

Phénoménologie et clinique existentielle I

Livret d'accompagnement du CM 2025-2026

PHILIPPE SPOLJAR

Courriel : philippe.spoljar@u-picardie.fr

Présentation

Plan du cours :

- . la paranoïa (à partir d'une étude de cas)
- . l'analytique existentielle
- . l'analyse existentielle (clinique, patho, thérapie)
- . l'articulation entre phénoménologie, anthropologie et analyse existentielle
- . les psychothérapies existentielles

Etudes de cas :

- Charbonneau Georges, « Approche phénoménologique de la paranoïa sensitive de E. Kretschmer. Le cas Edgar Charles », *Pratiques psychologiques*, 2007, n° 13, p. 153-167.
- Jonckheere Paul, « Une pathologie de la proximité. Approche phénoménologique du psoriasis », *Psychiatrie phénoménologique*, t. 2. Confrontations cliniques, Argenteuil, Le cercle herméneutique Editeur, 2009, p. 119-129.
- Binswanger Ludwig, « Symptôme et temps, une étude de cas », *Phénoménologie, psychologie, psychiatrie*, Paris, Vrin, 2016, p. 216-222.
- Charbonneau Georges, « Le vécu de cirque. Wahnstimmung et déréalisation. Le cas Léa », dans G. Risbec (dir.), *Formes de la présence dans les expériences psychopathologiques, Sept études de Daseinsanalyse*, Argenteuil, Le Cercle herméneutique, 2008, p. 95-114.
- Agneray Fabien, Loget Mathilde, Chaperot Christophe. « Schizophrénie : quand habiter devient impossible. À propos d'une clinique de proximité », *L'évolution psychiatrique*, n° 81, 2016, p. 589–603.
- Leroy-Viémon Brigitte, Decocq Frédérique, Chamond Jeanine, Gal Corinne, « Sport et psychothérapie phénoménologique », *Adolescence*, t. 32, n° 2, 2014/2, p. 363-376.
- Leroy-Viémon Brigitte, « Le genou de Clémence ou l'espace nostrique comme perspective psychothérapeutique », *Pratiques psychologiques*, n° 13, 2007, p. 267–281.

Examen : Etude clinique

1. L'expérience paranoïaque

Les deux formes cliniques de la paranoïa :

1 – la forme active

2 – la forme sensitive (cf. Ernst Kretschmer, *Paranoïa et sensibilité* [1918], Paris, PUF, 1963)

1.1. Un cas de paranoïa

Une clinique de la « gêne » : la proximité problématique à l'autre

1.1.1. Le cas Edgar Charles

Georges Charbonneau, « Approche phénoménologique de la paranoïa sensitive de E. Kretschmer. Le cas Edgar Charles », *Pratiques psychologiques*, 2007, n° 13, p. 153-167.

Présentation du patient par le psychiatre

M. Charles Edgar, 50 ans, marié, père de trois enfants, employé de bureau en inactivité, s'est proposé de décrire à partir d'un journal thérapeutique effectué durant dix ans ce qu'il définit lui-même comme sa maladie. Il a donné un nom à cette maladie : la maladie de la gêne. Il réalise avec son thérapeute, nous-même en l'occurrence, un journal visant à restituer et éclaircir sa souffrance. Ce journal, comme tout journal thérapeutique, livre à la fois un récit de vie au fur à mesure des séances et le commentaire des événements d'existence, présents et passés. On y consigne également tout ce qui a été élaboré de sa souffrance, des tensions et des conflits psychologiques.

Plutôt que de raconter son histoire, il se propose de décrire d'une façon générale les manifestations de sa maladie, cela pour lui donner un certain caractère impersonnel. Cette description a un but thérapeutique précis : le patient veut exposer sa maladie à son entourage afin que ses comportements soient plus compréhensibles. Notre patient souffre tout particulièrement de son apparence psychologique, raide, fermée et veut pouvoir expliquer à sa famille les raisons profondes de son comportement. Il parviendra à montrer ce texte à sa femme, en lui expliquant que c'est à cause de cette maladie de la gêne qu'il peut apparaître désagréable.

Nous présentons en italique la parole rapportée du patient.

Je souffre d'une maladie psychologique, la maladie de la gêne. Ma maladie se décrit ainsi : Être gêné de tout

Dans toutes les discussions, de toutes les formes de relations avec les autres, surtout les plus insignifiantes, je suis gêné. Je ne suis jamais à l'aise, toujours sur la défensive en pensant que ce ne sont pas les autres qui m'agressent mais que c'est moi qui mérite leurs jugements négatifs.

Cette maladie de la gêne produit à l'infini des idées du genre « il est ceci, il est cela », et le gêné est obsédé par les idées qu'il prête à son entourage en ce qui le concerne.

Maladie de la gêne et hontes sexuelles

Cela peut prendre des formes de gênes sexuelles s'il y a des connotations sexuelles dans les échanges mais cela peut aussi bien concerner d'autres sujets ayant la forme « il va penser que... ». Les hontes sexuelles ont un rôle important dans cette gêne, surtout celle de l'homosexualité.

Ce n'est pas que cela vient de là, mais cela se pose là. Selon les âges et le sexe, cela peut être :

. honte de la masturbation ;

. honte de l'homosexualité (qu'on soit homosexuel ou non) ;

. honte d'avoir eu des pensées sexuelles sur des femmes ou des jeunes filles de plus de 13 ans ;

. honte ou gêne de voir certaines pratiques sexuelles dans la rue (comme des animaux qui s'accouplent) dès qu'il y a une femme. Celui qui est gêné peut même ressentir des hontes pour des situations extrêmes ; comme par exemple une très vieille femme qui remonterait ses bas, et dont on verrait les genoux. Il pense qu'on va penser qu'il a recherché à regarder les jambes de cette femme.

La question de l'homosexualité

La question de l'homosexualité est complexe. Cette homosexualité nous envahit de ses obsessions mais elle n'a jamais été consommée. Il en va ainsi dans notre cas ; il ne nous est pas même possible de regarder des documents pornographiques homosexuels. Il persiste en revanche des désirs hétérosexuels multiples. Nous ne pouvons pas nous considérer comme homosexuel car nous en éprouvons un rejet en même temps qu'une attirance ; cette attirance est tendue, comme agressive et non pas heureuse. Cette attirance ne se manifeste pas tout le temps. Je la ressens spécifiquement quand je ne vais pas bien.

La maladie de la gêne est une forme de dépression

La maladie de la gêne est liée à la dépression. Plus le sujet est déprimé, plus il est marqué par ces idées de hontes sexuelles. Elle crée une tension intérieure qui épuise car le sujet n'est jamais en paix avec qui que ce soit, pas même avec lui-même.

Cela passe aussi par une dévalorisation profonde de soi. Le gêné est en permanence à se sentir inférieur aux autres, à essayer maladroitement de rendre des comptes sur son comportement, même si on ne lui demande pas. Toute la gêne ne fait que représenter cette dévalorisation dans les yeux des autres.

La maladie de la gêne ne se voit pas toujours bien. Les autres ne comprennent pas que le gêné est un gêné car il peut objectivement ne pas avoir l'air de quelqu'un de très différent.

Les autres pensent que le gêné est vraiment coincé, bizarre. Si on ne sait pas qu'on a cette maladie, beaucoup de comportements sont incompréhensibles. Si on le sait, c'est possible pour le gêné d'être plus à l'aise.

La maladie de la gêne est une forme de maladie de persécution

C'est une forme de délire de persécution. On est convaincu que les autres vous surveillent, vous trouvent louche (et à force d'être mal à l'aise, de faire profil bas, de longer les murs, on peut se comporter d'une façon incompréhensible et devenir « louche ») et vous accusent d'être un pervers, un déviant, un type qui a un secret à cacher. Ce secret est une honte.

Cette maladie de la gêne conduit à perte complète des capacités (habilités) sociales

C'est une phobie de toutes les relations de la vie sociale, même les plus banales. Aller chercher du pain, aller chez le coiffeur devient impossible. Le gêné ne peut faire ses courses qu'en supermarché parce que le passage à la caisse peut se faire sans le moindre regard.

Cela conduit à un isolement de plus en plus marqué qui fait qu'on perd l'habitude de parler. On est de moins en moins capable d'avoir les moindres échanges de bavardage, comme on en a lorsqu'on promène son chien.

Tout se passe comme si le gêné était paralysé à l'idée qu'on voit ses gênes. Parfois il y a des gens qui sont tellement centrés sur eux qu'ils ne voient pas les problèmes du gêné. Alors cela se passe mieux.

