

*Méthodologie de l'étude de cas :
phénoménologie
et clinique existentielle*

Livret d'accompagnement 2025-2026

PHILIPPE SPOLJAR

Courriel : philippe.spoljar@u-picardie.fr

Sommaire

SOMMAIRE

1. SYNOPSIS

- 1.1. Principes généraux
- 1.2. Démarche

2. APPLICATIONS

- 2.1. Niveau structural : *intentionnalité(s)*
 - Objectifs
 - Questionnement
- 2.2. Niveau concret : *insertion dans le "monde-de-la-vie"*
 - Objectifs
 - Questionnement
- 2.3. Niveau clinique : *style singulier d'existence*
 - Objectifs
 - Questionnement
- 2.4. Niveau existentiel : *tensions fondamentales*
 - Objectifs
 - Questionnement

3. EXEMPLE AUTOUR DU THEME DE L'« HABITER »

- 3.1. Niveau structural
- 3.2. Niveau concret
- 3.3. Niveau clinique
- 3.4. Niveau existentiel

4. VIGNETTES CLINIQUES (GENERATION IA)

- 4.1. Mme L., 48 ans, dépression
 - 1. Niveau structural
 - 2. Niveau concret
 - 3. Niveau clinique
 - 4. Niveau existentiel
- 4.2. M. R., 27 ans, schizophrénie paranoïde
 - 1. Niveau structural
 - 2. Niveau concret
 - 3. Niveau clinique
 - 4. Niveau existentiel
- 4.3. Mme D., 34 ans, personnalité obsessionnelle
 - 1. Niveau structural
 - 2. Niveau concret
 - 3. Niveau clinique
 - 4. Niveau existentiel
- 4.4. M. K., 42 ans, personnalité paranoïaque

1. Niveau structural

2. Niveau concret

3. Niveau clinique

4. Niveau existentiel

4.5. Mme S., 29 ans, personnalité hystérique

1. Niveau structural

2. Niveau concret

3. Niveau clinique

4. Niveau existentiel

4.6. Synthèse

5. REFERENCES D'ANALYSE (L. BINSWANGER)

- 5.1. Les « flexions » de l'être
- 5.2. Cadre anthropo-phénoménologique
 - La temporalisation*
 - La spatialisation*
 - La corporéité*
 - L'intersubjectivité*
 - Synthèse*
- 5.3. Brice Martin, « Fuite des idées et approche phénoménologique de la manie »
 - La mouvance de l'être-au-monde*
 - La temporalité*
 - L'espace*
 - Autrui*

1. Synopsis

« La méthode véritable suit la nature des choses à étudier » (Husserl E., La philosophie comme science rigoureuse [1911], PUF, 1989).

1.1. Principes généraux

Passage d'une démarche analytique, causaliste et externe, à une démarche "compréhensive" et interne

Appui essentiel sur :

- le pathique : le *sentir* et le *ressentir*
- l'empathie : la résonance avec l'expérience d'autrui
- . examiner avec rigueur l'expérience consciente telle qu'elle survient et telle qu'elle est vécue

Centration sur l'expérience consciente vécue :

- . suspendre le jugement habituel
- . porter son attention moins sur les objets du monde que sur leur perception

1.2. Démarche

A) *Les strates conceptuelles :*

1. Niveau transcendantal : structures universelles de l'intentionnalité (la conscience)
2. Horizon commun du monde-de-la-vie (*Lebenswelt*) : sol intersubjectif de toute expérience
3. **Singularités incarnées du monde vécu (anthropologie phénoménologique et clinique existentielle).**
4. Modalités existentielles fondamentales : manières fondamentales d'assumer ou de refuser ses possibilités dans le monde de la vie (projets, sens, rapport à la mort...).

B) *Du concept à la pratique. Gestes cliniques progressifs :*

1. Suspendre le jugement et décrire ce qui se manifeste
2. Replacer dans le "monde-de-la-vie" : comprendre la texture ordinaire de l'expérience.
3. **Éclairer les variations de l'existence (clinique phénoménologique) : décrire le style singulier du monde vécu ; mettre en lumière la manière spécifique d'habiter le monde...**
4. Éclairer les tensions existentielles : ouvrir à l'horizon fondamental de la liberté, du projet, du sens et des possibles.

2. Applications

2.1. Niveau structural : intentionnalité(s)

Objectifs

- *Pratique* : adopter une posture d' « époque clinique » = suspendre les jugements préalables (diagnostic, explications causales, normes sociales) ; recueillir le vécu tel qu'il se donne
- *Attitude* : neutralité bienveillante, attention descriptive.
- *Exercice concret* :
 - . écouter et recueillir le récit du patient en cherchant à décrire son vécu sans interprétation prématurée.
 - . utiliser une reformulation descriptive, avec attention (déjà) portée à la structure de l'expérience (temps, espace, corps, autrui).
- *Effet* : permettre que « les choses se montrent d'elles-mêmes » dans le discours du patient.

