p-862013&catid=2:textes-des-communications&Itemid=16
18. Housset E. Husserl et l'énigme du monde. Paris, France: Éditions du Seuil; 2000. 270 p.
19. Chamond J, Cabestan P, Granger B. Actualité et présence de la Daseinsanalyse. PSN. 17 oct 2014;Volume 12(3):27-39.
20. Heidegger M, De Waelhens A, Boehm R. L'Être et le temps. Paris, France: Gallimard; 1968. 324 p.
21. Franck D. Heidegger et le problème de l'espace. Paris, France: Éd. de Minuit; 1986. 132 p.
22. Greisch J. Ontologie et temporalité: esquisse d'une interprétation intégrale de « Sein und Zeit ». Paris, France: Presses universitaires de France, DL 1994; 1994. vi+522.

23. *Dasein*. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Dasein&oldid=176648382>
24. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris, France: Éditions du Seuil; 1990. 424 p.
25. Tatossian A. *L'identité humaine selon Ricoeur et le problème des psychoses*. 1994;
26. Ricœur P. *Temps et récit*. Paris, France: Ed. du Seuil; 1983. 319+233+426.
27. Martin B, Piot M-A. Approche phénoménologique de la schizophrénie. *Inf Psychiatr*. 2011;Volume 87(10):781-90.
28. Binswanger L, Verdeaux J. *Le cas Suzanne Urban: étude sur la schizophrénie*. Paris, France: Desclée de Brouwer; 1957. 144 p.
29. Griesinger W, Baillarger JGF, Doumic P-A. *Traité des maladies mentales: pathologie et thérapeutique*. Paris, France: Adrien Delahaye; 1865. vii+744.
30. Blankenburg W, Azorin J-M, Totoyan Y, Tatossian A, Pélicier YP. *La perte de l'évidence naturelle: une contribution à la psychopathologie des schizophrénies paucisymptomatiques*. Paris, France: Presses universitaires de France; 1991. 237 p.
31. Jaspers K, Sédal JP, Kastler A, Mendousse J. *Psychopathologie générale*. Paris, France: C. Tchou pour la Bibliothèque des introuvables; 2000. 536 p.
32. Minkowski E. *Le Temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*. Saint-Amand (Cher), impr. R. Bussière, France; 1933. 403 p.
33. Martin B. Fuite des idées et approche phénoménologique de la manie. *Perspect Psy*. 2014;Vol. 53(4):314-9.
34. Jean O, Salignon B. Rythme et Présence, Jean Oury, 1986 [Internet]. 1986 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01132994>
35. Charbonneau G. *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*. Paris, France: MJW Féditio; 2010. 215 p.
36. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*. 2003;29(3):427-44.
37. Bleuler E, Ey H, Viallard A. *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*. Paris, France: EPEL; 1993. 670 p.
38. Tatossian A, Naudin JP, Pringuet DP, Azorin J-MP, Tatossian JA de la postface, Samuelian J-CA de la postface. *L'Aliénation Schizophrénique*. In: *Phénoménologie des psychoses*. Puteaux, France: le Cercle Herméneutique; 2002. p. 39-80.
39. Minkowski E. *La Schizophrénie, psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Paris, France: Payot; 1927. 268 p.
40. Binswanger L, Froissart J-M, Donnars AP. *Trois formes manquées de la présence humaine: la présomption, la distorsion, le maniérisme*. Puteaux (46 rue des Bas-Rogers, 92800), France: le Cercle herméneutique; 2002. 223 p.
41. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self : the implication for cognitive science. *Trends Cogn Sci* 2000 ; 4 : 14-21
42. Gallagher S. Neurocognitive Models of Schizophrenia: A Neurophenomenological Critique. *Psychopathology*. 2004;37(1):8-19.
43. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*. 2005;38(5):236-58.
44. Tatossian A, Naudin JP, Pringuet DP, Azorin J-MP, Tatossian JA de la postface, Samuelian J-CA de la postface. *Mélancolie et Manie*. In: *Phénoménologie des psychoses*. Puteaux, France: le Cercle Herméneutique; 2002. p. 81-149.
45. Minkowski E. *L'affectivité*. 1955;88(2398):4025-34.
46. Belzeaux R, Azorin J-M. 72. *Approches phénoménologiques des troubles de l'humeur* [Internet]. *Les troubles bipolaires*. Lavoisier; 2014 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-571.htm?contenu=resume>
47. Tellenbach H. Sur l'histoire du concept « typus melancholicus » et sur les conséquences pour la conception d'un « typus manicus ». 1987;(19):397-400.