On peut aussi avoir des gens qui comprennent qu'on est gêné mais qui ne veulent pas que ça affecte les relations et qui passent à travers. C'est plus rare.

Faisons quelques remarques sur cette autodescription, qui a un caractère phénoménologique au sens de K. Jaspers (la phénoménologie de K. Jaspers n'est que partiellement une phénoménologie. Elle ne revendique de la phénoménologie que cette description interne des vécus) dans la mesure où elle restitue le monde vécu du patient.

[...] Pour notre leçon de psychopathologie phénoménologique, elle a l'avantage de montrer comment le patient vit ses propres réactions et les réactions des autres à ses comportements, comment aussi il peut assez bien décrire en une certaine objectivité son trouble sans pour autant le maîtriser. C'est une des caractéristiques de cette pathologie, déjà entrevue par E. Kretschmer, que de pouvoir être en partie perçue par le sujet et critiquée de même sur son caractère pathologique. De ce point de vue, en raison de ses contenus affectivement très riches sur le plan psychologique, cette affection aurait pu être désignée dans sa forme ordinaire comme une « psychonévrose ».

1.1.2. Le « vécu intercorporel de gêne »

La perte de l'autonomie ontologique

L'intrusion dans l'espace de l'intime

La corporéité dans l'expérience de proximité

« C'est une pathologie de l'intercorporéité dans laquelle l'autonomie ontologique (la séparation soi-autrui), trop collée à la corporéité, n'est pas assumée » (G. Charbonneau, « Le cas Edgar Charles », p. 167).

Une pathologie de l'intersubjectivité, conséquence d'une fragilité ipséique

« Etre paranoïaque, c'est faire contre son gré une expérience de proximité vitale ou viscérale à autrui. » (G. Charbonneau, Psychopathologie phénoménologique, t. 2).

Le risque d'abolition du Soi/de soi :

- 1- de la différence ontologique entre soi et autrui
- 2 - de la différence sexuelle entre soi et autrui
- 3 - de la différence sociale entre domaine public et domaine privé

1.1.2.1. La distance ipséique/ontologique

L' "énergie de séparation" > maintenir la bonne distance à autrui

Une pathologie du "trop-près" (cf. une "relation d'objet adhésive") :

« Le paranoïaque ne parvient pas plus à dissocier le lien entre ipséité et altérité qu'entre ipséité et mêmeté. Il est prisonnier d'une relation adhésive à l'autre de laquelle il ne parvient pas à s'affranchir. Il est collé à lui, comme menacé d'étouffement par cette proximité ; il sent l'autre pro-

che, sans respiration possible par rapport à son jugement, comme si l'autre avait sans cesse l'œil sur lui. [...] L'adhésivité à la présence morale d'autrui est comme la marque d'une ipséité incapable de traiter la question de la distinction-séparation d'autrui. » (G. Charbonneau, « Le cas Edgar Charles », p. 164).

Un symptôme secondaire : les ruminations (paranoïa vs névrose obsessionnelle) :

- Les points communs :

- le questionnement sur les intentions d'autrui
- le desserrement de l'emprise de l'autre
- la restauration de l'image dévalorisée du soi au regard de l'autre :

« La rumination atteste d'une épreuve élaborative de son propre statut vis-à-vis d'autrui ; lorsque nous ruminons, c'est que nous percevons une dévalorisation qui a affecté notre être. Elle n'est pas anodine mais signifie que nous faisons sans cesse une épreuve d'estimation (d'évaluation de la valeur) de soi, et que cette épreuve se fait aussi dans le jeu complexe d'un statut prêté à autrui en ce qui nous concerne. » (G. Charbonneau, « Le cas Edgar Charles », p. 156).

- Les différences : le risque ipséique

1.1.2.2. La distance sexuelle

La thématique homosexuelle

La proximité de l'identité sexuelle

Un risque majoré : le manque de différenciation des « fragments d'attirance sexuelle » :

- la pauvreté des élaborations de l'altérité sexuelle
 - la faiblesse de la protection de l'ipséité par les identités de rôle
- => la surdétermination du vécu homosexuel

1.1.2.3. La distance sociale

Le "trop-loin" de la communauté

Le sentiment d'exclusion, de la désaffiliation

Les thématiques transgénérationnelles

1.2. La tension intérieure

Le trait transversal des variations cliniques : la "tension intérieure"

L'exposition du noyau ipséique

Structure émotionnelle de la paranoïa :

- l'intensité dramatique du besoin de reconnaissance
- « La paranoïa est une pathologie de l'urgence ontologique » (G. Charbonneau)

1.2.1. La « ténacité ontologique »

« La paranoïa est une pathologie de la ténacité ontologique. » (G. Charbonneau, Psychopathologie phénoménologique, t. 2, p. 109).

Un trait transversal et permanent du fonctionnement paranoïaque :

« ce qui distingue la « passion » paranoïaque de la passion normale c'est sa fixité, son irréductibi-

lité, sa chronicité, et on emploiera à ce propos l'excellent terme de psychorigidité. » (E. Minkowski, Traité de psychopathologie, p. 840).

La "résistivité" :

« Cette résistivité, sorte de tenacité ou de crispation douloureuse à tout changement minime, à tout événement pouvant survenir, est une marque du Soi adhérent trop à son identité de rôle et se sentant toujours à l'épreuve d'une remobilisation de cet accord ipse-idem. Tout doit rester tel qu'en l'état. Cliniquement, le sujet est tendu dans la hantise d'être jugé ou d'être manipulé, ce que restitue la classique défensivité sensitive, toujours aux aguets de l'événement qui va bouleverser son champ de conscience. La défensivité sensitive n'est pas seulement la hantise d'être manipulé ; elle a quelque chose de spatial, issu de ce sentiment de trop-près, propre à l'intercorporéité paranoïaque. » (G. Charbonneau, « Le cas Edgar Charles », p. 165).

1.2.2. Les positions préparanoïaques

Une saisie longitudinale, au-delà de mouvements d'affects ponctuels

Le caractère commun des dispositions psychologiques préparanoïaques

L'impossibilité de la déprise

Nécessité d'une appréhension narrative

« L'être au rôle paranoïaque ne s'appréhende qu'au fil d'un long travail narratologique. [...] Le recul du récit est donc nécessaire pour toucher la ténacité ontologique paranoïaque. » (G. Charbonneau, Psychopathologie phénoménologique, t. 2).

1.2.3. Les réactions pathiques

1.2.3.1. La polarisation du monde

« La réaction en question est globale, on éprouve comme une crispation intérieure, on se sent comme pris dans un étau, le monde se rétrécit, se polarise sur la prétendue malveillance et sur le désir de vous faire du mal. » (E. Minkowski, Traité de psychopathologie, p. 814).

La constitution d'un pôle de défiance et l'apparition de réactions défensives : distorsions du jugement, sentiments d'étrangeté...

Un fonctionnement "en bloc"

Le mode de sortie de cette position – le cas échéant – est également "en bloc" :

« Pour les réactions préparanoïaques, ce ne sont point des rectifications isolées qui interviennent les unes après les autres et qui viennent vous convaincre que vous vous êtes trompé. C'est à nouveau en bloc que le retour à une vision plus saine des choses se produit » (E. Minkowski, Traité de psychopathologie, p. 816).

1.2.3.2. Le rétrécissement

« L'air ne circule plus » (E. Minkowski) :

« La modification de la structure conditionne un monde à part, ce monde étant caractérisé par la mise hors jeu de phénomènes essentiels de la vie, comme le hasard, l'imprévu ou la contingence ; un rétrécissement particulier en résulte, l'ensemble des événements et des changements du monde ambiant venant se profiler sur cette structure et se trouvant polarisés ainsi, dans leur hostilité foncière, fatalement sur le sujet sous forme de masse hostile dirigée contre lui. » (E.

Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 762).

« dans les manifestations étudiées il y a avant tout rétrécissement, psychorigidité, tout différents de la fixation exclusive à l'« objet » que la passion vécue peut engendrer. » (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 840).