Questionnement

Questions-types (à propos de tel ou tel événement/situation) :

- « Comment vivez-vous cela, concrètement ? »
- « Pouvez-vous me décrire une situation récente, telle que vous l'avez vécue ? »
- « Qu'est-ce qui se passe pour vous, au moment même ? »
- « Quand cela vous arrive, que remarquez-vous en premier ? »
- « Qu'est-ce qui retient le plus votre attention dans ce moment-là ? »
- « Pouvez-vous décrire ce que vous ressentez dans votre corps, ici et maintenant ? »
- « Comment percevez-vous les autres autour de vous dans ces instants ? »

2.2. Niveau concret : insertion dans le "monde-de-la-vie"

Objectifs

- Pratique* : situer l'expérience du patient dans son monde quotidien, ses pratiques, ses évidences partagées.
- Exercice concret* : explorer son rapport aux choses, aux autres, à la culture, aux habitudes — comment il « habite son monde ».
- But* : replacer le vécu dans son contexte quotidien, dans l'évidence partagée du monde.
- Attitude* :
- . intérêt pour l'ancrage pratique, corporel, culturel.

. questions sur les routines, les relations, les contextes culturels (« comment se passe une journée typique ? », « que signifie pour vous ce symptôme dans votre vie de tous les jours ? »).

Effet : replacer le vécu singulier dans le tissu du monde partagé, éviter l'abstraction et reconnecter avec la dimension intersubjective.

Questionnement

Questions-types (à propos de tel ou tel événement/situation) :

- « Comment cela s'inscrit-il dans votre quotidien ? »
- « Que change ce vécu dans vos relations avec les autres ? »
- « Quelles habitudes, quelles activités sont affectées ? »
- « À quel moment de la journée cela se manifeste-t-il le plus souvent ? »
- « Y a-t-il des lieux ou des situations où vous le ressentez davantage ? »
- « Comment vos proches comprennent-ils ce que vous vivez ? »
- « Qu'est-ce qui change pour vous dans vos activités habituelles ? »
- « Y a-t-il des moments où cela vous paraît plus facile à supporter ? »

2.3. Niveau clinique : style singulier d'existence

Objectifs

Pratique : décrire le style singulier d'existence du patient, la façon dont il vit son corps, son temps, ses relations.

But : comprendre le style singulier d'existence, les variations par rapport à une expérience humaine ordinaire.

Exercice concret :

- . description fine des dimensions du vécu.
- . mise en lumière des variations par rapport aux formes habituelles d'existence humaine (ex. corps vécu douloureux vs corps fonctionnel ; temps figé vs temps ouvert ; espace polarisé (cf. cm la paranoïa).
- . entretiens centrés sur le vécu corporel, spatial, temporel.

Références: usage des cadres descriptifs phénoménologiques (Merleau-Ponty, Minkowski, Tatossian...),

Effet : comprendre la structure de souffrance dans sa cohérence propre, au-delà du symptôme "médical".

Questionnement

Axes + Questions-types :

Corps : « Comment ressentez-vous votre corps ? Comme disponible, comme obstacle ? » ; « Comment décririez-vous la façon dont votre corps vous accompagne ou vous limite ? »

Temps : « Votre avenir vous paraît-il ouvert, bloqué, figé ? » ; « Le temps vous paraît-il rapide, lent, suspendu ? »

Espace : « Les lieux vous paraissent-ils familiers, étrangers, menaçants ? » ; « Comment ressentez-vous les lieux où vous êtes ? Rassurants ? Hostiles ? »

Autrui : « Comment vivez-vous vos relations aux autres en ce moment ? » ; « Avez-vous parfois l'impression que votre expérience du monde est différente de celle des autres ? »

Monde : « Comment décririez-vous la couleur générale de vos journées (tonalité, atmosphère) ? »

2.4. Niveau existentiel : tensions fondamentales

Objectifs

Pratique : interroger les grandes tensions de l'existence : liberté/contraintes, ouverture/fermeture, rapport au sens, à la mort, au choix de vie.

Exercice concret : accompagner le patient à clarifier ses possibles (« de quoi vous sentez-vous encore capable ? », « quel sens cela a-t-il pour vous ? », « que craignez-vous de perdre ? »).

Références : analyse existentielle (Binswanger, Boss, Frankl), dialogues sur le sens, repérage des valeurs et projets.

But : mettre en lumière les tensions fondamentales (liberté/contrainte, ouverture/fermeture, sens/absurdité).