48. Jover F. Approche phénoménologique de l'ivresse maniaque. 2006;(5-6):61-7.
49. Tatossian A, Pringuey DP, Tatossian JP. Étude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde. In: Psychiatrie phénoménologique. Paris, France: MJW Fédition; 2014. p. 11-98.
50. Schneider K. Klinische Gedanken über die Sinngezetlichkeit. In: European Neurology [Internet]. Karger Publishers; 1953 [cité 30 nov 2020]. p. 666-70. Disponible sur: <https://www.karger.com/Article/FullText/139942>
51. Tatossian A, Naudin JP, Pringuet DP, Azorin J-MP, Tatossian JA de la postface, Samuelian J-CA de la postface. Délire. In: Phénoménologie des psychoses. Puteaux, France: le Cercle Herméneutique; 2002. p. 151-224.
52. Casteban P. Le délire dans l'oeuvre d'Arthur Tatossian [Internet]. 2016 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=97:cabestan-p-5112016&catid=2:textes-des-communications&Itemid=16#ftn9
53. Tatossian A, Pringuey DP, Tatossian JP. Délire : sujet et subjectivité. In: Psychiatrie phénoménologique. Paris, France: MJW Fédition; 2014. p. 225-30.
54. Tatossian A, Pringuey DP, Tatossian JP. Analyses phénoménologiques de la conscience délirante. In: Psychiatrie phénoménologique. Paris, France: MJW Fédition; 2014. p. 111-25.
55. Troubé S. Les expériences subjectives de la psychose débutante. Rech En Psychanal. 2013;n° 16(2):137-46.
56. Parnas J, Henriksen MG. Disordered Self in the Schizophrenia Spectrum: A Clinical and Research Perspective. Harv Rev Psychiatry. sept 2014;22(5):251-65
57. Maturana HR, Varela FJ. The tree of knowledge: the biological roots of human understanding. Boston, Etats-Unis d'Amérique: Shambhala; 1992. 269 p.
58. Binswanger L, Verdeaux J, Kuhn RTP, Maldiney HP. Introduction à l'analyse existentielle. Paris, France: Éditions de Minuit; 1971. 263 p.
59. Maldiney H. Penser l'homme et la folie. Grenoble, France: J. Millon; 2007. 308 p.
60. Desmidt T, Lemoine M, Belzung C, Depraz N. The temporal dynamic of emotional emergence. Phenomenol Cogn Sci. 1 déc 2014;13(4):557-78.
61. Depraz N, Desmidt T. Cardiophénoménologie. Cah Philos Strasbg. 30 sept 2015;(38):47-83.
62. Ricoeur, J. P. « Délire » de L. Binswanger et le recours à la phénoménologie transcendante (compte rendu, Questions de méthode). Thèse de médecine., Marseille ; 1969.

Vu, le Directeur de Thèse

T.DESMIDT 

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Poignant Bastien

78 pages, 1 tableau

Résumé :

La phénoménologie psychiatrique est un courant de la psychiatrie ayant pris naissance au début du siècle dernier. En s'inspirant des travaux philosophiques de Husserl et Heidegger, elle a pour objectif de venir décrire au mieux les vécus de nos patients dans leur expérience même du monde et d'en dévoiler la structure. Elle viendra s'intéresser ainsi aux grands champs de l'expérience humaine : le temps, l'espace, le corps ou encore autrui. Néanmoins, la pratique de la phénoménologie psychiatrique est probablement moins répandue actuellement, possiblement en raison d'une certaine complexité des concepts nécessitant un certain bagage philosophique. L'objectif de notre travail a été d'actualiser les notions principales de la psychiatrie phénoménologique et de les resituer dans le contexte de la pratique psychiatrique contemporaine pour les rendre le plus accessible possible à un public de psychiatres et d'internes en psychiatrie.

A travers une revue de la littérature, nous avons fait un travail de sélection et d'appropriation des principales notions de psychiatries phénoménologiques en les resituant notamment par rapport aux principaux courants actuels de la psychiatrie, en particulier au travers d'un cas clinique représentatif. Le résultat, nous l'espérons, est celui d'une introduction accessible aux étudiants et aux psychiatres inaccoutumés de la psychiatrie phénoménologique, fournissant ainsi des bases pratiques pour une mise en œuvre actualisée de cette discipline.

En définitive, il nous a paru que la psychiatrie phénoménologique était complémentaire des courants psychiatriques actuels comme les neurosciences cognitivo-comportementales, le modèle systémique ou la psychanalyse. En outre, la psychiatrie phénoménologique pourrait avoir une pertinence pour la caractérisation clinique des patients avec troubles psychiatriques, pour faciliter l'alliance thérapeutique par une meilleure compréhension et un meilleur partage du vécu des patients, ainsi qu'une possible pertinence pour la recherche en psychiatrie.

Mots-clés : Analyse existentielle, autrui, conscience, corps, épistémologie, espace, phénoménologie, phénoménologie psychiatrique, psychiatrie, manie, mélancolie, neurophénoménologie, recherche clinique, schizophrénie, subjectivité, temps, troubles de l'humeur.

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Directeur de thèse : Docteur Thomas DESMIDT
 Membres du Jury : Professeur Anne SAUVAGET
 Professeur Maël LEMOINE
 Docteur Paul BRUNAULT

Date de soutenance : 05 Février 2020