La limitation du champ de l'expérience. La réduction du possible à l'acceptable

L'impossible sérénité (*Gelassenheit*, M. Heidegger)

L'hyperesthésie : la menace de débordement

Une défaillance de la possibilisation du monde

1.3. Le sens anthropologique de la verticalité

Le sens de la verticalité : universalité et particularité

1.3.1. Grandeur, hauteur : l'espace paranoïaque

La paranoïa est une expérience de surdétermination du haut et du bas

Le haut et le bas : la domination et la soumission

« J'ai pour principe, avouait orgueilleusement une paranoïaque, de ne pas croire un seul mot de ce qui m'est dit, aussi je m'en méfie ; l'hypocrisie humaine est sans borne ; enfant, je l'ai vu déjà chez mes petites camarades jeunes filles, chez les hommes, et mes malheurs conjugaux ont augmenté ma finesse si l'on peut dire, il m'est difficile de me tromper maintenant. Il faut observer tout ce qui se passe, minutieusement, sans en avoir l'air, à la Sherlock Holmes, et juger soi-même ; mais cela n'est point donné à tout le monde » (Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 836).

La surdétermination de la hauteur et de la tension

« Etre paranoïaque est vivre dans une surdétermination permanente de la hauteur et dans une impossible valorisation de l'horizontalité. La problématique paranoïaque de la hauteur est issue de la blessure ipséique. » (G. Charbonneau, *Psychopathologie phénoménologique*, t. 2, p. 114).

« Le paranoïaque ne lit le monde que selon les statuts de dominance et d'humiliation, du plus fort que, moins fort que, etc. » (G. Charbonneau, « Le cas Edgar Charles », p. 166).

Le fond de dogmatisme idéologique

La hauteur inversée du sensitif

1.3.2. La présomption paranoïaque

La "présomption" : une position de vie fondamentale dans le monde (L. Binswanger
« Du sens anthropologique de la présomption »)

1.3.2.1. La hauteur présumée

La présomption : la hauteur *présumée*

La distance "respectable" (= distance "respectée", distance du "respect")

L'exceptionnalité

1.3.2.2. L'"esprit de justice"

Le "justicialisme" :

« Etre paranoïaque rend impossible l'acceptation de toutes sortes de différences qualitatives ou quantitatives entre les individus, les destins, les formes de vie, les dénonçant aussitôt selon une échelle de valeurs ressentie très fortement sur le plan émotionnel. » (Id.).

Un moralisme raide et étroit

1.3.3. Hauteur ipséique et dévalement ontologique : l'angoisse de la chute

L'angoisse spécifique du paranoïaque : la chute, le "dévalement ontologique"

Les formes correspondantes de conflictualité :

- le combat actif du "*se sentir au dessus de*"
- le combat d'arrière-garde du "*se sentir au-dessous de*"

« La paranoïa sensitive lutte pour restaurer non pas un idéal de soi légitime, ordinaire, mais un idéal présomptueux » (L. Binswanger).

1.3.3.1. L'humiliation : l'être mis à nu

La honte : un "vécu d'en bas" par surdétermination de la hauteur d'autrui

Le non-symbolisé : le risque de l'indistinction ipséique et organique

Une dislocation de la structure ipséique de pudeur

1.3.3.2. L'épuisement du sensitif

L'épuisement corrélé à la souffrance dépressive

La valeur d'un destin

L'effondrement mélancolique : le bas du dévalement *après* la catastrophe

1.3.3.3. Le scandale

Le risque d'implosion de la honte dans l'espace collectif par une révélation brusque

Les thèmes du scandale :

- le complot
- l'injustice
- la sexualité
- les transgressions des interdits communautaires

1.4. Les relations entre le Soi et le Moi

L'affectation primaire de l'Ipséité ; l'altération de l'Idemité et de l'Alterité

1.4.1. L'adhésion paranoïaque du Soi au Moi

La spécificité paranoïaque : "collage" du Soi au Moi

« Comme nous le savons depuis A. Tatossian, elle [la paranoïa] se comprend principalement à partir d'un collage d'une identité de rôle à l'ipséité. Il s'ensuit qu'à chaque mise en cause de cette identité de rôle, il en va de tout son être. » (G. Charbonneau, *Psychopathologie*, t. 2, p. 107).

Le surinvestissement des rôles :

- aucune souplesse ni distance dans le rapport aux identités de rôle
- une "cause" à soutenir

- l'implication totale dans le rôle :

« Par le rôle soudainement investi à l'extrême, et devenu thème délirant, le sujet essaie de penser toute l'expérience, de renouer la continuité de la présence en instance de rupture, à partir de ce rôle. [...] En termes de dialectique idem-ipse, c'est une "idemisation" à l'extrême pour tenter de camoufler la faillite de l'ipséité » (G. Charbonneau, « Le cas Edgar Charles », p. 161).

La nécessaire insertion dans le champ social ; l'appartenance

La ferveur passionnelle de l' « en être », au risque d'une catastrophe

La "rencontre totale" avec autrui / la "négation totale" d'autrui

1.4.2. La difficulté du maintien de Soi

L'absence de dialectique entre le Soi et le Moi

Le risque de déstabilisation des identités du Moi

L'imminence chronique de la crise

1.4.3. La surmiennisation paranoïaque

L'hypersensibilité aux intrusions

La surmiennisation de l'autre > alter appartient à idem

La jalousie : une épreuve de dépossession de soi

La constitution des thèmes délirants relatifs à l'intégrité : intrusion, envahissement, empoisonnement

1.5. Les relations entre le Soi et le Monde

1.5.1. La facticité du monde

L'attente d'une révélation

1.5.2. La méfiance et le "flairement du monde"

« Le paranoïaque ne cesse de flairer la constitution de l'espace commun pour savoir si celui-ci est bienveillant ou malveillant. » (G. Charbonneau, « Le cas Edgar Charles », p. 167).

Une forme de régression. Le flairement permet de "sentir les failles" dans les apparences :

« L'hypertrophie du moi va de pair avec une méfiance exagérée. Ces traits ne font qu'un. [...] Le paranoïaque, tout en "flairant" à chaque instant l'hostilité à son égard, n'a rien d'un misanthrope désabusé. C'est un prisme unique au travers duquel sont enregistrées les expériences, qu'il s'agisse du moi ou du monde par rapport à ce moi, ce monde se plaçant sous le signe de l' "ombre". Là trouvent également leur raison d'être les termes de "dépendance" et "d'hyper-attention". Il s'agit d'un resserrement et d'une polarisation de cette réalité allant de pair avec l'augmentation et la perversion du sens de la personnalité. » (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 835).

Ce flairement paranoïaque surdétermine le rapport général animal ou humain à son objet

Il peut provoquer le retrait chez le sensitif, ou l'avancée chez l'actif

1.5.3. Les "vécus de coïncidence"

Les coïncidences sont appréhendées comme des signes adressés à soi

Les vécus de coïncidences dévoilent des phénomènes de discontinuité

Ils recomposent la continuité de l'existence

1.6. Les épisodes délirants

1.6.1. La décompensation

1.6.1.1. La coupure

La décompensation comme "réponse" singulière :

*« Une réelle coupure entre ce qui a précédé le délire et ce délire semble s'être produite. Nous voulons dire « coupure » sur le plan phénoménologique, dans le sens d'une différence qualitative, c'est-à-dire que le délire se trouve réellement coupé du reste. Le lien seulement ne consiste point peut-être en une exagération du sentiment jusqu'au délire, mais en une « réponse », délirante il est vrai, mais réponse quand même, donnée ainsi à la situation angoissante et obscure créée par les phases prédélirantes. » (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 767).*

1.6.1.2. L'intuition délirante : « Émergence et jaillissement »

L'origine de l'intuition (phénoménologie versus psychanalyse) :

- l'inconscient freudien et les processus primaires (de "transformation" des contenus)
- l'inconscient "créateur" (Bergson)

« [...] cet inconscient procède bien davantage du devenir, et dans ce sens aussi de l'ineffable et du dynamisme primitif auxquels se réfère notre vie, que de sentiments ou de complexes, éléments isolés refoulés dans l'inconscient. C'est loin d'être la même chose. » (Id. p. 776).

L'« inconscient de l'intuition » apporte des réponses aux questions, tant d'ordre vital que scientifique :

« La réponse vient ainsi émerger brusquement du devenir, elle en jaillit et apporte ainsi une indication, une solution de nature à mettre fin à une situation, inachevée jusque-là et qui, par cet inachèvement même, par le fait justement de rester sans réponse, ne pouvait que perturber, que marquer un temps d'arrêt, comme une suspension du libre déroulement de notre pensée et de notre vie. » (Id.).