Attitude : dialogue sur les valeurs, les projets, le sens.

Effet : soutenir un mouvement d'appropriation ou de reconfiguration de l'existence — ouvrir un horizon de sens ou d'"authenticité".

Questionnement

Questions-types :

- « Qu'est-ce qui est encore possible pour vous aujourd'hui ? »
- « Qu'est-ce qui vous paraît important, non-négociable dans votre vie ? »
- « Que craignez-vous de perdre ? Qu'espérez-vous encore ? »
- « Si vous deviez donner un sens à cette épreuve, quel serait-il ? »
- « Quelles sont les choses qui comptent encore pour vous aujourd'hui ? »
- « Y a-t-il des choix importants que vous sentez devoir affronter ? »
- « Quand vous pensez à l'avenir, qu'est-ce qui vous attire/inquiète ? »

« Quelles valeurs ou convictions vous aident à traverser ce que vous vivez ? »

« Si vous deviez transmettre quelque chose de votre expérience, qu'aimeriez-vous partager ? »

3. Exemple autour du thème de l' « habiter »

3.1. Niveau structural

Enjeu : Accéder à la structure vécue de l'habiter : « comment se donne l'expérience d'être « chez soi », d'occuper un espace, d'être « situé ».

Questions-types :

- « Quand vous êtes chez vous, qu'est-ce qui vous apparaît en premier ? »
- « À quoi ressemble pour vous l'expérience d'entrer dans votre maison/chambre ? »
- « Comment percevez-vous votre espace immédiat, là où vous vivez ? »
- « Qu'est-ce qui, dans votre environnement, attire votre attention ou au contraire disparaît dans l'arrière-plan ? »
- « Pouvez-vous décrire une sensation corporelle quand vous franchissez le seuil de chez vous ? »

3.2. Niveau concret

Enjeu : Situer l'habiter dans le quotidien, les routines, l'insertion dans un monde partagé.

Questions-types :

- « Comment votre logement s'inscrit-il dans vos journées ordinaires ? »
- « Y a-t-il des lieux dans votre maison qui comptent plus que d'autres pour vous ? »
- « Quelles habitudes ou rituels rythment vos journées chez vous ? »
- « Comment partagez-vous votre espace avec les autres ? »
- « Quand vous êtes chez vous, quelles choses vous semblent aller de soi, naturelles ? »

3.3. Niveau clinique

Enjeu : Explorer le style particulier d'habiter : rapport au corps, au temps, à l'espace et aux autres à travers le logement ou l'environnement habité.

Questions-types :

- Corps : « Votre corps vous paraît-il en repos ou en tension quand vous êtes chez vous ? »
- Temps : « Avez-vous l'impression que le temps passe différemment quand vous êtes dans votre espace personnel ? »
- Espace : « Votre logement vous paraît-il protecteur, oppressant, étranger ? »
- Autrui : « Comment vivez-vous la présence ou l'absence des autres dans votre espace ? »
- Style : « Comment décririez-vous la manière dont vous habitez ce lieu : plutôt ancré, en retrait, de passage ? »

3.4. Niveau existentiel

Enjeu : Interroger les tensions fondamentales liées à l'habiter : ouverture/fermeture, appartenance/étrangeté, liberté/contrainte, ancrage/souffrance.

Questions-types :

- « Qu'est-ce que "avoir un chez-soi" signifie pour vous ? »
- « Vous sentez-vous libre ou contraint dans ce lieu où vous vivez ? »
- « Ce logement vous semble-t-il être un refuge, un lieu de passage, une prison ? »
- « Quand vous pensez à l'avenir, comment imaginez-vous l'endroit où vous aimeriez habiter ? »
- « Si vous deviez dire en quoi ce lieu reflète quelque chose de vous, que diriez-vous ? »

Illustrations à travers le thème de l'*habiter*, suivant le même modèle :

- de la description brute de l'expérience (registre structural)
 - > à son ancrage quotidien (registre concret)
 - > jusqu'au style singulier d'existence (registre clinique)
 - > et enfin aux tensions existentielles (registre existentiel)

4. Vignettes cliniques (génération IA)

Prompt gpt : *A partir des coordonnées d'analyse [§2 et §3], donne moi des illustrations cliniques dans les contextes psychopathologiques suivants : dépression ; schizophrénie paranoïde ; personnalité paranoïaque ; personnalité obsessionnelle ; personnalité hystérique > à commenter...*

4.1. Mme L., 48 ans, dépression

Extrait : Mme L. dit : « Mon appartement est devenu lourd, comme si tout pesait sur moi. J'y reste enfermée la plupart du temps, mais je n'ai pas l'impression d'y être vraiment chez moi. Les murs me retiennent, les objets ne servent plus à rien. Même ouvrir la fenêtre me paraît difficile. »

1. Niveau structural

Suspendre le jugement, décrire l'expérience immédiate :

Observation : Mme L. dit ressentir « un poids » dès qu'elle entre dans son appartement.