L'inconscient pulsionnel est simplement source de transformation :

*« Il serait erroné d'admettre que dans cet inconscient s'opère nécessairement un travail analogue à celui qui se produit lorsque consciemment nous cherchons une réponse, soit par des opérations syllogistiques, soit par la réflexion ou l'analyse consciente. » (E. Minkowski, « Les voies d'accès au conscient (La conscience et l'inconscient) », *L'Évolution psychiatrique*, t. XIV, n° 3, 1949).*

La création n'est ni une transformation, ni une synthèse :

*« Les phénomènes d'émergence et de jaillissement caractérisent notre vie mentale. Ils ne se réfèrent à aucun antécédent immédiat et doivent être pris comme tels. Souvent ils sont du ressort de l'inspiration et de la créativité » (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 777).*

Le délire est création : non réductible à une causalité (pulsionnelle) mais formé par une intentionnalité.

1.6.2. Les thématiques des délires

Thèmes classiques de la paranoïa active : persécution, grandeur, érotomanie, querulence, jalousie

Le "délire de référence" du sensitif :

- porte sur le principe d'intimité (espace public *versus* espace privé)
- « son objet est un dévoilement honteux d'un événement intime
- c'est un délire peu hallucinatoire, principalement interprétatif et intuitif
- la conviction délirante est d'intensité variable
- et l'un des thèmes de prédilection est la vie sexuelle

1.6.3. La fonction narratologique du thème délirant

La systématisation des délires

- dans la schizophrénie : fragments autonomes issus de la rupture de la relation primaire Soi/monde
- dans la paranoïa : fragments idéiques déliés et recomposés secondairement

Le thème délirant : facteur à la fois de déstructuration *et* de restructuration

« Le thème a une fonction narratologique et systématique : c'est un principe réorganisateur qui redonne un sens à tout ce qui était jusque là désinstitué. » (G. Charbonneau, Psychopathologie phénoménologique, t. 1, p. 97).

Le thème délirant produit une reconnaissance des formes de la Présence

1.6.4. La jalousie

Description phénoménologique : « une nostrité vécue jusqu'à la fusion »

Critique du réductionnisme (sur la question de la jalousie délirante) :

« Que la conception psychanalytique, comme toute conception génétique du reste, s'éloigne d'emblée du phénomène étudié pour en rechercher tout de suite les mécanismes ou la cause, cela va de soi. De ce fait, tout ce que l'analyse phénoménologique peut nous enseigner sur la nature même de ce phénomène se trouve mis de côté. La recherche de l'origine prime. « L'authenticité » des manifestations observées dans les mondes délirants n'est point mise en discussion ; les notions de haine, de culpabilité, etc., y sont appliquées sans que la possibilité d'une différence de nature par rapport à ce que nous observons dans le monde non délirant soit prise en ligne de compte. Le facteur « délire » se trouve à vrai dire éliminé d'emblée ainsi. » (E. Minkowski, Traité de psychopathologie).

2. Anthropologie phénoménologique et analyse existentielle

Les niveaux d'analyse :

. *Analytique existentielle* > "existenciaux" : concepts fondamentaux ("métapsychologie")

. *Analyse existentielle* : manières d'exister et d'habiter le monde ("clinique")

2.1. L'analytique existentielle

2.1.1. L'existence

Être et temps de M. Heidegger : une réflexion sur les modes d'être à partir de la notion d'"Ouverture au monde"

Les modalités spécifiques d'être des choses et de l'humain

Les choses *sont*, et se contentent d'être ; les humains *existent*

Dasein = "Être-là" : c'est *exister*, prérogative de l'humain parmi les différents modes d'être :

« L'essence de l'homme, c'est l'existence » (J.-P. Sartre)

La structure et le phénomène :

1 - L'ontologie existentielle : description des structures de l'existence (les "existenciaux")

2 - L'analyse existentielle : description concrète d'un *Dasein* singulier

Les principaux *existenciaux* (structures existentielles) :

- le temps
- l'espace
- la corporéité
- la vie intersubjective (*Mitsein* : "être-avec-autrui")
- l'historialité
- la nostrité, etc.

Analyse existentielle et anthropologie phénoménologique

2.1.2. La Présence, l'Ouverture

Le *Dasein*, la Présence au monde :

« La présence est une détermination propre à toute existence, comme mode d'être dans son là, parce qu'une présence est le moment indissociable de ce à quoi elle est ouverte, le monde. » (M. Heidegger)

Une *Ouverture*, une disponibilité fondamentale

« L'humain n'est pas une chose au sens d'un "étant subsistant" (*vorhanden*) mais un *Dasein*, un existant, un être qui est dans son être Ouverture à l'être » (M. Heidegger).

Les degrés de l'Ouverture

2.1.3. *Le Souci (die Sorge) : l'être-pour-la-mort*

L'Ouverture au monde renvoie également à la finitude

Question ontologique et sens de l'existence

2.2. *L'analyse existentielle*

Expliciter les conditions originaires du Vivre, de l'Exister, de l'Habiter humain

Un modèle d'analyse des conduites singulières :

- situation du Dasein
- attribution de significations

Les différentes manières d'exister = manières d'attribuer des significations

2.2.1. *Le là de l'être-là*

Le "-là" : une "position de monde"

- > analyse des investissements de rôles, et de leur sens (par exemple : manque d'élaboration, surinvestissement compensateur ...)

2.2.2. *Phénoménologie, analyse existentielle, psycho(patho)logie*

2.2.2.1. *Formes et contenus thématiques*

Phases et niveaux de l'analyse :

- analyse phénoménologique : constitution de l'expérience et détermination d'un monde
- analyse existentielle : habitation d'un monde, manière de s'y rapporter en le vivant.

« sur le plan existentiel, nous percevons les existentiels (les modes d'existence) dans leurs pures formes, sans thème, alors que sur le plan psychologique, nous les percevons dans des thèmes concrets. » (G. Charbonneau, *Psychopathologie phénoménologique*, t. 1, p. 39).

Le cours et les formes de la présence : jointure de la phénoménologie et de la *Daseinsanalyse*

2.2.2.2. *Exemple : la spatialité*

L'analyse des formes d'expérience "autre". Par exemple la mobilisation délirante de la révélation d'une "vérité supérieure" dans un délire paranoïaque ou mystique :

- en termes phénoménologiques : l'ipséité menacée ne s'ouvre plus à aucune conjugaison Ipse/Idem ou Ipse/Alter
- en termes daseinsanalytiques : le thème et la position – la "hauteur" – vont permettre à la Présence de reprendre son cours, en "dépassant" ces disjonctions

2.2.2.3. *Exemple : la temporalité*

Analyse de la temporalisation :

- le présent du passé
- le présent du futur
- le présent du présent

> la structure d'instant (rétensivité / non-rétensivité)

= la constitution d'horizons temporels

2.2.2.4. Autres modalités existentielles

Expliciter les thèmes existentiels et les problématiques associées :

- comment la personne peut être "affectée" (*Befindlichkeit*)
- quelle est la disposition thymique (*Stimmung*) ?
- qu'elle est la "structure du souci" (*Sorge*) ?
- quels sens et direction de l'existence ?
- etc.

La Daseinsanalyse est une analyse du Soi dans la Présence, dans son existence

2.3. Espace et intersubjectivité (Etude de cas)

Jonckheere Paul, « Une pathologie de la proximité. Approche phénoménologique du psoriasis », *Psychiatrie phénoménologique*, t. 2. *Confrontations cliniques*, Argenteuil, Le cercle herméneutique Editeur, 2009, p. 119-129.

2.3.1. La symptomatologie

Psoriasis : plaques rouges, rugueuses et squameuses, provoquant des démangeaisons

Hypothèses étiologiques :

- . pathologie immunologique avec prédisposition héréditaire possible
- . facteurs psychologiques du déclenchement : nervosité, anxiété, insatisfaction sexuelle, sentiments de culpabilité...

2.3.2. La recherche clinique

Question posée : *quel est le sens de l'apparition d'une poussée de psoriasis ?*

Contexte initial de réflexion : il existe une relation particulière entre l'expression pulsionnelle en rapport avec l'apparition (inquiétante ou désirée) du visage de l'Autre

« Le psoriasis marque d'un trait rouge la frontière entre le moi et le non-moi. » (P. Jonckheere, « Une pathologie de la proximité. Approche phénoménologique du psoriasis », p. 119).

Cas 1a : Cette constatation [son hypothèse] s'imposa une première fois, de façon fortuite, en 1980, lors de notre rencontre avec Frieda, une patiente âgée de 34 ans, d'expression allemande, qui présentait un état dépressif. La patiente nous regardait avec insistance, à la façon des personnes qui, souffrant d'un sentiment de solitude ou de rejet, sont avides d'une parole de réconfort, voire d'un geste affectueux ou protecteur. Nous observons une réserve prudente mais, mû par une intuition, nous lui demandons si elle a quelque idée quant aux causes qui auraient pu provoquer ces lésions. Elle répond avec vivacité : Ich brauche Liebe ! J'ai besoin d'amour ! Enhardie par notre disposition d'écoute, Frieda nous parle longuement de ses déboires conjugaux.

Cas 1b : Quelques semaines plus tard, on nous demande de rencontrer une autre patiente, Anne Desgranges, 52 ans, avec laquelle nous aurons une vingtaine d'entretiens. Ce fut elle-même qui nous fit entrer dans son monde intérieur, un monde étrange qu'ensemble nous allions découvrir. Nous fûmes étonnés d'en

déceler peu à peu les contours insolites, l'angoisse diffuse, les signes muets d'une blessure ancienne. Fait étonnant : après quelques entretiens, le psoriasis, généralisé sur tout le corps depuis plus de vingt ans, disparut en quelques jours. André Bourlond, chef du service de dermatologie, nous confia aussitôt un troisième patient.

2.3.3. Les phases d'évolution

Origine et évolution du psoriasis en trois phases :

Phase 1 : sentiment d'insécurité diffuse (*Ur-Unheimlichkeit* : sentiment originaire de ne pas être "chez soi")

Phase 2 : insécurité croissante et menace précise (*furchtbares Miteinandersein* : l'être-avec-l'autre sur le mode de la crainte)

Trois exemples : deux femmes ont été importunées par un père incestueux ; une jeune fille, handicapée mentale, ne supporte plus le contact d'une mère surprotectrice qui l'invite chaque soir, contre son gré, à dormir dans le même lit.

Phase 3 : apparition de la première plaque de psoriasis, accompagnée de vécus, de rêves ou de fantasmes « *impressionnants par leur intensité dramatique* »

2.3.4. Une hypothèse étiologique

Hypothèse : l'apparition du psoriasis serait en relation directe avec un *rapport particulier à autrui* :

1 – un besoin d'affection, un " *désir ardent et lancinant d'être aimé ou, à tout le moins, d'attirer l'attention, le regard d'autrui* "

2 - un besoin impérieux de se sentir protégé

Cas 2 : Lucia, 13 ans, est sicilienne ; elle est confrontée, depuis sa prime enfance, à une ambiance familiale chaotique et violente. Le père a quitté la maison et Lucia en souffre beaucoup ; un oncle se promène, avec ostentation, avec un revolver. Un test de Rorschach révèle de façon saisissante le vécu de Lucia : faible et fragile, elle vit confinée, muette de peur, à la lisière du monde. Le psoriasis apparaît comme une carapace destinée à se protéger contre ce monde hostile et violent.

3 - des velléités de repousser l'autre : équivalent somatique d'une défense

Cas 3 : "Madame du Bercy", 70 ans, souffre de psoriasis depuis quarante ans. L'affection est apparue lorsque la patiente, âgée de 30 ans et mère de cinq enfants, était confrontée à l'attitude autoritaire de son père qui lui faisait des avances sexuelles pressantes. Mais il lui faudra près d'un demi-siècle – lorsqu'elle rencontre pour la première fois un psychiatre – pour se rendre compte du rapport possible entre l'affection et sa répulsion face à ces comportements incestueux. Un matin, elle se réveille en s'imaginant qu'elle a été jetée à terre : " *Un homme affreux me tenait, me maintenait sur le sol, en me disant : c'est moi le maître ! C'était affreux ! Je lui criais : fous-moi la paix !* " Avoir revécu la scène incestueuse, avec une vive émotion, dans le transfert, amène la patiente à préciser les circonstances de la première poussée : " *Au fond, le psoriasis est survenu lorsque nous avons cohabité, et que mon père a commencé à se donner la permission d'avoir de l'emprise sur moi* ".

2.3.5. Le cas d'Anne D.

Anne Desgranges est âgée de 52 ans. Elle souffre depuis l'âge de 16 ans d'un psoriasis important, généralisé sur tout le corps. Nous aurons avec elle une douzaine d'entretiens. On sait peu de choses au sujet de ses parents. Plusieurs indices donnent à penser qu'ils étaient de tempérament anxieux et qu'ils étaient désemparés lorsque l'enfant manifestait quelque désir. Jusqu'à l'âge de trois ans, on lui mettait à tout moment un biberon dans la bouche, comme si on voulait la contraindre au silence. Plus tard, la patiente ne parlera que rarement à sa mère. Vers l'âge de 12-13 ans, survient un événement qui l'a marquée. Elle constate que sa poitrine ne se développe pas du côté droit. Les années passent, la malformation s'aggrave. Elle est fort affectée mais la relation avec la mère est telle qu'elle ne lui en souffle mot. Depuis cette période, elle s'attache à cacher son infirmité. En été, elle se recouvre d'une veste, se constitue une collection de pulls à col roulé et ne s'autorise aucune baignade. En 1944 – elle a 16 ans – elle est prise d'une vive frayeur lors d'une mitraillade. Quelques jours après cet événement, la peau se recouvre de psoriasis.

Cette nouvelle affection renforce son sentiment d'être handicapée. Elle évite les apparitions en public. Elle ne fréquente plus les expositions de peinture qui pourtant l'attirent beaucoup. Elle explique : *"le psoriasis m'a coupé les ailes, toute ma vie"*. Les gens s'écartent sur son passage, craignant qu'elle ne soit contagieuse. Mais le psoriasis a un avantage : il lui procure une nouvelle justification pour se cacher. Elle explique : *"J'ai souvent utilisé le psoriasis pour cacher ma poitrine. Si je n'avais pas ça, comment cacherais-je mon infirmité ?"* Cependant, elle se marie quelques années plus tard. Le mari est un homme aimable et prévenant. Mais taiseux. Elle ne se sent pas comprise, ni au niveau de son infirmité, ni en ce qui concerne le psoriasis. Le couple a beaucoup d'échanges, mais seulement à propos d'événement extérieurs : *"par exemple, la navette spatiale : cela nous a passionnés tous les deux. Mais des sentiments, on n'en parle pas. Dès qu'on touche les sentiments, mon mari les esquive par la rigolade"*. Il ne l'a jamais encouragée – aucune personne d'ailleurs – à consulter un chirurgien esthétique, ni à vérifier si une prothèse pourrait lui rendre la vie plus agréable. Au contraire, il insiste pour qu'elle dissimule son infirmité. Son dépit s'en trouve renforcé. Ainsi, encore aujourd'hui, à 52 ans, lorsqu'il s'agissait de réserver une chambre à l'hôpital, elle a demandé une chambre à un lit. Et elle enchaîne :

- *"j'aurai du rencontrer quelqu'un qui m'eut aidée à assumer cela jusqu'au bout"*
- Votre mari ne ressent-il pas ce que l'infirmité représente pour vous ?
- *"Peut-être l'a-t-il senti, mais il ne me l'a jamais exprimé"*

Au cours des premières séances, nous avons l'attention attirée par le vécu de honte et de mutilation. La patiente vit dans un monde entrouvert. Tout plaisir est tempéré. Elle peut jouir de l'affection d'un époux, mais il ne lui parle pas de ses sentiments. Elle peut être mère, mais seulement d'enfants adoptifs. Elle peut se montrer femme, mais à condition d'être vêtue jusqu'au cou. Les rares tentatives pour s'ouvrir davantage à son corps et au regard de l'autre se sont opposées à l'attitude du mari qui, soit tacitement, soit *expressis verbis*, lui recommande d'accepter son infirmité et de la cacher. Elle vit sur le mode de la dissimulation. Elle doit cacher son infirmité ; elle ne peut exprimer ses sentiments à son mari – qui en rirait. Le psoriasis apparaît comme une

protestation de son être contre cette occultation. Originellement, en tant qu'être humain, en tant que femme, elle désire se sentir digne d'un regard.