Description : L'espace se donne comme fermé, immobile, saturé d'un poids qui envahit la perception.

Exemple de question : « Quand vous entrez chez vous, que remarquez-vous en premier ? »

Réponse : « Le silence, il est tellement lourd que j'ai l'impression qu'il m'écrase. »

2. Niveau concret

Situer l'expérience dans la texture quotidienne :

Observation : Les routines habituelles (s'occuper des plantes, cuisiner, recevoir une amie) ont disparu.

Description : Le logement n'est plus un espace de vie partagé, mais un simple abri, où les gestes quotidiens se désagrègent.

Exemple de question : « Quelles habitudes ou activités sont affectées chez vous ? »

Réponse : « Avant, je m'asseyais près de la fenêtre pour lire. Maintenant, je ne touche plus aux livres, je reste assise dans le noir. »

3. Niveau clinique

Comprendre la variation de l'expérience d'habiter par rapport à une expérience ordinaire :

Observation : Le rapport à l'espace est vécu comme clos, alourdi, sans horizon. Le corps est ressenti comme figé, en retrait.

Description : Style d'existence marqué par un habiter immobilisé, où le lieu est perçu comme étranger à soi.

Exemple de question : « Votre logement vous paraît-il protecteur, oppressant, étranger ? »

Réponse : « Oppressant... c'est comme une cage, même si je sais que c'est ma maison. »

4. Niveau existentiel

Mettre en lumière les tensions fondamentales (liberté/contrainte, ouverture/fermeture, rapport au sens).

Observation : Mme L. ne parle pas de projet, ni d'avenir, mais d'un enfermement définitif.

Description : Le « chez-soi » perd sa fonction d'ancrage existentiel et devient signe d'une fermeture au monde et au possible.

Exemple de question : « Qu'est-ce que "avoir un chez-soi" signifie pour vous aujourd'hui ? »

Réponse : « Je n'ai plus vraiment de chez-moi... Je suis là, mais c'est comme si je n'y avais plus de place. »

L'« habiter dépressif » se présente :

- *structuralement* comme vécu d'un espace fermé, lourd, saturé
- *concrètement* comme perte des routines quotidiennes et désagrégation des gestes de vie
- *cliniquement* comme style d'existence figé, marqué par l'immobilité et l'oppression
- *existentiellement* comme fermeture radicale au monde et au possible, le « chez-soi » devenant cage et signe d'enfermement.

4.2. M. R., 27 ans, schizophrénie paranoïde

Extrait : M. R. vit seul dans un petit studio. Lors de l'entretien, il dit :

« Mon appartement est traversé par des ondes, je ne peux pas vraiment y rester tranquille. Les murs ne me protègent pas. La nuit, je n'arrive pas à savoir si c'est encore chez moi ou si c'est un endroit qui change de forme. Parfois, j'ai l'impression que ce n'est pas moi qui habite ici, mais que c'est l'appartement qui m'habite. »

1. Niveau structural

Décrire la structure immédiate de l'expérience :

Observation : L'espace n'apparaît pas comme stable ou familier, mais comme mouvant, incertain.

Description : Dissociation entre sujet et lieu, l'appartement n'est plus un fond protecteur mais un objet menaçant.

Exemple de question : « Quand vous êtes dans votre appartement, qu'est-ce qui se manifeste à vous en premier ? »

Réponse : « Le plafond bouge... je ne sais pas s'il va tomber. »

2. Niveau concret

Situer l'expérience d'habiter dans la quotidienneté :

Observation : Les routines ordinaires (manger, dormir, inviter des amis) sont désorganisées. Il dit « je n'arrive pas à utiliser ma cuisine », « je dors dans le fauteuil parce que le lit m'inquiète ».

Description : Le logement ne soutient plus les habitudes quotidiennes, il devient un lieu fragmenté, étranger à la vie partagée.

Exemple de question : « Comment se passent vos journées chez vous ? »

Réponse : « Je marche beaucoup dans la pièce, je vérifie les portes, je ne peux pas rester assis longtemps. »

3. Niveau clinique

Explorer le style particulier d'habiter :

Observation : M. R. vit son logement dans un rapport d'étrangeté et de persécution. L'espace est vécu comme instable, parfois hostile.

Description : Style d'habiter marqué par une perte d'horizon, absence de différenciation claire entre dedans/dehors, familier/étranger.

Exemple de question : « Votre appartement vous paraît-il familier ou étranger ? »

Réponse : « Ni l'un ni l'autre... comme un décor qui changerait sans cesse. »

4. Niveau existentiel

Interroger les tensions fondamentales (sécurité/insécurité, appartenance/étrangeté) :

Observation : M. R. exprime le sentiment de ne pas avoir de « lieu à soi ». L'habiter ne joue plus sa fonction d'ancrage existentiel.

Description : Être-au-monde vécu comme exposition brute, sans sol. Le « chez-soi » est envahi par l'angoisse et perd toute valeur d'abri.

Exemple de question : « Qu'est-ce que cela signifie pour vous, d'habiter ici ? »

Réponse : « Ce n'est pas vraiment chez moi... c'est un endroit de passage, mais je n'ai nulle part où aller. »

L'« habiter schizophrénique » se donne :

- *structuralement* comme instabilité de la perception
- *concrètement* comme perte des routines du quotidien
- *cliniquement* comme style d'existence marqué par l'étrangeté radicale
- *existentiellement* comme impossibilité d'ancrage, exposition sans refuge.

4.3. Mme D., 34 ans, personnalité obsessionnelle

Mme D. vit dans un deux-pièces qu'elle entretient avec une rigueur extrême. Lors de l'entretien, elle dit :

« Si je ne range pas tout parfaitement, je ne peux pas me sentir bien. Quand je rentre chez moi, la première chose que je regarde, ce sont les objets : s'ils ne sont pas à leur place, j'ai l'impression que quelque chose ne va pas, que je ne suis pas en sécurité. »

1. Niveau structural

Décrire la structure immédiate de l'expérience :

Observation : L'attention se focalise immédiatement sur les détails matériels.

Description : Le monde se donne comme un ensemble d'objets à contrôler, sous peine d'angoisse.

Question : « Quand vous entrez chez vous, que remarquez-vous en premier ? »

Réponse : « Le moindre objet déplacé... c'est insupportable. »

2. Niveau concret

Situer l'expérience dans la quotidienneté :

Observation : Les routines (ménage, rangement, vérifications) prennent le dessus sur toute autre activité.

Description : L'habiter devient une succession de rituels contraignants qui rythment la journée.

Question : « Comment vos journées sont-elles organisées chez vous ? »

Réponse : « Je dois vérifier plusieurs fois que le gaz est éteint, que la porte est fermée... sinon je ne peux pas sortir. »

3. Niveau clinique

Explorer la variation spécifique de l'habiter :

Observation : Le corps est tendu, vigilant ; le temps est vécu comme ralenti par les vérifications.

Description : Style d'existence marqué par un habiter contrôlé, sous la menace constante de l'intrusion du désordre.

Question : « Votre appartement vous paraît-il apaisant ou contraignant ? »

Réponse : « Contraignant... je dois toujours lutter pour que tout reste en ordre. »

4. Niveau existentiel

Interroger les tensions fondamentales :

Observation : Mme D. vit dans une tension entre désir d'ordre (sécurité) et peur du chaos (perte de contrôle).

Description : Le « chez-soi » n'est pas un refuge, mais le théâtre d'une lutte permanente entre maîtrise et menace.

Question : « Qu'est-ce que cela signifie pour vous, d'avoir un chez-soi ? »

Réponse : « C'est l'endroit où je dois tout contrôler, sinon je ne suis pas tranquille. »

L'« habiter obsessionnel » se donne :

- *structuralement* comme focalisation sur les détails matériels et sur la menace du désordre
- *concrètement* comme routines de contrôle et de vérification qui envahissent le quotidien
- *cliniquement* comme style d'existence marqué par la contrainte, la tension corporelle et la lutte contre l'intrusion
- *existentiellement* comme impossibilité de repos : le « chez-soi » n'est pas un refuge mais un champ de bataille entre ordre et chaos.

4.4. M. K., 42 ans, personnalité paranoïaque

M. K. vit seul dans un pavillon. Lors de l'entretien, il dit :

« J'ai l'impression que mes voisins observent tout ce que je fais. Je ferme mes volets tôt, j'installe des verrous, mais je sais qu'ils trouvent quand même un moyen de regarder. Je ne peux pas être à l'aise chez moi, je suis sur mes gardes en permanence. »

1. Niveau structural

Décrire la structure immédiate de l'expérience :

Observation : L'attention est captée par les signes de menace extérieure.

Description : Le monde se donne comme potentiellement hostile, l'espace domestique est envahi par l'altérité soupçonnée.

Question : « Quand vous êtes chez vous, qu'est-ce qui vous apparaît d'abord ? »

Réponse : « Les fenêtres... je me demande toujours si quelqu'un me regarde. »

2. Niveau concret

Situer l'expérience dans la quotidienneté :

Observation : Les routines sont dominées par des comportements de vigilance et de protection (fermer, vérifier, surveiller).