Après son hospitalisation, on lui propose de continuer les entretiens, mais elle a tendance à les espacer. Ils n'ont lieu qu'une fois tous les deux mois. Au cours de la seconde partie de l'analyse, c'est-à-dire au cours des sept entretiens qui s'échelonnent, pendant dix-huit mois, après sa sortie de l'hôpital, la patiente nous livre plusieurs souvenirs. Ils révèlent un sentiment précoce de vulnérabilité du corps, particulièrement sensible à l'air. Tout se passe comme si, une fois sorti de l'utérus maternel, le corps devait être protégé contre les nuisances de l'air. Cette anxiété est ravivée par une série de situations qui, symboliquement, évoquent l'exposition originelle au monde non maternel. En voici un exemple. Un premier souvenir remonte à l'âge de trois ans. On lui annonce la naissance d'une petite sœur. Elle aperçoit le médecin descendant l'escalier en tenant dans ses mains une grosse valise. Elle s'imagine que sa petite sœur est à ce point vulnérable qu'il faut la protéger en la transportant dans une valise en cuir. Elle nous fait part de son étonnement devant le processus :

- *"Le soir, je vois une plaque, je l'enlève et le lendemain, la peau a déjà reconstruit une protection" [...] Cela me rappelle qu'au début, le psoriasis a été déclenché par une forte frayeur lors d'un bombardement..." [...] D'ailleurs, je suis une anxieuse. Par exemple, j'ai peur d'aller en ville. [...]*

Les étapes de l'apparition du psoriasis :

1. Un sentiment de vulnérabilité préexistant :

« Sentiment de vulnérabilité qui évoque les analyses de Goût et Atmosphère, où Tellenbach montre que, du point de vue psychogénétique, le goût, pris dans le sens de gustation du monde ou intuition de l'atmosphère, précède le visuel et l'auditif, le langage et la réflexion » (id., p. 125).

2. L'infirmité physique :

« L'apparition de l'infirmité physique expose la patiente non seulement aux puissances de l'air, mais de plus, au regard - inquiet ou méprisant - des autres. Elle vit depuis lors sur le mode du devoir se cacher, à une époque où, devenue adolescente, elle eût pris plaisir, au contraire, à attirer le regard. » (p. 126)

3. Le bombardement :

« Tout débute, chez Madame Desgranges, par le bombardement. Mais, si cet événement extérieur a pu déclencher une réaction psoriasique, et si ensuite cette réaction s'est généralisée et s'est maintenue durant trente-sept ans, c'est parce qu'il préexistait une problématique profonde et ancienne, liée à l'ambiguïté du dévoilement. Se dévoiler, geste perçu originellement comme séducteur mais, en même temps dangereux, sera ressenti plus tard comme un acte toujours plus ambigu. » (p. 126).

L'empathie (*Einfühlung*), l'accès au pré-verbal :

« la méthode phénoménologique nous introduit dans la sphère anté-verbale de l'être. La Daseinsanalyse ne se limite pas à l'einfühlen, sur un mode empathique et charismatique, le vécu du patient. L'Einfühlung doit être comprise à un niveau plus profond, quasi ontologique. Elle vise à décrire, à découvrir et à faire re-vivre par le patient, la structure de son être-au-monde. » (p. 126).

Une clinique de l'explicitation : déplier un vécu peu conscientisé

L'appui sur l'analytique existentielle, l'anthropologie et l'analyse du langage :

Les existentiels décrits par Heidegger ont constitué pour cette analyse un apport précieux. De même, les sources helléniques de la Daseinsanalyse nous rappellent l'importance de la dynamique des éléments (les puissances de l'air). Enfin, l'invitation de Heidegger à examiner la richesse du langage quotidien et de l'intuition poétique ont permis de déceler les significations insoupçonnées (garder quelqu'un à distance...). (p. 126)

2.3.6. Les bénéfices thérapeutiques

1. Guérison complète ou rémission quasi complète pour 7 patients

Cas 5 : "Monsieur Courtois", 29 ans, présente un psoriasis généralisé. Outre un rapport difficile avec son père, ce patient a des démêlés avec un employeur exigeant. L'impatience, l'énervement, l'irritation qui en résultent sont reportés avec hostilité envers l'épouse, l'équipe des dermatologues et envers moi-même. J'ai quatre entretiens avec lui. L'hypothèse d'une "dermatose agressive" s'impose à mon esprit. Le patient use d'un vocabulaire à ce point agressif que je sens monter en moi une colère comme j'en ai rarement ressentie tout au long de ma carrière. Excédé, maîtrisant avec peine mon contre-transfert, je me surprends à oublier les préceptes élémentaires de Husserl et de Freud. Je lui lance une phrase (dont je me demande encore aujourd'hui comment il fut possible que je l'aie prononcée !) : "*Quand donc allez-vous claquer la porte à votre patron ? Vous n'allez quand même pas faire l'écrevisse toute votre vie !*" Le patient, furieux, met fin à l'entretien en claquant la porte ; je ne l'ai plus jamais revu. Deux mois plus tard, j'aperçus, au bout des longs couloirs des cliniques, la silhouette d'André Bourlond, le patron de la Dermatologie. J'étais effaré, mais mon collègue pressa le pas, m'accosta et me demanda : "Qu'avez-vous fait à M. Courtois ?" J'étais sidéré ! Je ne su quoi lui répondre mais il enchaîna : "Il va très bien ! Il a changé d'employeur et son psoriasis a quasi disparu !". Il est permis de penser que mon irritation a eu pour effet d'induire, chez le patient, une prise de conscience salutaire. Il a pu, grâce au transfert, "claquer la porte" à la fois au père, à l'employeur, aux dermatologues et au thérapeute. Le patient, dès ce moment, était soulagé d'une haine profonde qui, jusqu'à présent, était restée refoulée, muette et stérile, dans le corps.

2. Pour la moitié des cas : une diminution de la gravité des poussées et des rechutes

3. Une modification du "style de vie"

2.3.7. Une pathologie de la proximité

Relation "au moins chronologique" entre événements psychiques et psoriasis

Absence de facteurs présents dans d'autres pathologies psychosomatiques (anxiété, dépendance affective, fantasmes d'incorporation, affects dépressifs...)

Hypothèse étiologique : le corps réagit en fonction d'un certain rapport au monde :

« Il faut rappeler en effet que l'organisme humain, tout comme les animaux et les végétaux, a recours à quelques réactions fondamentales : occuper un terrain, extraire l'énergie de l'environnement, rester en éveil, se défendre face aux agressions extérieures, étendre son territoire, attirer un sujet du sexe opposé, se multiplier. » (p. 128).

Point de départ d'une explication psychologique :

« S'affirmer, séduire, se défendre, repousser ne sont pas propres au complexe d'Edipe ni aux tensions de l'adolescence : ce sont des réactions élémentaires. On en trouve de nombreux exemples dans le règne animal et même, dans le règne végétal. Les variations de couleur ou de forme en vue d'attirer, de se faire féconder, de se reproduire ou, inversement, de repousser, constituent un phénomène universel et peuvent prendre, on le sait, chez plusieurs animaux, des formes spectaculaires. Nos patients parlent de "leur psoriasis" comme d'une carapace : le bouclier de l'ovocyte, les écorces des plantes et des arbres, les carapaces des animaux ont la même mission de protection. De même, l'on connaît de nombreux exemples, tant dans le règne végétal que dans le règne animal, d'être vivants qui, par des subtiles modifications de forme, de couleur ou d'odeur, réussissent à repousser un être présumé hostile. » (p. 129).

Conclusion : le psoriasis exprime l'ambivalence de l'expression « garder quelqu'un à distance »

« comme l'animal, tout sujet humain est confronté, à la limite, lors d'une rencontre, au dilemme : s'exhiber ou se protéger. Autrement dit : séduire, se laisser capturer, ou au contraire, se protéger et repousser les avances de l'intrus. Ce que nous enseigne la médecine "psychosomatique", c'est, de façon démonstrative, que le corps participe directement à ce rapport à autrui. » (p. 129)

2.4. Symptôme et temps (Etude de cas)

Binswanger Ludwig, « Symptôme et temps, une étude de cas », *Phénoménologie, psychologie, psychiatrie*, Paris, Vrin, 2016, p. 216-222.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, se présentant de façon désinvolte, comme une petite fille, sans enfant, mariée. Deux frères de la mère sont alcooliques, hormis cela il n'existe pas de tares familiales. La patiente est traitée en institution en raison d'un besoin de Seconal [somnifère] depuis plusieurs années, motivé par de graves états d'angoisses nocturnes. Elle souffre d'une forme polymorphe (« pseudo-névrotique ») de *Schizophrenia simplex*. (p. 217)

Expression symptomatique dans la temporalité :

« Le récit de la patiente s'ouvrit avec la phrase aussi courte que signifiante : "je vis dans deux vitesses" ».