Description : L'habiter devient défensif, marqué par l'anticipation constante d'un danger.

Question : « Quelles habitudes rythment vos journées chez vous ? »

Réponse : « Je fais plusieurs fois le tour du jardin pour vérifier... je regarde les rideaux des voisins. »

3. Niveau clinique

Explorer le style particulier d'habiter :

Observation : Le corps est en alerte, l'espace est perçu comme exposé, poreux.

Description : Style d'existence marqué par un habiter sous suspicion, où l'intimité est toujours menacée.

Question : « Votre maison vous paraît-elle protectrice ? »

Réponse : « Pas du tout, c'est comme si les murs étaient transparents. »

4. Niveau existentiel

Interroger les tensions fondamentales :

Observation : M. K. vit dans une fermeture défensive, empêchant tout rapport de confiance avec le monde.

Description : Le « chez-soi » n'est pas un ancrage mais un champ de bataille, où l'existence se déploie sur le mode de la méfiance et de l'isolement.

Question : « Que représente pour vous votre maison ? »

Réponse : « Un bunker... mais jamais assez solide. »

L'« habiter paranoïaque » se présente :

- *structuralement* : comme perception immédiate d'une menace extérieure envahissant l'espace intime
- *concrètement* : comme organisation de la quotidienneté autour de rituels de vigilance et de défense
- *cliniquement* : comme style d'existence sous suspicion, le corps en alerte et l'espace vécu comme poreux, exposé
- *existentiellement* : comme impossibilité de confiance et d'ancrage, le « chez-soi » se réduisant à un bunker fragile, jamais protecteur.

4.5. Mme S., 29 ans, personnalité hystérique

Mme S. vit dans un appartement en colocation. Lors de l'entretien, elle dit :
« J'adore mon appartement, mais je m'y sens seule si personne n'est là. Je laisse toujours la porte ouverte quand mes colocataires sont présents, sinon j'ai l'impression que l'air se fige. Quand quelqu'un entre, tout change, c'est vivant ! »

1. Niveau structural

Décrire la structure immédiate de l'expérience.

Observation : L'attention se porte spontanément sur la présence ou l'absence des autres.

Description : L'espace est vécu à travers la résonance avec autrui — vide et étouffant s'il est inhabité, animé et vivant dès que quelqu'un arrive.

Question : « Quand vous êtes seule chez vous, que remarquez-vous en premier ? »

Réponse : « Le silence... il devient trop fort, comme s'il remplissait tout. »

2. Niveau concret

Situer l'expérience dans la quotidienneté :

Observation : Les routines domestiques sont largement partagées avec les colocataires (repas, discussions, rituels communs).

Description : L'habiter se déploie dans l'échange, la convivialité, l'appel à l'autre.

Question : « Quelles habitudes rythment vos journées chez vous ? »

Réponse : « On se retrouve toujours dans le salon, je n'aime pas rester seule dans ma chambre trop longtemps. »

3. Niveau clinique

Explorer la variation spécifique de l'habiter :

Observation : L'appartement est perçu comme scène potentielle de rencontre, espace où le corps peut s'exprimer, être vu, reconnu.

Description : Style d'habiter marqué par l'ouverture, la mise en scène et la dépendance au regard d'autrui.

Question : « Votre logement vous paraît-il familier, protecteur ? »

Réponse : « Oui, mais seulement quand il y a du monde... sinon il perd tout intérêt. »

4. Niveau existentiel

Interroger les tensions fondamentales :

Observation : Mme S. vit une tension entre affirmation de soi et dépendance au regard d'autrui.

Description : Le « chez-soi » n'est pas tant un refuge intime qu'un espace relationnel où se joue la reconnaissance de soi par les autres.

Question : « Que représente pour vous votre appartement ? »

Réponse : « C'est un endroit où je peux être avec les autres, sinon je n'existe pas vraiment. »

> Ici, « l'habiter hystérique » se manifeste :

- *Structuralement* : par une conscience polarisée par la présence/absence d'autrui.
- *Concrètement* : par des routines partagées et une vie centrée sur la relation.
- *Cliniquement* : par un style d'existence tourné vers la mise en scène de soi.
- *Existentiellement* : par une tension fondamentale entre désir d'autonomie et besoin de reconnaissance.