Diagnostic différentiel :

- exclusion de la cyclothymie

« il ne s'agit chez Mary pas seulement d'humeurs contraires successives, mais, et d'autant plus lors des états d'angoisse, de la succession temporelle extrêmement torturante de modes de temporalisation disparates, en d'autres termes d'un "vivre" simultané dans deux temps différents ou deux vitesses d'écoulement différentes » (p. 217)

- exclusion de la PMD ("temporalité unitaire" versus "désarticulation de la temporalité")

Ce qui rend la vie de Mary si difficile et qui peut s'accroître la nuit jusqu'à de graves états d'angoisse, c'est l'impossibilité de la synchronisation (selon sa propre expression) des deux modes de temporalisation, l'impossibilité de leur harmonisation temporelle. (p. 218).

Une désynchronisation du fonctionnement des différentes parties de la personne :

Mary parle certes d'une impossibilité de « synchronisation entre le corps et l'esprit », mais en réalité elle *veut parler* des deux vitesses, car elle pense alors aux différences *temporelles* entre « réflexion » ou « pensée » d'un côté, parler et

agir de l'autre. Elle rapporte comme exemple que pendant que « l'esprit » conçoit une unique pensée, « le corps » prononce déjà dix mots, fait autant de gestes, réalise autant d'actions. Cela doit être un état absolument insupportable. L'enracinement du *symptôme* de l'angoisse et des crises d'angoisse dans une modification déterminée de la structure temporelle, après tout cela, saute aux yeux. (p. 218).

Une "désarticulation entre eux mondes" :

« La désarticulation des modes de temporalisation signifie à partir de là aussi une désarticulation "du monde". S'il ne s'agit pas du tout ici d'un naufrage du monde (*Weltuntergang*), il s'agit cependant d'une détérioration du monde (*Weltzerfall*), d'un écartèlement du monde en deux mondes différents. Cela aussi notre malade le « sait ». Ainsi explique-t-elle un jour spontanément : "je vis dans deux mondes de tempo différents" » (p. 218).

Le premier monde :

- . son mariage
- . son "chez-soi"
- . bâti sur la conviction (*belief*), ainsi que sur la confiance (*Vertrauen*), la croyance (*Glauben*), l'assurance (*Zuversicht*)

La temporalisation d'un présent "authentique" :

« "La conviction" est par conséquent le mode de temporalisation du soi ou de l'existence, également la fidélité à sa propre existence et ainsi également à l'existence des autres. Nous avons ici devant nous le mode de temporalisation du présent authentique (*eigentlich*), un présent qui se temporalise aussi bien à partir de l'avenir que du passé. » (p. 219)

. l'époux :

Mary elle-même caractérise alors logiquement le mariage et le chez-soi comme son foyer authentique (*eigentliche Heimat*), celui dans lequel seul elle pourrait « reprendre pied dans le monde ». Ce monde est représenté par son mari de dix ans plus âgé qui, bien qu'il la connaisse bien et ne l'idéalise pas du tout (elle est sa seconde femme) réussit, grâce à son absolue confiance, à tirer d'elle et à consolider le meilleur de son être. Le mariage ne date que de quelques années. À ce mariage appartiennent aussi ses « meilleurs » amis ainsi que son médecin.

Le second monde de la sensualité et des "basses amitiés" :

Notre patiente (elle a déjà à une vie plutôt agitée derrière elle) distingue de ce monde le monde des « basses » amitiés, le monde de la *sensualité*. Alors que là-bas – encore selon sa propre expression – elle « rend compte » à elle-même d'elle-même et du monde, ce rendre-compte-à-soi-même va ici au diable, et seule règne encore la sensualité ou la *chair* (*Leib*). Ces deux mondes s'entrechoquaient violemment l'un l'autre dès le début du traitement, alors que la patiente s'était éprise d'un jeune morphinomane bon à rien avec lequel elle voulait filer. Cette fois-ci la raison vainquit le tempo lent de la réflexion « tranquille ». Son idéal, comme elle le disait une fois franchement, était certes le mariage, mais il était chaque année écorné par une « romance » ou une aventure amoureuse.

Une série d'oppositions :

« Le mariage (la conviction) et les aventures amoureuses (sensualité), la réflexion tranquille et l'insouciance, l'âme et le corps, la constance qui s'étend ou le présent authentique de l'existence et la dispersion dans des incursions dans des histoires extérieures, tout cela a son arrière-plan

temporel. » (p. 219).

Le clivage, une impossibilité de synchronisation :

« Il ressort de tout cela que le symptôme de l'absence d'unité ou de la disparité de la conduite de la vie provient chez notre malade de l'impossibilité de la « synchronisation » des deux vitesses dans lesquelles elle est contrainte de vivre. » (p. 219).

Echec du "processus de mûrissement" de notre malade

Désarticulation du *Dasein* entre deux vitesses = perturbation de la personnalité dans le sens du symptôme de dissociation :

Le "manque d'unité et de cohérence dans la vie de l'âme" : un symptôme de *distorsion* (*Verschrobenheit*) selon Kraepelin (et Bleuler)

> comprendre le symptôme comme modification de la structure fondamentale du *Dasein* ...

*« Au lieu de s'en tenir, sur la base de notre seule impression, à la constatation du symptôme de la distorsion et à devoir le décrire avec des expressions moralisantes ou issues de la psychologie vulgaire - comme : bizarre, déconcertant, étrange, original, excentrique, présomptueux, maniéré, vicié (Bleuler), imprévisible, impulsif, incalculable, etc. [...] Ces expressions ne sont qu'une petite sélection issue de la littérature sur les psychopathes gauchis et la distorsion schizophrénique. Une fondation scientifique et une délimitation de toutes ces expressions sont si nécessaires que nous apercevons dans la distorsion et les phénomènes connexes de la présomption, du maniérisme et de l'agitation (le délire et les hallucinations mis à part), la clé de la compréhension *daseinsanalytique* de la schizophrénie. »*

Les anomalies de la métaphorisation :

L'entourage de notre malade fit tant de fois la remarque qu'elle était gauchie, et même carrément folle, qu'elle « devait » (*musste*, selon sa propre expression) de temps en temps laisser peindre son automobile, habituellement peinte en bleu foncé, en blanc éblouissant ou en jaune pétant. À ce propos nous devons savoir que notre malade était fortement influencée par les couleurs : une couleur jaune vive ou grise peut la déprimer sévèrement, le mur bleu d'une chambre la "transporter de joie" ». (p. 220)

Le bleu foncé fait signe pour Mary vers le raffinement et est un signe de bon goût. Il appartient au monde (et par suite au mode de temporalisation) des amitiés « supérieures », des relations et des rapports mondains, spirituels, artistiques, mais aussi du mariage (le mari est artiste, la patiente elle-même s'intéresse à l'art et exerce des activités artistiques, bien qu'elle mène à côté et depuis toujours une vie active indépendante). Le bleu foncé est aussi la couleur de la « conviction », expression générale de la *constance* qui s'étend et de la fidélité de l'existence. À l'encontre de cela le blanc éblouissant et le jaune pétant d'une automobile ont le caractère temporel de la soudaineté « bondissant devant les yeux », du « sensationnel » qui s'impose et provoque, qui surgit tout d'un coup, de l'inattendu, du surprenant. Tout cela appartient, comme nous le verrons encore par la suite, à l'essence de la temporalisation de la *rapidité* et de ses *attraits* stimulants. (p. 220-221)

Mary décrit le monde de la « sensualité », de la vitesse intensifiée, sans s'épancher davantage sur son aspect *matériel*, comme étant le monde de la *combustion rapide*, tout comme une grande flamme vient plus vite à bout d'une bougie qu'une petite. (Cette comparaison rappelle dans *La Peau de chagrin* de

Balzac : un morceau de peau en cuir diminue ici d'autant plus *vite* que le héros de l'histoire s'adonne à la *passion* sensuelle). (p. 221).

La projection spatiale :

Le monde « spirituel », le monde de la vitesse la plus basse, est pour notre patiente, comme partout et toujours (1), caractérisé spatialement par la montée à la verticale ; le monde « sensuel » de la vitesse intense [est caractérisé] par la marche ou la progression dans l'horizontalité. La verticale se présente pour notre malade comme une *source printanière plus claire et plus haute*, l'horizontale comme *l'eau moins claire du canal dominant*, qui cependant ne suivrait pas un cours rectiligne mais un zigzag imprévisible. Même en rêve elle conduit un bateau à moteur *très rapide* sur un tel canal en zigzag. De tout cela elle remarque que ce serait justement le *caractère inanticipable et imprévisible, impétueux et impulsif* du monde horizontal, le monde de la « sensualité », de la vitesse *élevée* qui constituerait son *attrait*. (p. 221)

(1) Le caractère temporel de la soudaineté - celui qui manque par exemple complètement au bleu, mais qui est particulièrement approprié au rouge — rend possible un langage imagé comme dans la « comparaison » avec un pétard (*Knall*) soudain ou un cri (*Schrei*) soudain (par exemple jaune pétant (*knallgelb*) rouge pétant (*knallrot*), rouge criant (*schreiend rot*), etc.).

La "normalité" comme "proportionnalité anthropologique" :

« Le caractère irrésistible de « l'attrait » de la rapidité et de la soudaineté empêche la survenue de ce que nous avons appelé la proportion anthropologique, à savoir la proportion entre l'étendue de l'« expérience » (ce mot dans son sens le plus originaire, le plus large) et la hauteur ou la profondeur de la réalisation de soi. C'est en raison de l'impossibilité d'une existence authentique, constante, dirigée vers la hauteur et la profondeur, en raison de l'être-tiraillé par les attraits du changement rapide de situations qui sont inanticipables, imprévisibles, d'apparition soudaine et qui disparaissent tout aussi soudainement (« zigzag »), que le Dasein auquel nous avons donné le nom de Mary doit être décrit « anthropologiquement » comme non proportionné, et psychopathologiquement comme dissocié. » (p. 222).

Dans le cours ultérieur du cas, le médecin perdit rapidement le principal soutien de son traitement, le mari de la malade mourut subitement d'un infarctus du myocarde. Cela représenta pour Mary le motif principal pour la décision d'arrêter de se soigner. Car le souhait passionné du mari aimé et adoré, de réaliser l'harmonisation de son déchirement grâce à ses propres efforts et à l'aide d'un médecin plutôt que d'une sédation, avait maintenant pour elle perdu son sens, et le médecin devait, comme si souvent, reconnaître son impuissance.

3. Les psychothérapies existentielles

3.1. Une clinique de l'explicitation

Une démarche d'explicitation :

- relations plaisir/déplaisir
- besoins de gratification
- valeurs / sens du monde
- modalités de l'action
- positions défensives, etc.

Travail de verbalisation, description, représentation, élaboration... :

« C'est une psychothérapie active, parlante, exigeante, résolue, décisive, capable de traquer les alibis médicaux ou médico-psychologiques » (G. Charbonneau, *Psychopathologie phénoménologique*, t. 1, p. 131).

3.2. Portage et partage

Transfert et "portage" (*Tragung*)

Une mise en "tonalité de présence"

Le privilège de l'avenir

L'accordage, la rencontre

3.3. La « sollicitude »

Une thérapie construite autour de la relation

Deux formes "positives" de sollicitude (Heidegger) :

- La sollicitude "substitutive" : prise en charge de l'autre et mise en dépendance
- la sollicitude "devançante" :
 - . assister l'autre pour lui permettre de prendre en charge sa propre existence
 - . une "pratique de délivrance" (Medar Boss) à distinguer d'une causalité efficiente directe :

Cette sollicitude devançante s'élance au devant de l'autre, « non pas pour lui ôter le souci, mais au contraire pour le lui restituer » (M. Heidegger)

Laisser être "l'autre comme souci authentique"

3.4. Approche contrastive des psychothérapies

Husserl Edmond, La Crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale (1935), trad. fr. G. Granel, Paris, Gallimard, 1976, 2004.

L'exemple de l'angoisse :

- perspective cc : certaines modalités d'apprentissage, ou "schémas" défaillants
- perspective phylogénétique : les dangers rencontrés au cours de l'évolution

La confrontation avec les objets phobiques comme simulacre ...

... pour continuer à "ne pas savoir" : le patient vraiment angoissé préfère croire que c'est à cause de l'objet (phobique)

La rééducation permet d'éviter le questionnement sur l'essence et l'origine de l'angoisse

Une thérapie qui prolonge (et renforce) les défenses initialement pathogènes

Reconnaissance de la méconnaissance : la "mauvaise foi" (Sartre)

L'angoisse existentielle sous-jacente

« Pour l'analyse existentielle, l'angoisse est un élément primitif de l'existence humaine, sous l'aspect justement de la nécessité du mode d'être isolé de l'être dans le monde [...] ces angoisses localisées ne sont qu'une concrétisation de l'angoisse originelle, telle que la comporte l'existence isolée de l'homme » (E. Minkowski, Traité de psychopathologie, p. 793).

Une source d'inquiétude : le caractère incontrôlable de l'objet

L'illusion de maîtrise

Sommaire

PRESENTATION

1. L'EXPERIENCE PARANOÏAQUE

- 1.1. Un cas de paranoïa
 - 1.1.1. *Le cas Edgar Charles*
 - 1.1.2. *Le « vécu intercorporel de gêne »*
 - 1.1.2.1. *La distance ipséique/ontologique*
 - 1.1.2.2. *La distance sexuelle*
 - 1.1.2.3. *La distance sociale*
- 1.2. La tension intérieure
 - 1.2.1. *La « ténacité ontologique »*
 - 1.2.2. *Les positions préparanoïaques*
 - 1.2.3. *Les réactions pathiques*
 - 1.2.3.1. *La polarisation du monde*
 - 1.2.3.2. *Le rétrécissement*
- 1.3. Le sens anthropologique de la verticalité
 - 1.3.1. *Grandeur, hauteur : l'espace paranoïaque*
 - 1.3.2. *La présomption paranoïaque*
 - 1.3.2.1. *La hauteur présumée*
 - 1.3.2.2. *L'"esprit de justice"*
 - 1.3.3. *Hauteur ipséique et dévalement ontologique : l'angoisse de la chute*
 - 1.3.3.1. *L'humiliation : l'être mis à nu*
 - 1.3.3.2. *L'épuisement du sensitif*
 - 1.3.3.3. *Le scandale*
- 1.4. Les relations entre le Soi et le Moi
 - 1.4.1. *L'adhésion paranoïaque du Soi au Moi*
 - 1.4.2. *La difficulté du maintien de Soi*
 - 1.4.3. *La surmiennisation paranoïaque*
- 1.5. Les relations entre le Soi et le Monde
 - 1.5.1. *La facticité du monde*
 - 1.5.2. *La méfiance et le "flairement du monde"*
 - 1.5.3. *Les "vécus de coïncidence"*
- 1.6. Les épisodes délirants
 - 1.6.1. *La décompensation*
 - 1.6.1.1. *La coupure*
 - 1.6.1.2. *L'intuition délirante : « Émergence et jaillissement »*
 - 1.6.2. *Les thématiques des délires*
 - 1.6.3. *La fonction narratologique du thème délirant*
 - 1.6.4. *La jalousie*

2. ANTHROPOLOGIE PHENOMENOLOGIQUE ET ANALYSE EXISTENTIELLE

- 2.1. L'analytique existentielle
 - 2.1.1. *L'existence*
 - 2.1.2. *La Présence, l'Ouverture*
 - 2.1.3. *Le Souci (die Sorge) : l'être-pour-la-mort*
- 2.2. L'analyse existentielle
 - 2.2.1. *Le là de l'être-là*
 - 2.2.2. *Phénoménologie, analyse existentielle, psycho(patho)logie*
 - 2.2.2.1. *Formes et contenus thématiques*
 - 2.2.2.2. *Exemple : la spatialité*
 - 2.2.2.3. *Exemple : la temporalité*
 - 2.2.2.4. *Autres modalités existentielles*
- 2.3. Espace et intersubjectivité (Etude de cas)
 - 2.3.1. *La symptomatologie*
 - 2.3.2. *La recherche clinique*
 - 2.3.3. *Les phases d'évolution*
 - 2.3.4. *Une hypothèse étiologique*
 - 2.3.5. *Le cas d'Anne D.*
 - 2.3.6. *Les bénéfices thérapeutiques*
 - 2.3.7. *Une pathologie de la proximité*
- 2.4. Symptôme et temps (Etude de cas)

3. LES PSYCHOTHERAPIES EXISTENTIELLES

- 3.1. Une clinique de l'explicitation
- 3.2. Portage et partage
- 3.3. La « sollicitude »
- 3.4. Approche contrastive des psychothérapies

SOMMAIRE