4.6. Synthèse

Structure / Pathologie	Style d'habiter	Tonalité existentielle	Rapport au corps / temps / espace / autrui
Dépression	Habiter figé, oppressant ; le logement devient cage, perte d'élan vital	Fermeture, perte du sens, temps figé	Corps figé ; temps ralenti ; espace oppressant ; autrui lointain ou absent
Schizophrénie paranoïde	Habiter instable, étranger ; perte de familiarité, espace menaçant	Étrangeté radicale, insécurité, perte d'ancrage	Corps inquiet ; temps désorganisé ; espace mouvant ; autrui menaçant
Personnalité obsessionnelle	Habiter sous contrôle ; espace vécu comme fragile, menacé par le désordre	Contrainte, lutte permanente entre ordre/chaos	Corps tendu ; temps ralenti par vérifications ; espace contraignant ; autrui secondaire
Personnalité paranoïaque	Habiter sous vigilance ; espace transformé en bunker, jamais protecteur	Méfiance, isolement défensif, insécurité radicale	Corps en alerte ; temps vécu comme surveillance continue ; espace poreux ; autrui menaçant
Personnalité hystérique	Habiter relationnel ; espace vécu comme scène, animé par la présence d'autrui	Ouverture vers autrui, dépendance au regard, besoin de reconnaissance	Corps expressif ; temps rythmé par les autres ; espace scène partagée ; autrui indispensable

5. Références d'analyse (L. Binswanger)

5.1. Les « flexions » de l'être

Les pathologies s'inscrivent dans les possibilités originelles de l'existence

La normalité : une « proportionnalité anthropologique »

Le processus morbide est considéré comme une « flexion de l'existence » :

- . altérations de l'être-au-monde
- . flexions : trop en avant, en arrière, en deçà, au-deçà, au-delà de soi, ...

« Nous avons maintenant appris à concevoir et à décrire les différentes psychoses, névroses ou psychopathies comme des flexions déterminées [...] de la structure transcendante de l'être-homme ou, comme disent les Français, de la "condition humaine" » (L. Binswanger, *Analyse existentielle et psychothérapie*, p. 116).

L'être-malade : une modalité existentielle

5.2. Cadre anthropo-phénoménologique

La temporalisation

. Mélancolie

« Le mélancolique se détourne de l'avenir et se fixe au passé, auquel il ne cesse de revenir ; son horizon temporel est fermé et son temps vécu s'alourdit. » (L. Binswanger, *Mélancolie et manie. Études phénoménologiques*, Paris, Minuit, 1968, p. 120-121).

. Manie

« Dans la manie, le lointain n'est plus différencié du proche : tout est immédiatement donné, sans horizon. L'existence se disperse dans une fuite des idées, dans le possible pur. » (L. Binswanger, *Mélancolie et manie. Études phénoménologiques*, Paris, Minuit, 1968, p. 245-248).

. Schizophrénie

« La schizophrénie s'appréhende comme une modification fondamentale de l'être-dans-le-monde : l'horizon se ferme, le temps perd sa direction, et l'existence se vit comme une répétition sans ouverture. » (L. Binswanger, *Schizophrenie*, Neske, 1957, p. 215-228).

- . suspension de la temporalité
- . répétition du même sans vectorisation
- . parfois une interchangeabilité du passé et du futur

. Paranoïa

« Dans la paranoïa, le temps est figé dans une certitude inébranlable : il n'y a pas d'ouverture au possible, mais un enfermement dans une évidence qui ne peut être démentie. » (L. Binswanger, *Über Ideenflucht* (1933), in *Œuvres choisies*, Paris, Minuit, 1971, p. 325).

La spatialisation

Description de la manière de construire, d'occuper et de vivre l'espace :

. Mélancolie : fixation sur place, lourdeur

« Le mélancolique est fixé sur place ; il n'a pas la force de se porter vers l'horizon. Son espace est comme alourdi, fermé sur lui-même, à l'image de son temps figé. » (L. Binswanger, *Mélancolie et manie. Études phénoménologiques*, Paris, Minuit, 1968, p. 120-121).

. Manie : perte de différenciation entre le proche et le lointain

« Dans la manie, il n'y a plus de différence entre le proche et le lointain : tout est immédiatement présent, offert, sans horizon de distance. » (L. Binswanger, *Mélancolie et manie*, op. cit., p. 245-246).

« L'espace du maniaque est aplati : le lointain se confond avec le proche, de même que le futur se confond avec le présent. » (ibid., p. 248).

. Schizophrénie : perte de déploiement de l'espace vers l'horizon

« Dans la schizophrénie, ce n'est pas seulement l'horizon temporel qui se brise, mais aussi l'horizon spatial : le monde cesse de s'ouvrir devant le patient, il se réduit à une juxtaposition sans profondeur. » (L. Binswanger, *Über Ideenflucht* (1933), trad. fr. in *Œuvres choisies*, Paris, Minuit, 1971, p. 310-311).

« Le monde schizophrénique a perdu son horizon : il n'y a plus de proche et de lointain, plus de haut et de bas, mais un morcellement d'impressions sans direction. » (L. Binswanger, *Formes fondamentales et connaissance de l'existence humaine* [1942], Paris, Minuit, 1971, p. 157).

. Paranoïa : verticalisation de l'espace

« Dans certains vécus paranoïaques, l'espace se renverse : le haut devient menaçant, le bas protecteur ; l'ordre familial du monde est perverti dans sa valeur. » (L. Binswanger, *Rêve et existence* [*Traum und Existenz* (1930)], Paris, Minuit, 1954, p. 90-91).

La corporéité

Le corps vécu comme point zéro de l'orientation spatiale

« Leib et Körper sont le point zéro (Nullpunkt), le centre à partir duquel les directions et orientations sont données. Le corps ne se déplace pas dans l'espace mais l'emporte toujours avec lui. » (L. Binswanger, « De la phénoménologie » (1922), *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971, p. 60).

La chair (*Leib*) comme manifestation de l'esprit incarné :

« La chair n'est pas seulement le corps vécu, habité. Elle est tout entière, par sa réflexivité, une manifestation de l'esprit, presque un cogito à soi seule. "Das leibt" ("ça corporéise")... Le corps chair est donc aussi esprit, infinie mobilité. » (L. Binswanger, « De la phénoménologie », *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971, p. 63-64).

- *Mélancolie* : corps-gravité
- *Manie* : corps sans frein
- *Schizophrénie* : corps morcelé
- *Obsessions* : corps contrôlé
- *Paranoïa* : corps exposé
- *Hystérie* : corps expressif

L'intersubjectivité

La déformation de l'être-avec dans la pathologie :

« Dans les maladies mentales apparaissent des altérations de la structure fondamentale de l'être-dans-le-monde et de ses articulations, et donc aussi de l'être-avec-autrui. » (L. Binswanger, « *Analyse existentielle et psychiatrie* », *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971, p. 210).

- *Mélancolie* : retrait, effacement de l'autre.
- *Manie* : ouverture expansive mais sans profondeur.
- *Schizophrénie* : rupture de la co-présence, isolement radical.

- *Paranoïa* : coexistence vécue comme menace, relation sous suspicion.
- *Hystérie* : dépendance au regard, besoin d'être reconnu.

Synthèse

Dimension	Concept phénoménologique	Altérations psychopathologiques
Temps (Temporalisation)	L'horizon du temps structure l'existence : ouverture vers passé-présent-futur	Mélancolie : temps figé Manie : dispersion, absence d'horizon Schizophrénie : horizon temporel brisé, attente vide Paranoïa : temps interprété
Espace (Spatialisation)	L'espace vécu est toujours affectivement orienté (proche/lointain, haut/bas, horizon)	Mélancolie : espace figé, fermé Manie : espace aplati, sans profondeur Schizophrénie : horizon spatial brisé Paranoïa : espace verticalisé, chargé de menaces
Corps (Corporéité)	Le corps vécu (Leib) est le point zéro d'orientation et condition de la conscience incarnée	Mélancolie : corps pesant, figé Manie : corps allégé, débordant Schizophrénie : corps morcelé, manipulé Obsession/Paranoïa : corps sous tension, exposé Hystérie : corps expressif, mis en scène
Intersubjectivité (Mitwelt)	L'être-avec (Mitsein) est constitutif de l'existence, non secondaire	Mélancolie : retrait, effacement de l'autre Manie : contact expansif mais superficiel Schizophrénie : rupture radicale de la co-présence Paranoïa : relation sous suspicion, méfiance Hystérie : dépendance au regard, besoin de reconnaissance

5.3. Brice Martin, « Fuite des idées et approche phénoménologique de la manie »

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.

La mouvance de l'être-au-monde

Un monde sans obstacle, débarrassé du poids et du sérieux de la vie

La temporalité

Le maniaque apparaît dans un *pur présent*, sans le poids du passé et sans l'incertitude de l'avenir

Une existence "*inauthentique*" ("disparition du Soi")

« Livré » au présent, le maniaque est ce que le présent fait de lui, ce que traduit la suggestibilité du maniaque : il « glisse dans le temps » (Binswanger, 1933).

L'espace

« 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 » (Binswanger, 1933).

L'espace est *rétréci, nivelé*, le maniaque se situe dans une *très/trop grande proximité* par rapport aux choses

« le monde, trop petit pour l'expansion de l'être, rapproche ses distances » (Binswanger, 1933).

L'espace maniaque est *transparent, sans relief*, non problématique

Autrui

L'Autre est également pris dans cet appauvrissement du relief.

« Le maniaque est de plein pied avec tous et ne varie pas son approche selon la dignité sociale de l'autre » (Tatossian, 1976).
